

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden in Europa

Ein personenzentrierter
ambulanter Ansatz





Bekämpfung von
Stigmatisierung



Einbeziehung der
Betroffenen

Förderung des
Wohlbefindens



Über ESN

Im Europäischen Sozialen Netzwerk (ESN) kommen Personen zusammen, die bei der Entwicklung und Umsetzung von lokalen öffentlichen Sozialdiensten in ganz Europa eine zentrale Rolle spielen, um voneinander zu lernen und mit ihrer Erfahrung und Expertise zur Gestaltung einer effektiven sozialen Politik und Praxis beizutragen. Zusammen mit unseren Mitgliedern engagieren wir uns für hochwertige öffentliche soziale Dienstleistungen für sämtliche Betroffenen und insbesondere für einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensumstände der am stärksten benachteiligten Menschen unserer Gesellschaft in ganz Europa.

Finanzierung

Das Europäische Soziale Netzwerk wird vom Gemeinschaftsprogramm für Beschäftigung und soziale Solidarität der Europäischen Union (PROGRESS 2007-2013) unterstützt.

Dieses Programm wurde zur finanziellen Unterstützung der Umsetzung der in der Sozialpolitischen Agenda beschriebenen Ziele der Europäischen Union in den Bereichen Arbeit und Soziales entwickelt, um so zur Erreichung der Ziele der Lissabon-Strategie in diesen Gebieten beizutragen.

Das siebenjährige Programm richtet sich an sämtliche Interessensgruppen in allen EU-27- und EFTA-Staaten, sowie in den EU-Kandidaten- und Vorkandidatenländern, die zur Entwicklung von geeigneten und wirksamen Gesetzen und Politikprogrammen im Arbeits- und Sozialbereich beitragen können. Zu diesem Zweck werden mit PROGRESS 2007-2013 die folgenden Ziele verfolgt:

- Analyse und politische Beratung in den Politikbereichen Beschäftigung, soziale Solidarität und Gleichberechtigung;
- Kontrolle und Berichterstattung über die Umsetzung der Gesetze und Politikprogramme der EU in den Politikbereichen Beschäftigung, soziale Solidarität und Gleichberechtigung;
- Förderung der Übertragung von politischen Programmen zwischen den Mitgliedstaaten sowie des Lernens und der Unterstützung in diesem Bereich zur Umsetzung der Ziele und Prioritäten der EU;
- Bekanntmachung der Ansichten der Interessensgruppen sowie der breiteren Gesellschaft.

Die Informationen dieses Berichts entsprechen nicht unbedingt der Position oder Meinung der Europäischen Kommission.

Mehr über PROGRESS erfahren Sie unter: www.ec.europa.eu/progress

Danksagung

ESN möchte den folgenden Mitgliedern danken, die zwischen 2010 und 2011 an seiner Arbeit zum Thema psychische Gesundheit beteiligt waren:

Hristo Bozov, Vizebürgermeister, und *Maria Petrova*
Gemeinde Varna, Bulgarien

Anders Møller Jensen
Ehemaliger Direktor für Sozial- und Psychiatriedienste, Dänemark

Marianne Cohen
Recovery DK, Sozialdienstabteilung, Gemeinde Aarhus, Dänemark

Eija Stengård
Abteilung zur Förderung der psychischen Gesundheit
Nationales Institut für Gesundheit und Wohlfahrt, Finnland

Antje Welke und *Edna Rasch*
Arbeitsfeld für Alter, Pflege, Rehabilitation und Gesundheit
Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Deutschland

Patricia Cussen, *Terry Madden* und *Eithne O'Donnell*
Sozialwohnungsabteilung, Dublin City Council, Irland

Lorenzo Rampazzo und *Andrea Angelozzi*
Psychische Gesundheitsfürsorge, Region Venezien, Italien

Susana Garcia Heras und *Marta Nieto*
Gesundheits- und Sozialstiftung von Castilla La Mancha, Spanien

Lucy Butler und *Claire Barcham*
Politiknetzwerk für psychische Gesundheit, Drogen und Alkohol
Association of Directors of Adult Social Services (ADASS), Großbritannien

Ebenso möchte ESN den folgenden Personen für ihre wertvollen Beiträge zu dieser Arbeit danken:

Lise Jul Pedersen
Dänische Nationale Betroffenenbewegung / ANTV / Lenkungsausschuss,
Sozialdienstabteilung, Gemeinde Aarhus, Dänemark

Mary Nettle
Europäisches Netzwerk von (ehemaligen) Psychiatriebetroffenen (ENUSP), Großbritannien

Martin Knapp
LSE, King's College London, Institute of Psychiatry, NIHR School for Social Care Research,
Großbritannien

Dieser Bericht stützt sich auf die Kenntnisse und Erfahrungen dieser Personen; dennoch liegt die redaktionelle Verantwortung für eventuelle Ungenauigkeiten oder Widersprüche bei ESN.

Weitere Informationen über die Arbeit von ESN im Bereich der psychischen Gesundheit erhalten Sie unter: www.esn-eu.org/mental-health sowie von alfonso.montero@esn-eu.org.

Inhaltsverzeichnis

Zentrale Aussagen	6
Einführung	7
Kapitel 1 Der politische Kontext auf europäischer und nationaler Ebene	8
Kapitel 2 Bekämpfung von Stigmatisierung	11
Psychische Gesundheit in Europa	
Dimensionen der sozialen Stigmatisierung	
Die persönlichen Erfahrungen der von Stigmatisierung Betroffenen	
Die Bekämpfung von Stigmatisierung in der Praxis: Region Castilla-La Mancha (Spanien)	
Kapitel 3 Recovery: ein personenzentrierter Ansatz	15
Definition des personenzentrierten Ansatzes	
Das Konzept der Recovery	
Recovery in der Praxis: die Erfahrungen in Aarhus (Dänemark)	
Recovery in der Praxis: Erfahrungen aus Irland	
Kapitel 4 Aktive Eingliederung in den Arbeitsmarkt	21
Beschäftigungstrends	
Gesetzlicher und politischer Rahmen	
Heutige Ansätze für eine aktive Eingliederung	
Aktive Eingliederung in der Praxis: das Beispiel von Treviso in der Region Venezien (Italien)	
Aktive Eingliederung in der Praxis: staatliches Programm in Großbritannien von 2008 bis 2011	
Kapitel 5 Investition in psychische Gesundheit am Arbeitsplatz	29
Die Indizien	
Investition in psychische Gesundheit am Arbeitsplatz	
Wohlbefinden in der Praxis: das Beispiel einer wichtigen Telekommunikationsgesellschaft	
Wohlbefinden in der Praxis: kommunales Gesundheitsamt von Verona (Venezien, Italien)	
Wohlbefinden in der Praxis: Das nationale Programm von Finnland zur Bekämpfung von Depression	
Schlussfolgerungen	37
Gemeinsame europäische Maßnahme für psychische Gesundheit und Wohlbefinden	39
Glossar	40
Bibliografie	43

ZENTRALE AUSSAGEN

Angesichts der persönlichen, sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen psychischer Probleme sollte dieses Thema nicht nur in den Wohlfahrts- und Gesundheitssystemen, sondern in sämtlichen politischen Bereichen ganz oben auf der Tagesordnung stehen.

Bei der Wahrung der Rechte von Menschen mit psychischen Problemen sowie bei der Verbesserung ihrer Lebensqualität kommt der primären, ambulanten und akuten psychischen Gesundheitsfürsorge eine zentrale Rolle zu.

Zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Problemen kommt es darauf an, Stigmata zu überwinden.

Die psychische Gesundheitsversorgung sollte personenzentriert gestaltet sein und sich an der Genesung („Recovery“) der Betroffenen orientieren. Insbesondere sollten diese Dienste:

- die Ressourcen und Stärken der Betroffenen anerkennen und ihnen bei der Verbesserung ihres Lebens helfen.
- die Betroffenen in die Entwicklung und Umsetzung von Dienstleistungen sowie in die Ausbildung der Fachkräfte einbeziehen.
- die Erfahrungen von Fachkräften verschiedener Sektoren nutzen, wie z. B. aus den Bereichen Soziales, Gesundheit, Bildung, Arbeit und Wohnungswesen.
- im Interesse der Betroffenen proaktiv mit dem privaten und freiwilligen Sektor zusammenarbeiten.
- auf einer ambulanten statt institutionellen Versorgung aufbauen.

Die Politiker auf nationaler und regionaler Ebene sollten sicherstellen, dass die primäre, ambulante und akute psychische Gesundheitsfürsorge durch einen klaren politischen Rahmen sowie durch ausreichende und nachhaltige Finanzierung unterstützt wird.

Besonders beachtet werden sollten die verschiedenen Bedürfnisse von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen mit psychischen Problemen, um ihre Recovery und soziale Wiedereingliederung zu fördern.

Für Menschen mit psychischen Problemen, die sich im arbeitsfähigen Alter befinden, sollte eine aktive Eingliederung in den Arbeitsmarkt als positives Element der Recovery betrachtet werden.

Sämtliche Arbeitgeber sollten durch Umsetzung entsprechender Strategien das psychische Wohlbefinden am Arbeitsplatz fördern.

Ergänzend zur Politik der Mitgliedstaaten sollte die Europäische Union die psychische Gesundheit im Kontext der Strategie „Europa 2020“ weiterhin durch Forschung, Aufklärung, den Austausch guter Praktiken und die Entwicklung von politischen Programmen fördern.¹

¹ Siehe die Grundsatzerklärung von ESN zur psychischen Gesundheit und zur Strategie „Europa 2020“, erhältlich online unter: <http://www.esn-eu.org/mental-health>

Einführung

Menschen mit psychischen Problemen müssen mit Hindernissen und Vorurteilen kämpfen, die einer vollständigen Integration in die Gesellschaft im Weg stehen. Hinzukommen können Probleme wie Armut, Arbeitslosigkeit, prekäre Wohnungssituation, Drogen- und Alkoholmissbrauch oder mangelhafte familiäre und soziale Unterstützung. Psychische Probleme treten bei jedem Vierten im Laufe seines Lebens auf und verursachen jedem europäischen Haushalt Jahr für Jahr Kosten in Höhe von schätzungsweise 2000 €.²

(Mangelnde) psychische Gesundheit ist heute in Europa eine wichtige soziale und wirtschaftliche Herausforderung. Die von medizinischen Fachkräften geleitete psychische Gesundheitsfürsorge hat sich in der Vergangenheit auf die klinischen Aspekte psychischer Probleme konzentriert und zuweilen zu stark auf eine Internierung und langfristige Krankenhauseinweisung verlassen. Heute ist den Betroffenen klar geworden, dass dieser Ansatz nicht ihren Bedürfnissen entspricht, weshalb sie sich – aufbauend auf ihren persönlichen Erfahrungen – in Kampagnen für Veränderungen eingesetzt haben. Die Situation fällt zwar innerhalb Europas unterschiedlich aus, doch generell liegt heute die Betonung stärker auf einem personenzentrierten Ansatz, der die Rechte der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt.

Die sozialen Dienste, die sich für eine Unterstützung der Betroffenen bei der Bewältigung oder Überwindung von problematischen Lebensumständen engagieren, befinden sich in einer guten Position zur Förderung dieser Entwicklungen. Soziale Dienste verwalten, finanzieren und koordinieren wichtige Betreuungs- und Unterstützungsdienste für Menschen, die von sozialer Ausgrenzung und Armut betroffen sind. Diese Unterstützung kann auf die verschiedenste Weise erfolgen, beispielsweise durch die Arbeit mit gefährdeten Gruppen wie älteren Menschen, Kindern und Jugendlichen, die unter Missbrauch oder Vernachlässigung leiden und daher häufiger mit psychischen Problemen zu kämpfen haben. Ebenso können die sozialen Dienste Menschen mit komplexen, wiederkehrenden und chronischen psychischen Problemen helfen. Menschen mit akuten psychischen Problemen, die sonst in ein Krankenhaus eingewiesen würden, erhalten von den sozialen Diensten eine multidisziplinäre häusliche Betreuung und Unterstützung. Darüber hinaus sind die sozialen Dienste je nach Land für die Bewertung der psychischen Gesundheit des Betroffenen verantwortlich oder daran beteiligt, was nach den entsprechenden Gesetzen zu einer zwangsweisen Krankenhauseinweisung führen kann.

Dienstleistungen für Menschen mit psychischen Problemen sind ein klares ethisches Gebot. Hinzu kommt, dass psychische Probleme erhebliche Kosten verursachen – nicht nur aufgrund der Dienst- und Sachleistungen, sondern auch für Unternehmen und die Volkswirtschaft. Deshalb werden heute z. B. Investitionen zur Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz immer wichtiger.

Im Jahr 2010 gründete ESN eine Arbeitsgruppe für psychische Gesundheit und Wohlbefinden, die sich aus den Leitern von kommunalen Gesundheits- und Sozialdiensten, lokalen Politikern sowie Forschern aus acht europäischen Ländern zusammensetzt³.

² McDaid D. (2011), Hintergrund-Dokument für die Thematische Konferenz über die Förderung von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz, Luxemburg: Europäische Gemeinschaften.

³ Bulgarien, Dänemark, Finnland, Deutschland, Irland, Italien, Spanien und Großbritannien (siehe Danksagung auf Seite 4)

Untersucht wurden die angebotenen Dienstleistungen, darunter auch verschiedene Partnerschaften zwischen den Trägern auf kommunaler, regionaler und nationaler Ebene. Im Rahmen des Europäischen Pakts für psychische Gesundheit und Wohlbefinden hat die Gruppe in den Jahren 2010 und 2011 eng mit der Europäischen Kommission und weiteren Interessensgruppen zusammengearbeitet.

Mit diesem Bericht sollen das Wissen und die Erfahrungen der Arbeitsgruppe und des Europäischen Pakts weitergegeben werden. Untersucht werden verschiedene miteinander verwandte Bereiche: Stigmatisierung, personenzentrierte Dienste und Recovery, Eingliederung von Menschen mit psychischen Problemen in den Arbeitsmarkt und Förderung der psychischen Gesundheit. Ebenso werden im Hinblick auf die Strategie „Europa 2020“ nicht nur die sozialen, sondern auch die wirtschaftlichen Auswirkungen von psychischen Problemen verdeutlicht. Der Bericht liefert Argumente für personenzentrierte Dienstleistungen, die von Fachkräften des Sozial- und Gesundheitswesens gemeinsam unter besonderer Berücksichtigung einer aktiven Einbeziehung der Betroffenen erbracht werden.

KAPITEL 1: Der politische Kontext auf europäischer und nationaler Ebene

In den letzten Jahren hat die – lange Zeit vernachlässigte – psychische Gesundheit sowohl in der nationalen als auch in der europäischen Politik erheblich stärkere Beachtung gefunden. Auf europäischer Ebene wird beabsichtigt, die psychische Gesundheit durch geeignete Maßnahmen stärker zu fördern und entsprechende Dienstleistungen der einzelnen Mitgliedstaaten zu unterstützen. Dies war auch das Ziel des 2008 von der EU gegründeten Europäischen Pakts für psychische Gesundheit und Wohlbefinden. Die Zuständigkeit des öffentlichen Sektors hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen fällt in den verschiedenen europäischen Ländern eher fragmentiert aus: Oft sind hierfür entweder die Sozial- oder die Gesundheitsämter (oder beide) verantwortlich; die Leistungen werden auf unterschiedlichen Regierungsebenen erbracht.

Im Jahr 2001 argumentierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in einem Bericht, dass die – viel zu lange vernachlässigte – psychische Gesundheit für das generelle Wohlbefinden von Einzelpersonen, Gesellschaften und Ländern eine zentrale Rolle spielt. 2005 verabschiedeten die 52 Mitgliedstaaten der WHO-Region Europa eine Erklärung und einen Aktionsplan zur psychischen Gesundheit, dessen Schwerpunkt auf der Bekämpfung von Stigmatisierung, der Förderung von psychischer Gesundheit und Vermeidung von psychischen Erkrankungen, dem Anbieten und Bereitstellen von ambulanten Diensten sowie der Gründung von sektorenübergreifenden Partnerschaften lag.

2005 veröffentlichte die Europäische Kommission ein Grünbuch zur Anregung der Debatte über mögliche Maßnahmen der EU für psychische Gesundheit. Der Konsultationsprozess fand 2006 statt; die Ergebnisse bildeten die Grundlage zur Entwicklung des 2008 gegründeten Europäischen Pakts für psychische Gesundheit und Wohlbefinden. In diesem Pakt verpflichteten sich die europäischen Institutionen, Mitgliedstaaten und verschiedenen Interessensgruppen zu Maßnahmen in den folgenden Bereichen:

1. Vorbeugung von Depression und Selbstmord
2. Psychische Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung
3. Psychische Gesundheit älterer Menschen

4. Bekämpfung von Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung
5. Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

Der Pakt wird (beiläufig) in der Europäischen Plattform gegen Armut und soziale Ausgrenzung erwähnt, einer „Flaggschiff-Initiative“ der Strategie „Europa 2020“. Diese Strategie enthält auch die Ziele, die Beschäftigungsquote in Europa zu erhöhen und 20 Millionen Menschen einen Weg aus Armut und sozialer Ausgrenzung zu eröffnen. Die Ziele der Strategie decken sich mit verschiedenen in diesem Bericht erörterten Problemen. Auch wenn dieser Umstand nicht ausdrücklich erwähnt wird, können einige Mitglieder von Gruppen, die als „besonders von Armut und sozialer Ausgrenzung gefährdet“ identifiziert werden (wie z. B. arbeits- oder obdachlose junge Menschen), ebenfalls von psychischen Problemen betroffen sein.

Die europäischen Maßnahmen für psychische Gesundheit dienen zur Unterstützung der Förderung und Dienstleistungen für psychische Gesundheit in den einzelnen Mitgliedstaaten. Die Zuständigkeit des öffentlichen Sektors hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen fällt innerhalb Europas eher fragmentiert aus: Oft sind hierfür entweder die Sozial- oder die Gesundheitsdienste (oder beide) verantwortlich; die Leistungen werden auf unterschiedlichen Regierungsebenen erbracht.

Der nächste Abschnitt enthält einen kurzen Überblick über den nationalen und regionalen politischen und rechtlichen Rahmen in verschiedenen Teilen Europas⁴ sowie über die Bemühungen zur Förderung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen dem öffentlichen Sektor und der breiteren Gesellschaft. In den meisten Fällen werden Menschen mit psychischen Problemen der Gruppe der „behinderten Menschen“ zugerechnet, weshalb ihre Rechte von der gängigen Gesetzgebung geregelt werden, also von der Verfassung sowie von den Arbeits-, Gleichstellungs- oder Antidiskriminierungsgesetzen des jeweiligen Landes. In anderen Fällen gibt es spezielle nationale und regionale Gesetze, in denen zum Beispiel eine Arbeitsstelle als Mittel zur Rehabilitation von Menschen mit psychischen Problemen definiert werden kann.

In **Bulgarien** wird seit 2003 im Bereich des sozialen Schutzes und der sozialen Integration von Menschen mit psychischen Problemen eine Reform umgesetzt. Die wichtigste Priorität bestand aus der Deinstitutionalisierung und der Entwicklung von ambulanten sozialen Diensten, um ein relativ unabhängiges Leben zu ermöglichen und die soziale Eingliederung zu fördern. Soziale Dienste, Tagesstätten für Kinder und Erwachsene sowie betreute Wohnungen werden vom Staat finanziert und von den Gemeinden verwaltet, die die Dienstleistungen entweder selbst erbringen oder externe Stellen damit beauftragen können.

In **Dänemark** werden öffentliche Dienstleistungen für Menschen mit psychischen Problemen von den Gesundheits- und Sozialämtern organisiert. Für Krankenhäuser und Bezirkspsychiatrien sind das Innen- und das Gesundheitsministerium zuständig; psychiatrische Dienstleistungen und medizinische Behandlungen werden von den Regionen geplant, reguliert und bereitgestellt. Die Sozialpsychiatrie liegt in der Verantwortung des Sozialministeriums und wird von den Kommunalbehörden über ihre Behinderungs- oder Gesundheitsabteilung umgesetzt. Die Zusammenarbeit bei der Planung und Umsetzung der Dienstleistungen basiert auf formellen, breit angelegten „Gesundheitsvereinbarungen“ zwischen einer Region und ihren Gemeinden.

In **Deutschland** sind mehrere Institutionen für die Finanzierung der Sozialfürsorge verantwortlich, darunter die Krankenkassen, die Pflegeversicherung und die Gesundheitsabteilungen der Kommunalbehörden. Dienstleistungen für psychische Gesundheit werden von öffentlichen, privaten und freiwilligen sozialen Trägern erbracht, beispielsweise von psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Krankenhäusern mit Psychiatrie-

⁴ Bei den acht berücksichtigten Ländern handelt es sich um die Staaten, die in der ESN-Arbeitsgruppe über psychische Gesundheit vertreten sind.

Abteilungen, von psychosozialen Diensten oder von ambulanten Diensten für psychische Gesundheit, wie z. B. Tageszentren von gemeinnützigen Vereinen, die von den Regionen und Gemeinden unterstützt werden.

In **Finnland** ist die Gesundheitsversorgung dezentral aufgebaut und wird auf kommunaler Ebene von den Gemeinden organisiert, die für die Organisation von ambulanten Diensten für psychische Gesundheit sowie von Rehabilitationsdiensten über die primären Gesundheitszentren und Sozialdienste verantwortlich sind. Für die Regulierung und generelle Planung von Dienstleistungen für psychische Gesundheit sowie für die Erstellung von Richtlinien z. B. für betreutes Wohnen, Drogen und Alkohol ist das Sozial- und Gesundheitsministerium verantwortlich. Trotz der Autonomie der Gemeinden bei der Bereitstellung von Diensten übernehmen viele die Empfehlungen der Zentralregierung.

In **England (bzw. Großbritannien)** werden Dienstleistungen für psychische Gesundheit in erster Linie durch Sozial- und Gesundheitsdienste unter der „Schirmherrschaft“ der lokalen Infrastruktur des National Health Service (NHS) erbracht. Zahlreiche Bezirke (Grafschaften und Unitary Authorities) haben Verträge mit lokalen NHS-Trusts abgeschlossen, um die unmittelbare Kontrolle über die Mitarbeiter und Ressourcen der Sozialfürsorge vom NHS zurückzuerhalten. Die Gesetzgebung wurde nach und nach angepasst, um ein integriertes Modell unter Betonung der sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit zu entwickeln.

In **Italien** liegt die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung bei den Regionen, während die Gemeinden für die Sozialfürsorge verantwortlich sind. In der Region Venezien zum Beispiel hat jede kommunale Gesundheitsbehörde eine Abteilung für psychische Gesundheit, die Erwachsene mit psychischen Problemen unterstützt; Minderjährige unter 18 Jahren werden an die Kinderabteilung überwiesen und ältere Menschen (über 65 Jahre) an die Seniorenabteilung. Falls die Person mit psychischen Problemen jedoch drogenabhängig ist, liegt die Zuständigkeit bei den Sozialdiensten. Die Abteilung für psychische Gesundheit der kommunalen Gesundheitsbehörde ist für sämtliche gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse einer Person zuständig. Wenn der Betroffene zum Beispiel Probleme bei der Arbeits- oder Wohnungssuche hat, kann ihm die Abteilung für psychische Gesundheit über ein integriertes Team aus Psychiatern und Sozialarbeitern weiterhelfen.

In **Spanien** ist die Gesundheits- und Sozialpolitik dezentralisiert; die Regionen legen fest, wie die Gesundheits- und Sozialdienste organisiert werden. In einigen autonomen Regionen sind zwei verschiedene Regionalbehörden für Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit zuständig; in anderen (wie z. B. in der Region Castilla-La Mancha) wurden die Gesundheits- und Sozialdienste in derselben Behörde integriert. Dienstleistungen für psychische Gesundheit sind Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems, das sich aus Gesundheitsbehörden auf nationaler und regionaler Ebene zusammensetzt.

Die Situation fällt also in jedem Land der ESN-Arbeitsgruppe unterschiedlich aus. Eine gute Koordination gehört zu den wichtigsten Herausforderungen, auf die später in diesem Bericht eingegangen wird.

KAPITEL 2: Bekämpfung von Stigmatisierung

Für Menschen mit psychischen Problemen können sowohl eine öffentliche Stigmatisierung als auch eine Selbststigmatisierung die soziale Eingliederung stark erschweren, was einer Verletzung ihrer Menschenrechte gleichkommen kann. Den Betroffenen zufolge wird eine Stigmatisierung nicht nur im Alltag, sondern auch im Rahmen der Dienstleistungen für psychische Gesundheit spürbar. Zur Bekämpfung der Stigmatisierung sollte besser über psychische Erkrankungen informiert und das Urteil über sie verändert werden – nicht nur in der breiten Öffentlichkeit, sondern auch seitens der Fachkräfte des Sozial- und Gesundheitswesens und sogar seitens der Menschen, die selbst mit psychischen Problemen zu kämpfen haben. Die Bekämpfung der Stigmatisierung ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine wirksame Recovery, aktive Eingliederung und Förderung der psychischen Gesundheit.

2.1 Psychische Gesundheit in Europa

Etwa jeder zehnte EU-Bürger hat zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens mit psychischen Problemen zu kämpfen; in vielen EU-Ländern ist Depression das häufigste Gesundheitsproblem⁵. Laut einer 2006 europaweit durchgeführten Studie, an der 466 Millionen Menschen in 28 Ländern teilnahmen, sind jedes Jahr schätzungsweise mindestens 21 Millionen Männer und Frauen von Depression betroffen⁶. Selbstmord stellt eine verbreitete Todesursache dar; jedes Jahr nehmen sich ca. 55.000 Europäer⁷ das Leben, davon sind drei Viertel Männer⁸. Etwa 27% der Europäer (83 Mio.) sind pro Jahr von psychischen Problemen betroffen⁹.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, zwischen psychischen Erkrankungen und psychischer Gesundheit zu unterscheiden. Bei einer psychischen Erkrankung geht es um eine klinisch diagnostizierte seelische Störung wie zum Beispiel eine Psychose, Schizophrenie oder bipolare Störung. Der Begriff „psychische Gesundheit“ wird hingegen im Sinne des Wohlbefindens verwendet: hierbei geht es um die Funktionsfähigkeit und Gesundheit der Seele, wozu Aspekte wie Glück und die Resilienz gegenüber wandelnden Lebensumständen gehören. Allerdings ist es völlig normal, wenn veränderte Lebensumstände, wie z. B. eine auftretende körperliche Erkrankung oder Behinderung, der Verlust eines Angehörigen oder eine zunehmende Arbeitsbelastung, negative psychologische Reaktionen hervorrufen. Viele psychische Probleme treten auch gleichzeitig mit Störungen des Arbeits- und Soziallebens auf und tragen als Katalysatoren zu ihrer Verschärfung bei.

⁵ Spezial-Eurobarometer (2010) 345/Welle 73.2 Psychische Gesundheit – TNS Opinion & Social.

⁶ Sobocki P., Jönsson B., Angst J. und Rehnberg C. (2006), Cost of Depression in Europe, *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 9, 87-98.

⁷ Spezial-Eurobarometer (2010) 345/Welle 73.2 Psychische Gesundheit – TNS Opinion & Social.

⁸ Europäischer Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden der Europäischen Gemeinschaften (2008). Erhältlich online unter:

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

⁹ O'Sullivan C., Thornicroft G., Layte R., Burfeind C., McDaid D., Salize H.J., Daumerie N. und Caria A. (2010), Hintergrund-Dokument für die Thematische Konferenz über die Förderung von sozialer Eingliederung und die Bekämpfung von Stigmatisierung zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens, Luxemburg: Europäische Gemeinschaften.

Psychische Probleme können in jedem Alter auftreten und die Funktionsfähigkeit des Betroffenen in der Gesellschaft beeinträchtigen. Die Symptome von psychischen Problemen können zu Behinderungen führen, soziale Beziehungen schädigen oder die Entwicklung von beruflichen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten beeinträchtigen; doch zugleich kann die Diagnose dieser Probleme aufgrund des ihnen anhaftenden Stigmas unerwünschte Konsequenzen für die sozialen und funktionellen Fähigkeiten des Betroffenen haben.

2.2 Dimensionen der sozialen Stigmatisierung

Im Bereich der psychischen Gesundheit handelt es sich bei der Stigmatisierung um einen sozialen Prozess, der sich als die Entwicklung einer Sammlung von negativen Einstellungen, Überzeugungen, Gedanken oder Verhaltensweisen definieren lässt, die einen Einzelnen oder eine Gruppe langfristig so beeinflussen, dass Menschen mit psychischen Problemen gefürchtet, vermieden oder diskriminiert werden. Eine Stigmatisierung kann den Beginn der Behandlung von psychischen Problemen auf verschiedenste Weise erschweren, da Menschen mit psychischen Problemen oft versuchen, sich der Etikettierung „geisteskrank“ und der Assoziation mit Dienstleistungen für psychische Gesundheit zu entziehen¹⁰. Stigmatisierung umfasst drei miteinander zusammenhängende Bereiche (Unwissen, Vorurteil und Diskriminierung) und äußert sich auf zwei Weisen: öffentliche Stigmatisierung (d. h. Reaktionen der Öffentlichkeit auf Menschen mit psychischen Problemen) und Selbststigmatisierung (d. h. das Vorurteil von Menschen mit psychischen Problemen sich selbst gegenüber)¹¹.

Stigmatisierung	Stereotyp	Vorurteil	Diskriminierung
	Unwissen	Einstellung	Verhalten
Öffentliche Stigmatisierung	Negative Meinung von einer Gruppe (z. B. Einstufung als gefährlich, inkompetent, charakterschwach)	Zustimmung zur Meinung und/oder negative emotionale Reaktion (z. B. Angst, Furcht)	Reaktion auf Vorurteil (z. B. Vermeidung, Verweigerung von Arbeitsplätzen, Wohnungen oder Hilfe)
Selbststigmatisierung	Negative Meinung von sich selbst (z. B. Einstufung als charakterschwach, inkompetent)	Zustimmung zur Meinung, negative emotionale Reaktion (z. B. niedriger Selbstwert, niedrige Selbstwirksamkeit)	Reaktion auf Vorurteil (z. B. Aufgabe der Suche nach Arbeit und Wohnung)

Abbildung 1: Vergleich und Kontrastierung von öffentlicher Stigmatisierung und Selbststigmatisierung anhand der Definitionen von Corrigan.

¹⁰ Corrigan P.W., Markowitz F.E. und Watson A.M. (2004), Structural levels of mental illness stigma and discrimination, *Schizophrenia Bulletin* 30(3), 481-491.

¹¹ Corrigan P.W. und Watson A.C. (2002), Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1(1), 16-20.

Unter allen europäischen Bürgern gehören Menschen mit psychischen Problemen zu den am stärksten ausgegrenzten Gruppen¹². In den Medien und der breiteren Gesellschaft treten gängige Vorstellungen über Wahnsinn, Gefahr, Gewalt oder die Unfähigkeit zur Bewältigung mit besorgniserregender Regelmäßigkeit auf¹³.

2.3 Die persönlichen Erfahrungen der von Stigmatisierung Betroffenen

Stigmatisierungen und Diskriminierungen können sowohl in der breiteren Gesellschaft als auch strukturell im Gesundheits- und Sozialwesen auftreten. Diese strukturelle Diskriminierung kann dadurch verursacht werden, dass der psychischen Gesundheit mangels spezieller Gesetze oder Etats für diesen Bereich nur ein geringer politischer Stellenwert eingeräumt wird¹⁴.

Die Nutzer von Dienstleistungen für psychische Gesundheit haben von verschiedenen Situationen berichtet, in denen sie von den Mitarbeitern dieser Einrichtungen individuell diskriminiert wurden¹⁵. Mary Nettle, die in Großbritannien die Nutzer von psychosozialen Dienstleistungen berät, berichtet, dass es „für Menschen mit psychischen Problemen schwierig sein kann, persönliche Budgets zu erhalten, da sie als unfähig zum Umgang mit Geld gelten“.

Wie Claire Barcham (ADASS, GB) hinzufügt, möchten viele, die ein persönliches Budget erhalten, ihr Geld lieber für einen Hund, eine Massage oder eine Vereinsmitgliedschaft ausgeben als für traditionelle Dienstleistungen wie Tageszentren. Nach Ansicht von Lise Jul Pedersen von der dänischen Nationalen Betroffenenbewegung kommt es hier vor allem auf Aufklärung an: „Ich glaube, die Fachkräfte müssen erst einmal ihre Denkweise ändern, bevor sie mit der Behandlung von Menschen mit psychischen Problemen beginnen.“

Unabhängig davon, ob eine Stigmatisierung im Alltag oder im Gesundheitswesen auftritt, kann sie nach verschiedenen nationalen und internationalen Gesetzen eine Verletzung der Menschenrechte von Personen mit psychischen Problemen darstellen. So wird z. B. in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen¹⁶ das Recht auf eine „gleiche Anerkennung vor dem Recht“ sowie auf eine „unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ bekräftigt.

¹² Grammenos S., Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (2003), *Illness, disability and social inclusion*, Luxemburg: Europäische Gemeinschaften. Erhältlich online unter: <http://www.eurofound.eu.int/publications/EF0335.htm>.

¹³ Sayce L. und Curran C. (2007), *Tackling social exclusion across Europe in Mental health policy and practice across Europe*, Open University Press, Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des European Observatory on Health Systems and Policies.

¹⁴ WHO (2005), *End human rights violations against people with mental health disorders*, Geneva. Erhältlich online unter: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr68/en/>.

¹⁵ ESN (2010), *Implementing local personalised services: recovery from a professional and user's perspective*, ESN-Workshop auf der Konferenz des Europäischen Pakts über die Förderung von sozialer Eingliederung und die Bekämpfung von Stigma zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens, 8. November 2010, Lissabon.

¹⁶ UN-Vollversammlung, *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* (2007), Beschluss der Vollversammlung vom 24. Januar 2007, A/RES/61/106. Erhältlich online unter: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/45f973632.html>.

2.4 Die Bekämpfung von Stigmatisierung in der Praxis: Region Castilla-La Mancha (Spanien)

„Maßnahmen zur Bekämpfung von Stigmatisierung müssen koordiniert werden; es müssen zentrale Indikatoren und klare Bewertungen vorhanden sein, und die verschiedenen Institutionen und sozialen Akteure müssen einbezogen werden.“

Marta Nieto und Susana Garcia Heras, Gesundheits- und Sozialstiftung von Castilla La Mancha, Spanien

„Wir müssen die Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen an der Ausarbeitung, Planung, Umsetzung und Bewertung von Strategien gegen Stigmatisierung fördern.“ **Antje Welke, Arbeitsfeld für Alter, Pflege, Rehabilitation und Gesundheit, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge**

Welche Strategien sollten angesichts dieser Bedenken verfolgt werden, um eine Stigmatisierung zu bekämpfen und eine vollständige soziale Eingliederung und Beteiligung von Menschen mit psychischen Problemen zu gewährleisten?

Nach den Erfahrungen der ESN-Arbeitsgruppe über psychische Gesundheit sollten mit Maßnahmen zur Verhinderung und Bekämpfung von Stigmatisierung mindestens drei Ziele verfolgt werden:

- Verbesserte Aufklärung über psychische Störungen und ihre Ursachen, Behandlung, Diagnose usw.
- Änderung der negativen Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen und Menschen mit psychischen Problemen sowie Förderung von positiven Einstellungen und Auffassungen
- Beendigung der strukturellen Diskriminierung in der psychischen Gesundheitsfürsorge

So hat zum Beispiel die Region Castilla-La Mancha eine Strategie entwickelt, die sich je nach Zielgruppe in verschiedene Maßnahmen gliedert:

- Menschen mit psychischen Problemen und ihre Angehörigen: Förderung der Beteiligung und Selbstbestimmung durch Peer-Support und psychologische Maßnahmen gegen Selbststigmatisierung.
- Medizinische Fachkräfte und Einrichtungen: Da medizinische und soziale Fachkräfte eine Quelle der Stigmatisierung darstellen können, werden Strategien zur Aufklärung, Information und Schulung empfohlen. Die Einrichtungen der psychischen Gesundheitsfürsorge und des Sozialwesens sollten sich an einem Recovery-Ansatz orientieren.
- Massenmedien: Protest gegen Medien, die irreführende Informationen über psychische Erkrankungen (Behandlung, Ursachen und Auswirkungen) verbreiten; durch die Entwicklung von Richtlinien für Journalisten könnte Einfluss darauf genommen werden, wie die Medien über psychische Erkrankungen berichten. Die Medien können eine Quelle von positiven Bildern über Menschen mit psychischen Problemen bieten. Hierfür können spezielle Kampagnen entwickelt und bewertet werden.
- Arbeitsmarkt: Betreute Beschäftigungsprogramme, Anpassung des Arbeitskontextes an die Merkmale und Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Problemen, spezielle Strategien zur Information über psychische Gesundheit, steuerliche und soziale Vorteile für Arbeitgeber.
- Bildungswesen: Maßnahmen zur Förderung von psychischer Gesundheit und Informationen über psychische Probleme, Förderung der Akzeptanz von Vielfalt in Schulen.

KAPITEL 3

Recovery: ein personenzentrierter Ansatz

Die Erfahrungen der aktuellen Praxis in verschiedenen europäischen Ländern zeigen, wie sich das Sozial- und Gesundheitswesen auf einen personenzentrierten Ansatz zubewegt, in dessen Mittelpunkt die Genesung („Recovery“) steht. Hierbei werden einige der noch andauernden Herausforderungen deutlich, die sich bei dem Versuch ergeben, die Betroffenen an erste Stelle zu setzen und die sozialen und medizinischen Dienstleistungen der verschiedenen öffentlichen, freiwilligen und privaten Träger miteinander zu integrieren. Ebenso verdeutlichen die Praxisbeispiele die Wichtigkeit einer Bekämpfung von Stigmatisierung, um eine erfolgreiche Recovery des Betroffenen zu ermöglichen.

3.1 Definition des personenzentrierten Ansatzes

In ganz Europa geht der Trend hin zu personenzentrierten Dienstleistungen, bei denen eine Personalisierung mit der Möglichkeit zu wählen und einer Einbeziehung der Betroffenen kombiniert wird. Demgegenüber gelten die Betroffenen im traditionellen öffentlichen Dienstleistungsmodell als passive Empfänger von Dienstleistungen, die von Fachkräften entwickelt und erbracht werden.

Ziel der Personalisierung ist, dass sich jeder Betroffene die benötigten Dienstleistungen selbst organisieren kann und dass er als Mensch mit eigenen Stärken betrachtet wird. Damit verbindet sich ein Element der Wahlmöglichkeit; d. h. der Betroffene entscheidet, welche Arten von Dienstleistungen er auf welche Weise nutzen möchte. Ebenso wird eine Einbeziehung der Betroffenen (sowohl von Selbsthilfegruppen als auch der jeweiligen Einzelpersonen) vorausgesetzt; die Betroffenen sollten an der Entwicklung der Dienstleistungen beteiligt werden, damit die Dienste nicht ihren mutmaßlichen, sondern ihren tatsächlichen Bedürfnissen und Präferenzen entsprechen. Bei personenzentrierten Dienstleistungen liegt der Schwerpunkt nicht auf den psychischen Problemen, sondern auf den Stärken und Ressourcen der Betroffenen.

Hierdurch werden die Fachkräfte jedoch keinesfalls ihrer Verantwortung entbunden: vielmehr müssen die Fachkräfte weiterhin vorhanden sein, um die erforderlichen Dienste anzubieten und (zumindest im Idealfall) die Betroffenen in ihrer Auswahl zu beraten und anzuleiten, damit sie z. B. in puncto Bildung, Familie, Gemeinschaft und Arbeitsleben ihre persönlichen Ziele verwirklichen können.

Seit den sechziger Jahren setzt sich die Betroffenenbewegung für Dienstleistungen ein, die ihre Würde achten und ihre Unabhängigkeit fördern. In Zusammenarbeit mit Fachkräften hat diese Bewegung den Recovery-Ansatz als Mittel zur Verbesserung der Lebensqualität entwickelt¹⁷. Die Betroffenen waren auf verschiedene Weise an der Entwicklung und Umsetzung von Dienstleistungen beteiligt: durch eine Beratung über die (Um-)gestaltung von Dienstleistungen, durch eine Schulung und Ausbildung der mit den Dienstleistungen beauftragten Kräfte, durch von Betroffenen geleitete Forschungsarbeit, durch die Ausarbeitung, Gestaltung und Leitung von Dienstleistungen mit Peer-Führung und letztendlich durch die Schaffung eines neuen Verständnisses von psychischen Problemen und Erkrankungen. Allerdings verlief die stärkere Einbeziehung der Betroffenen für die anderen Interessensgruppen nicht ohne Spannungen, da sie in manchen Fällen mit einer Einflussminderung einherging. Hinsichtlich der Beteiligung der Betroffenen als Gruppe und

¹⁷ Lise Jul Pedersen (6/6/11), Dänische Nationale Betroffenenbewegung, E-Mail-Interview mit ESN.

Einzelpersonen ließen sich starke Verbesserungen verzeichnen, doch es bleibt noch eine Menge zu tun.

„Beim personenzentrierten Ansatz geht es darum, die Dienste nicht mehr nur auf der Grundlage der professionellen Erfahrung anzubieten, sondern sie gemeinsam mit den Bürgern zu entwickeln.“ **Lucy Butler, Mental Health, Drugs and Alcohol Policy Network, Association of Directors of Adult Social Services, Großbritannien**

3.2 Das Konzept der Recovery

Bei dem Konzept der Recovery (bzw. Genesung) wird die Erwartung gefördert, dass die Betroffenen ihr Leben so weit wie möglich selbst kontrollieren können und wollen. Recovery lässt sich als Reise eines Menschen mit psychischen Problemen hin zu einer besseren Lebensqualität betrachten. Für Marianne Cohen, die Vorsitzende von Recovery DK, stellt der an Recovery orientierte Ansatz eine „Herausforderung an das System“ dar. Nach Ansicht einer ehemaligen Betroffenen, Lise Jul Pedersen, „ist es wichtig, dass die Sozialdienste die Bedürfnisse und Wünsche, die die Betroffenen in ihrem Leben haben, in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen:

„Die Betroffenen möchten Hilfe erhalten, um in der Gesellschaft wieder eine geachtete Rolle spielen zu können.“ **Lise Jul Pedersen, ehemalige Betroffene, Dänemark**

An Recovery orientierte Dienstleistungen für psychische Gesundheit bauen auf zwei Tatsachen auf. Erstens sind nicht alle psychischen Probleme chronischer Natur. In den letzten Jahren haben Studien gezeigt, dass mehr als die Hälfte der Menschen mit schweren psychischen Problemen (z. B. Schizophrenie) eine gute Lebensqualität erzielen können und dass von ihrer Erkrankung nur wenige oder gar keine Spuren mehr übrig bleiben¹⁸. Zweitens haben Menschen mit einer hohen Motivation zur Veränderung ihres Lebens die besten Chancen auf Recovery. Diese Motivation wird oft dadurch konditioniert, dass die Mitmenschen des Betroffenen sich – in ihrer Einstellung und Praxis – dafür engagieren, den Betroffenen in seinen persönlichen Zielen und Hoffnungen für ein besseres Leben zu unterstützen¹⁹.

Der Recovery-Stern (siehe Abb. 2)²⁰ ist ein Instrument, mit dem Fachkräfte und Betroffene gemeinsam die verschiedenen Aspekte im Leben des Betroffenen sowie seinen Fortschritt auf dem Weg zum Wohlergehen bewerten können. Im Rahmen der Recovery sollten sämtliche Fachkräfte des Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesens, die mit dem Betroffenen zusammenarbeiten, sich seine Hoffnungen und Träume vergegenwärtigen und seine Ressourcen und sein Potenzial erkennen. Auch viele Betroffene bezeichnen es als Wendepunkt, wenn sie einen Menschen – sei es eine Fachkraft oder einen anderen Betroffenen – kennen lernten, der bereit war, ihnen seine eigenen Erfahrungen mit psychischen Problemen mitzuteilen²¹.

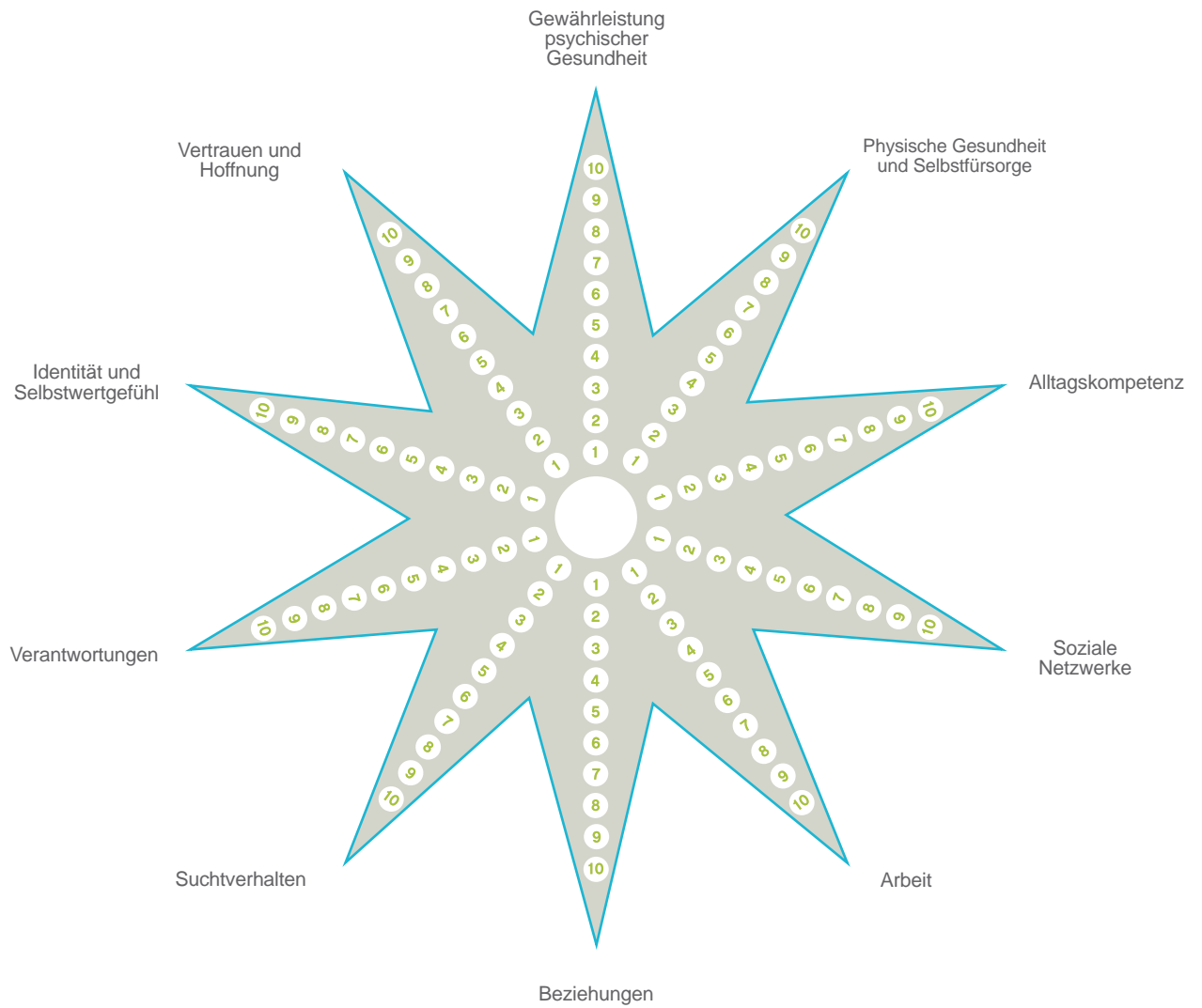
¹⁸ Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S. und Breier A. (1987), The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology study sample and overall status 32 years later, *American Journal of Psychiatry* 144, 718-726.

¹⁹ Topor A. (2004), *Fra patient til person („Vom Patienten zur Person“)*, Akademisk Forlag (Akademischer Verlag), 1. Udgave (1. Ausgabe).

²⁰ Mental Health Providers Forum, Recovery-Stern-Ansatz. Erhältlich online unter: <http://www.mhpf.org.uk/recoveryStarApproach.asp>.

²¹ Topor A. (2002), *Vendepunkter („Wendepunkte“)*, Videnscenter for Socialpsykiatri (Wissenszentrum für Sozialpsychiatrie), 1. Udgave (1. Ausgabe).

Abbildung 2: Der Recovery-Stern – zentrale Dimensionen der Recovery



Recovery Star © Mental Health Providers Forum und Triangle Consulting Social Enterprise Ltd.

Entwickelt von Joy MacKeith und Sara Burns von Triangle Consulting in Zusammenarbeit mit dem Mental Health Providers Forum. Zweite Ausgabe überarbeitet durch Sara Burns, Onyemaechi Imonioro und Joy MacKeith.

www.outcomesstar.org.uk

www.mhpf.org.uk

Für Marianne Farkas, eine Forscherin am Boston Centre for Psychiatric Rehabilitation, ist „ein an Recovery orientierter Ansatz notwendig, aber nicht ausreichend; denn wenn man keine Beschäftigungschancen, Fortbildungsmöglichkeiten und Bankkredite bereitstellt, kann der Betroffene auch bei einer Fülle von zwischenmenschlichen Beziehungen nicht das sinnvolle Leben führen, das er sich wünscht. Wie viele Menschen ... haben Arbeit, gehen wieder zur Schule und haben eine vernünftige Wohnung?“²² Dies erinnert daran, dass es für eine erfolgreiche Recovery nötig ist, die Stigmatisierung in der gesamten Gesellschaft zu bekämpfen.

3.3 Recovery in der Praxis: die Erfahrungen in Aarhus (Dänemark)

„Eine Fachkraft sollte nicht nur das professionelle Wissen über Diagnosen, die Durchsetzung von Rechten usw. aufweisen, sondern auch die nötige persönliche Kompetenz, um Mitgefühl zu zeigen und mit dem Betroffenen eine Verbindung aufzubauen.“ **Marianne Cohen, Recovery DK, Dänemark**

In der Gemeinde Aarhus war das Konzept der Recovery mit erheblichen neuen Anforderungen an die Organisation der sozialen Dienste sowie an die Qualifikationen der Mitarbeiter verbunden. In der kommunalen Abteilung für Sozialpsychiatrie beginnt die Recovery mit einer ersten Bewertung, bei der der Betroffene und ein Team aus Fachkräften die Situation zusammenfassen und einen realistischen Aktionsplan erarbeiten, der eine medizinische und/oder psychiatrische Behandlung, Fortbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen sowie soziale Initiativen umfassen kann²³. Der Betroffene wird von einem persönlichen Koordinator betreut, der ihm dabei hilft, den Aktionsplan umzusetzen und die verschiedenen Dienste zu nutzen. Die Dienstleistungen können von verschiedenen Trägern unter dem Dach einer Organisation erbracht werden, was als „lokale Psychiatrie“ bezeichnet wird.

Die Erfahrungen von Aarhus zeigen, dass ein persönlicher Koordinator einen äußerst positiven Beitrag zur Bereitstellung der Therapie sowie zur fortgesetzten Unterstützung gemäß dem Recovery-Aktionsplan leisten kann. Darüber hinaus trägt der Koordinator dazu bei, den Arbeitsaufwand der verschiedenen beteiligten Fachkräfte für das Fallmanagement zu verringern. Insgesamt gilt eine Koordination zwischen den verschiedenen Beteiligten als zentraler Faktor zur Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen²⁴.

Die Mitteilung von persönlichen Erfahrungen ist eine wertvolle Hilfe; für viele sind Gespräche mit anderen Betroffenen, die oft ähnliche Erfahrungen hatten, ein wichtiger Bestandteil der Recovery. Diese Unterstützung mit der Bezeichnung „Peer-Support“²⁵ wird in Aarhus ebenfalls angeboten. Allerdings räumen die Betroffenen auch ein, dass es sich hierbei nicht immer um eine einfache Erfahrung handelt, denn einige psychische Probleme machen es den Betroffenen schwierig, sich anderen mitzuteilen.

Eine Umgestaltung der Dienstleistungen unter besonderer Berücksichtigung der Recovery hat in Aarhus zu positiven Ergebnissen geführt. Dies wird auch in Abb. 3 ersichtlich, in der die Entwicklung hinsichtlich der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Zufriedenheit mit

²² Farkas M., Interview geführt von Lise Jul Pedersen, Dänische Betroffenenbewegung. Erhältlich online unter: <http://www.youtube.com/watch?v=wZUYn6c0EDw&feature=related>. Dieses Interview ist Bestandteil einer DVD, die die Gemeinde Aarhus in Dänemark Fachkräften des Sozialwesens zu Schulungszwecken zur Verfügung stellt.

²³ Wilken J. P. und Hollander D. (2005), *Rehabilitation and Recovery a comprehensive Approach*, SWP Publishers Amsterdam.

²⁴ Vanderplassen W. (2004), *The development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe*, *Psychiatric Service* 55(8), 913-922.

²⁵ Weitere Informationen finden Sie online bei der International Community for Hearing Voices: <http://www.intervoiceonline.org/>.

den Dienstleistungen verdeutlicht wird. Im Anschluss an diese Bewertung wurde die Recovery im gesamten Direktorat für Sozialdienste stärker verankert.

3.4 Recovery in der Praxis: Erfahrungen aus Irland

„Die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und anderen Sektoren im Bereich der Dienstleistungen für psychische Gesundheit [...] fiel in der Vergangenheit eher sporadisch aus. Jetzt möchten wir dafür sorgen, dass dies auf systematische Weise geschieht.“ **Eithne O’Donnell und Terry Madden, Dublin City Council, Irland**

In Irland wurde mit Hilfe zahlreicher Projekte versucht, die Zusammenarbeit zwischen den Interessensgruppen in der Gesellschaft zu fördern, um die Wirkung für die Betroffenen zu verbessern. In der Grafschaft Wicklow wurde die partnerschaftliche Initiative PROTECT (Personalised Recovery-Oriented Treatment, Education and Cognitive Therapy)²⁶ ins Leben gerufen, um für alle Menschen mit diagnostizierter psychotischer Erkrankung persönliche Recovery-Pläne zu entwickeln. Das Projekt wird gemeinschaftlich von den folgenden Trägern durchgeführt:

- den Diensten für psychische Gesundheit des staatlichen Gesundheitswesens (Health Service Executive)
- dem DETECT-Service, der Menschen mit ersten psychotischen Episoden und ihren Angehörigen eine frühzeitige Intervention anbietet
- SHINE, einer Freiwilligenorganisation
- Wicklow County Council, der Sozialwohnungen bereitstellt
- Arbeitgeber-Dienstleistungen
- New Dawn (E.V.E. Ltd Eastern Vocational Enterprises)

Diese Partner bieten eine Reihe von personenzentrierten und an Recovery orientierten ambulanten Dienstleistungen an. Diese Initiative ist ein Beispiel für eine Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Trägern zur Erzielung einer besseren Wirkung für Menschen mit psychischen Problemen.

Ein weiteres Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen den Trägern im Bereich der psychischen Gesundheit und in anderen Bereichen ist das St. Brendan’s Psychiatric Hospital in Dublin: Hier arbeiten psychiatrische und ambulante Fachkräfte der psychischen Gesundheitsversorgung in multidisziplinären Teams zusammen, die aus Chefarzten, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten, Krankenpflegekräften und Sozialarbeitern bestehen. Zu den Dienstleistungen gehören Notunterkünfte für obdachlose Menschen mit psychischen Problemen sowie für Betroffene in der Rehabilitation. Für ältere Menschen mit psychischen Problemen sind mehrere Plätze in Pflegeheimen erhältlich.

²⁶Weitere Informationen über dieses Projekt finden Sie online unter: <http://www.hse.ie>

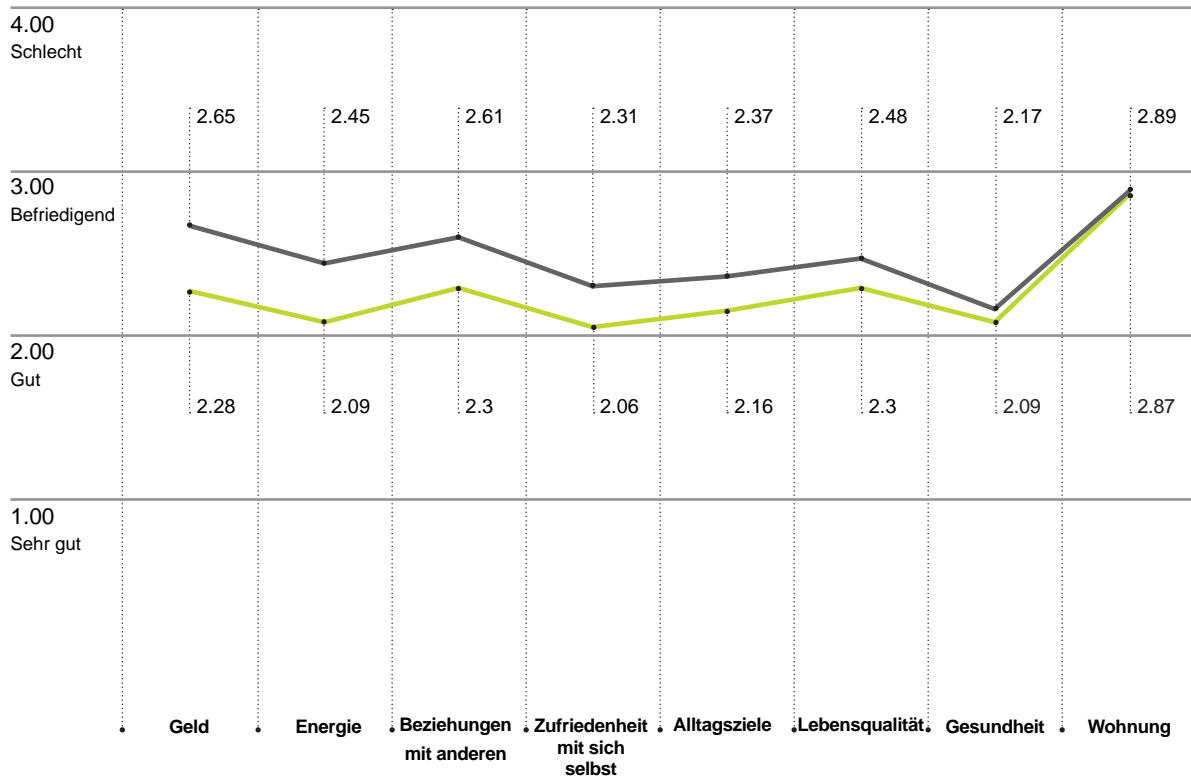
Abbildung 3: Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen (gemäß WHO-Index) von 2007 bis 2009 in Aarhus, Dänemark.

Fragen der Umfrage:

- Hatten Sie in den letzten zwei Wochen genug Geld für Ihren Bedarf?
- Hatten Sie in den letzten zwei Wochen genug Energie für die Aufgaben des Alltags?
- Wie zufrieden waren Sie in den letzten zwei Wochen mit Ihren Beziehungen mit anderen Menschen?
- Wie zufrieden waren Sie in den letzten zwei Wochen mit sich selbst?
- Wie zufrieden waren Sie in den letzten zwei Wochen mit Ihrer Fähigkeit, die Aufgaben des Alltags zu verrichten?
- Wie würden Sie Ihre Lebensqualität bewerten?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?
- Wie zufrieden waren Sie in den letzten zwei Wochen mit Ihrer Wohnungssituation?

Umfragen unter Betroffenen 2009

Umfragen unter Betroffenen 2007



Der Rehabilitationsdienst des Krankenhauses ist ambulant orientiert: Die Sozialarbeiter nutzen die Projekte des „Wellness & Recovery Action Plan“²⁷ (WRAP) als systematischen und planvollen Ansatz, um die Betroffenen bei der Wiederherstellung und Erhaltung ihres „Wohlbefindens“ zu unterstützen. WRAP ist ein Instrument, mit dem die beteiligten Fachkräfte – psychosoziale Fachkräfte, Beschäftigungstherapeuten und psychiatrische Krankenpflegekräfte, die im Bereich der Rehabilitation oder ambulant tätig sind – dem Patienten wieder die Kontrolle über sein Leben verleihen. Am häufigsten kommt es in der Rehabilitation zum Einsatz, wo es im Krankenhaus von psychosozialen und weiteren Fachkräften angeboten wird.

Von den Fachkräften vor Ort wird die Notwendigkeit eines multidimensionalen Ansatzes bei der Arbeit mit von psychischen Problemen betroffenen Menschen anerkannt. In vielen Teilen des Landes funktioniert die lokale Kooperation, weil sich die verschiedenen Fachkräfte für eine Zusammenarbeit engagieren. Allerdings betonen Eithne O'Donnell und Terry Madden, dass *„die Bürokratie weiterhin Probleme bereitet; wir benötigen auf Regierungsebene ein Engagement für den personenzentrierten Ansatz und die Erkenntnis, dass Menschen mit psychischen Problemen die unterschiedlichsten Bedürfnisse haben.“*

KAPITEL 4: Aktive Eingliederung in den Arbeitsmarkt²⁸

Menschen mit psychischen Problemen, die einer bezahlten Beschäftigung nachgehen, haben bessere Chancen auf Recovery. Allerdings fällt die Beschäftigungsquote unter Menschen mit psychischen Problemen generell niedrig aus. Aus diesem Grund haben die nationalen Regierungen und die EU gesetzliche und politische Rahmen entwickelt, um die Beschäftigungschancen zu verbessern, Diskriminierung zu verhindern und Menschen mit psychischen Problemen bei der Arbeitssuche durch spezielle Maßnahmen zu unterstützen.

4.1 Beschäftigungstrends

„Jeder hat das Bedürfnis, seine Fähigkeiten zu nutzen, und die Gesellschaft ist auf den Beitrag jedes Einzelnen angewiesen. Die Herausforderung liegt darin, diese beiden Bedürfnisse miteinander in Einklang zu bringen.“ **Anders Møller Jensen, ehemaliger Direktor für Sozial- und Psychiatriedienste, Dänemark**

Ein wichtiger Faktor für das Gefühl der Zugehörigkeit zur Gesellschaft ist das Arbeitsleben. Neben der Möglichkeit zum Geldverdienen bietet die Arbeit auch nicht-wirtschaftliche Vorteile²⁹ wie z. B. Identität und Status, soziale Kontakte und ein Gefühl der persönlichen Leistung. Arbeit kann Menschen mit psychischen Problemen eine Gelegenheit zur

²⁷ Weitere Informationen über WRAP finden Sie online unter: <http://www.imhrec.ie/recovery-wrap/>

²⁸ Hinweis: Da es in den meisten Fällen keine besonderen Gesetze für Menschen mit psychischen Problemen gibt, wird in diesem Kapitel an den entsprechenden Stellen die Bezeichnung „Menschen mit Behinderungen“ gewählt.

²⁹ Boardman J., Grove B., Perkins R. und Shepherd G. (2003), Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry* 182, 467-468.

Teilnahme am Gesellschaftsleben bieten. Für die Betroffenen, Angehörigen und Fachkräfte ist sie ein wichtiges Element der Recovery³⁰.

Der Anteil der Menschen, denen eine Recovery gelingt, steigt proportional mit der Beschäftigungsquote³¹, doch zugleich fällt die Beschäftigungsquote unter Menschen mit psychischen Problemen generell niedrig aus. Über die Beschäftigungs- bzw. Arbeitslosenquote von Menschen mit psychischen Problemen lassen sich nur schwer Daten ermitteln. Dafür gibt es mehrere Gründe: Oft wird in der Arbeitslosenstatistik nicht nach Gesundheitszustand oder Behinderungen unterschieden. Darüber hinaus werden Menschen mit chronischen Erkrankungen zuweilen nicht als arbeitssuchend, sondern als berufsunfähig eingestuft, weshalb sie auch keinen Anspruch auf Leistungen für arbeitslose, sondern vielmehr für behinderte Menschen haben.

Ebenso schwankt die Beschäftigungsquote stark je nach Art der Behinderung: Laut einer britischen Studie³² fällt die Beschäftigungsquote unter Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie z. B. Schizophrenie, bipolarer Störung oder schwerer Persönlichkeitsstörung erheblich niedriger aus³³. In Polen lag die Beschäftigungsquote unter Menschen mit Behinderungen bei 14% und unter der Allgemeinbevölkerung bei 51% (eine Unterscheidung nach verschiedenen Arten von Behinderungen wurde nicht vorgenommen)³⁴. Berücksichtigt man den Mangel an zuverlässigen Daten und die Schwankungen der Beschäftigungsquote je nach Erkrankung, kommt man für die meisten Länder auf eine Beschäftigungsquote von 20-30 Prozent (siehe Abb. 4)³⁵.

Die meisten von schweren psychischen Erkrankungen betroffenen Menschen (70-90%)³⁶ wünschen sich eine Arbeit, um die sich jeder Mensch bewerben kann, die an einem normalen Geschäftsort verrichtet wird, für die mindestens der Mindestlohn gezahlt wird und bei der die meisten Kollegen keine Behinderung aufweisen³⁷.

Weniger Menschen mit psychischen Problemen als mit Körperbehinderung finden eine Arbeit, mit der sie zufrieden sind. Allerdings müssen beide Gruppen gegen Stigmatisierung und Diskriminierung kämpfen, die ihnen nicht nur in der öffentlichen Meinung, sondern zuweilen auch in der eigenen Familie sowie unter Fachkräften der psychischen Gesundheitsversorgung begegnen, von denen manche die Arbeitslosigkeit als unvermeidliche Folge der psychischen Erkrankung betrachten.

³⁰ Bond G.R. (2004), Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 345-359.

³¹ Topor A. (2004), Fra patient til person („Vom Patienten zur Person“), Akademisk Forlag (Akademischer Verlag), 1. Udgave (1. Ausgabe).

³² Marwaha S., Johnson S., Bebbington P., Stafford M., Angermeyer M.C., Brugha T., Azorin J.M., Kilian R., Hansen K. and Toumi M. (2007) Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany, *British Journal of Psychiatry* 191, 307.

³³ Marwaha S., Johnson S., Bebbington P., Stafford M., Angermeyer M.C., Brugha T., Azorin J.M., Kilian R., Hansen K. und Toumi M. (2007), Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany, *British Journal of Psychiatry* 191, 307.

³⁴ Weitere Informationen online unter:

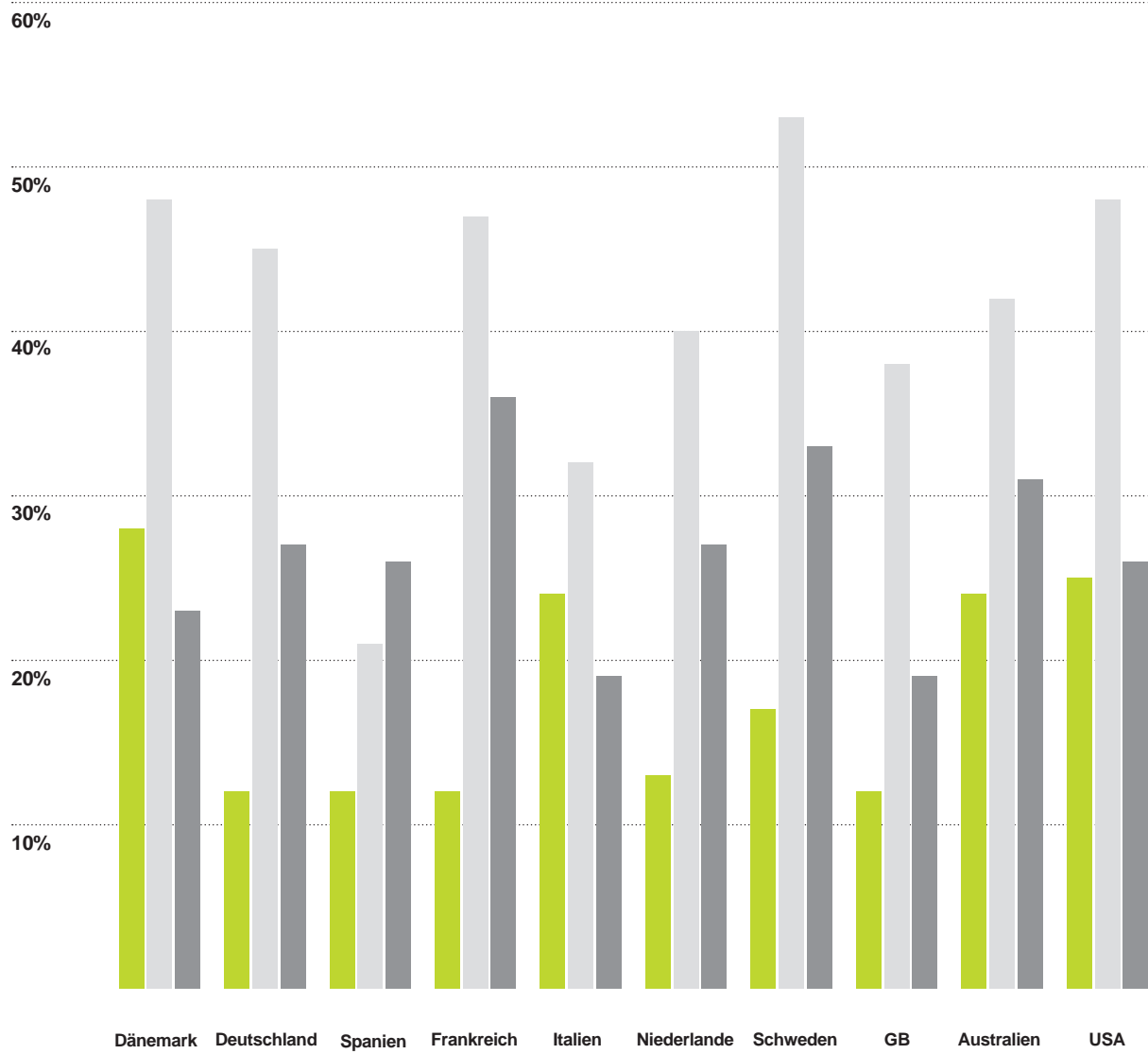
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_Is_labour_force_survey_IIIq_2009.pdf.

³⁵ McDaid D., Knapp M., Medeiros H. und die MHEEN Group (2008), Employment and mental health: Assessing the economic impact and the case for intervention, PSSRU, LSE.

³⁶ Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F., Bell M.D. und Blyler C.R. (2001), Implementing supported employment as an evidence based practice, *Psychiatric Services* 52, 313–322.

³⁷ Dixon L., Hoch J., Clark R., Bebout R., Drake R., McHugo G. und Becker D. (2002), Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness, *Psychiatric Services* 53(9), 1118-1124.

Abbildung 4: Beschäftigungsquote unter Menschen mit Schizophrenie im Vergleich zu Menschen mit schwerer sowie mit jeder Art von Behinderung Ende der neunziger Jahre in ausgewählten Ländern.



4.2 Gesetzlicher und politischer Rahmen

Trotz der Tatsache, dass Menschen mit Behinderungen eine vielfältige Gruppe darstellen, die bei der Arbeitssuche auf unterschiedliche Probleme stoßen, beziehen sich Politik und Gesetzgebung auf EU- und nationaler Ebene nicht spezifisch auf psychische Gesundheit, sondern auf Behinderungen im Allgemeinen.

Auf EU-Ebene werden die Rechte von behinderten Menschen auf dem Arbeitsmarkt durch die Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie von 2000 gefördert³⁸. Ziel ist die Verbesserung der Beschäftigungschancen durch das Prinzip der Gleichbehandlung; Arbeitgebern wird verboten, Aspekte der Behinderung eines Menschen zu berücksichtigen, wenn diese Aspekte für die Fähigkeit zur Verrichtung der Arbeit irrelevant sind.

Zur Umsetzung dieses Prinzips verlässt sich die Richtlinie in erster Linie auf das Verbot einer unmittelbaren oder mittelbaren Diskriminierung. Eine unmittelbare Diskriminierung wird definiert als eine aufgrund einer Behinderung „weniger günstige“ Behandlung einer Person im impliziten Vergleich zu einer anderen Person, die besser behandelt wurde. Durch das Verbot der mittelbaren Diskriminierung wird es dem Arbeitgeber untersagt, dem Anschein nach neutrale Vorschriften oder Verfahren zu wählen, die in Wahrheit „Personen mit einer bestimmten [...] Behinderung [...] gegenüber anderen Personen in besonderer Weise benachteiligen“.

Viele Arbeitgeber konzentrieren sich auf die Behinderung statt auf die Fähigkeit einer Person, die Arbeit zu verrichten, und kommen daher zum Schluss, dass der/die Betreffende für die Stelle ungeeignet ist. In der Richtlinie werden die Arbeitgeber verpflichtet, durch „angemessene Vorkehrungen [...] Menschen mit Behinderung den Zugang zur Beschäftigung, die Ausübung eines Berufes, den beruflichen Aufstieg und die Teilnahme an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zu ermöglichen, es sei denn, diese Maßnahmen würden den Arbeitgeber unverhältnismäßig belasten“.

Diese Intention der Richtlinie wurde vor Kurzem durch die Schlussfolgerungen des Rates zum Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden (Juni 2011) bekräftigt, in denen die Mitgliedstaaten aufgefordert werden, Maßnahmen gegen die Diskriminierung von Menschen mit psychischen Problemen zu ergreifen und ihren Zugang zu Arbeit zu fördern.

2008 veröffentlichte die Kommission eine spezifische politische Empfehlung an die Mitgliedstaaten zur „aktiven Eingliederung der aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzten Personen“³⁹. Empfohlen wird eine integrierte und umfassende Strategie, die aus drei Elementen besteht: angemessene Einkommensunterstützung, integrative Arbeitsmärkte und Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen. Die Erhöhung der Beschäftigungsquote ist generell ein Hauptziel der Strategie „Europa 2020“; in der Strategie werden Behinderungen generell anerkannt, nicht jedoch speziell der Aspekt der psychischen Gesundheit.

Auf nationaler Ebene werden die Rechte von Menschen mit psychischen Problemen von den allgemeinen Gesetzen geregelt, also von der Verfassung sowie von den Arbeits-, Gleichstellungs- oder Antidiskriminierungsgesetzen des jeweiligen Landes (bei denen es sich zum Teil um umgesetzte europäische Gesetze handeln kann). In einigen Ländern gibt

³⁸ Richtlinie des Rates 2000/78/EG (2000) zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf, Amtsblatt L 303, 02.12.2000, S. 0016-0022.

³⁹ Empfehlung der Kommission vom 3. Oktober 2008 zur aktiven Eingliederung der aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzten Personen (2008/867/EG). Erhältlich online unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:307:0011:0014:DE:PDF>.

es spezielle nationale und regionale Gesetze, in denen eine Arbeitsstelle als Mittel zur Rehabilitation definiert werden kann.

In **Bulgarien** wird in Art. 48 der Verfassung anerkannt, dass „alle Bürger das Recht auf Arbeit haben; der Staat ist dafür verantwortlich, die Bedingungen für die Verwirklichung dieses Rechts zu schaffen.“ Menschen mit Behinderungen sollten also in die Lage versetzt werden, ihr Menschenrecht auf Arbeit wahrzunehmen. Im Januar 2011 gab das Arbeits- und Sozialministerium einen Erlass zur Einrichtung eines „Nationalen Programms zur Ausbildung und Verbesserung der Beschäftigungssituation von Menschen mit ständigen Behinderungen“ heraus⁴⁰.

In **Irland** bilden der Employment Equality Act von 1998 und der Disability Act von 2005 den gesetzlichen Rahmen zur Sicherstellung einer Gleichbehandlung von Menschen mit Behinderungen. Nach dem Gesetz sind Diskriminierungen von Arbeitssuchenden aufgrund einer Behinderung illegal. Laut Disability Act 2005 (Teil 5) sind Organisationen des öffentlichen Sektors verpflichtet, die Einstellung von Menschen mit Behinderungen zu fördern und zu unterstützen und unter ihrer Belegschaft eine gesetzliche Mindestquote von Menschen mit Behinderungen in Höhe von 3% zu gewährleisten.

Auch in **Großbritannien** ist eine Diskriminierung aufgrund einer Reihe von „geschützten Merkmalen“, zu denen unter anderem Behinderungen (z. B. psychische Erkrankungen) gehören, nach dem Equality Act von 2010 illegal; die Träger sind verpflichtet, durch „zumutbare Anpassungen“ den Zugang zur Arbeit zu erleichtern⁴¹. Seit einiger Zeit ist es nach dem Equality Act von 2010 außerdem illegal, vor Abgabe eines Stellenangebots nach der Gesundheit bzw. nach Behinderungen zu fragen⁴².

In **Finnland** und **Dänemark** gibt es keine Grundsätze zur bevorzugten Behandlung von Menschen mit psychischen Problemen auf dem Arbeitsmarkt; die entsprechenden Regelungen hierfür finden sich in den allgemeinen Gesetzen. Allerdings werden besondere Dienstleistungen wie z. B. eine berufliche Rehabilitation und Weiterbildung angeboten, um die Berufschancen von Menschen mit psychischen Problemen zu verbessern.

In **Deutschland** bietet die Bundesagentur für Arbeit psychosoziale Dienstleistungen für Unternehmen an und entschädigt sie für die verringerte Arbeitsleistung von behinderten Arbeitnehmern. Durch verschiedene weitere Regelungen (auf kommunaler und regionaler Ebene) soll die Eingliederung von Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt gefördert werden; hierzu gehören z. B. betreute Werkstätten und Integrationsgesellschaften, in denen 25-50% der Belegschaft aus Menschen mit Behinderungen besteht.

In **Spanien** werden die Maßnahmen zur Verbesserung der Beschäftigungschancen von Menschen mit psychischen Problemen im Rahmen der Gesetzgebung für Menschen mit Behinderungen festgelegt. Die Rolle der Regierung bei der Festlegung von Politiken zur Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Integration von Menschen mit physischen, sensorischen und psychischen Problemen wird von der Verfassung anerkannt. Öffentliche und private Unternehmen mit mehr als 50 Angestellten müssen nach der nationalen Gesetzgebung⁴³ mindestens 2% Arbeitnehmer mit Behinderungen beschäftigen. Um Menschen mit Behinderungen eine sinnvolle Arbeit anzubieten, die ihren persönlichen und sozialen Bedürfnissen entspricht, wurden spezielle Arbeitszentren eingerichtet. Darüber

⁴⁰ Weitere Informationen über dieses Programm finden Sie online unter:
<http://www.az.government.bg/Projecys/Prog/HU/Uvrej.htm>.

⁴¹ Weitere Informationen sind auf der Website der Equality and Human Rights Commission erhältlich:
<http://www.equalityhumanrights.com/advice-and-guidance/guidance-for-employers/the-duty-to-make-reasonable-adjustments-for-disabled-people/>.

⁴² ebd.

⁴³ Gesetz 13/1982 vom 7. April.

hinaus wurde in einem weiteren Gesetz⁴⁴ die betreute Arbeit als Schritt hin zu einer wettbewerbsorientierten Beschäftigung anerkannt.

In **Italien** wird im Rahmen der nationalen und regionalen Gesetzgebung versucht, Mittel zur Unterstützung bei der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen zu schaffen. Nach den nationalen Gesetzen muss 7% der Belegschaft eines Unternehmens aus Menschen mit einem Behinderungsgrad von 46% bestehen⁴⁵. Darüber hinaus wird in den nationalen Gesetzen geregelt, wie die kommunalen Gesundheitsbehörden Personen für eine Beschäftigung auswählen, ausbilden und unterstützen können. In nationalen und regionalen Gesetzen⁴⁶ wird die Einrichtung von Arbeitsintegrationsdiensten zur Vorbereitung auf den Arbeitsmarkt in jeder kommunalen Gesundheitsbehörde festgelegt. Ebenso haben die Unternehmen Anspruch auf Beihilfe bei den Versicherungsprämien und sonstigen Steuern.

4.3 Heutige Ansätze für eine aktive Eingliederung

Wie aus den obigen Beispielen ersichtlich wird, sind die Gesundheits-, Sozial- und Arbeitsämter überall in der EU nach den Gesetzen und der Politik verpflichtet, Menschen mit psychischen Problemen bei der Arbeitssuche zu helfen. Die verschiedenen Programme hierfür lassen sich in zwei Modelle einteilen: „Ausbildung mit anschließender Platzierung“ („train then place“) und „Platzierung mit anschließender Ausbildung“ („place then train“). Sie gehen mit einer unterschiedlich intensiven Unterstützung und Betreuung einher und können auf Vereinbarungen zwischen den kommunalen Gesundheits-, Sozial- und Arbeitsämtern und anderen Trägern basieren.

Die traditionellen Ausbildungsprogramme fallen unter die Kategorie „Ausbildung mit anschließender Platzierung“. Es wird davon ausgegangen, dass die Betroffenen eine gewisse Vorbereitungszeit benötigen, bevor sie am wettbewerbsorientierten Arbeitsmarkt teilnehmen können; die möglichen Arbeitsplätze und Zeitpläne werden im Rahmen einer klinischen Bewertung festgelegt. Zu den gut etablierten Modellen der Kategorie „Ausbildung mit anschließender Platzierung“ gehören die betreuten Arbeitsplätze, in denen eine vorberufliche Ausbildung stattfindet und die Arbeitnehmer weniger als den Mindestlohn oder überhaupt keine Vergütung erhalten. Bei dem Versuch, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu einer wettbewerbsorientierten Beschäftigung zu verhelfen, haben sich diese Programme größtenteils als wenig erfolgreich erwiesen⁴⁷. Die jüngeren, an Recovery orientierten Ansätze werden als Modelle zur „Platzierung mit anschließender Ausbildung“ bezeichnet; hierzu gehören unter anderem die so genannten IPS-Programme („Individual Placement and Support“). Im Rahmen dieser Programme werden die Betroffenen an einem wettbewerbsorientierten Arbeitsplatz untergebracht und anschließend bei der Arbeit betreut. Die IPS-Programme haben sich als wirksamer erwiesen als die „Train then place“-Modelle, was die Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen beim Finden und Bewahren eines wettbewerbsorientierten Arbeitsplatzes anbelangt⁴⁸.

⁴⁴ Königlicher Erlass 870/2007 vom 2. Juli.

⁴⁵ Legge 68, 12. März 1999 „Norme per il diritto al lavoro dei disabili“ (*Gesetz für das Recht von behinderten Menschen auf Arbeit*).

⁴⁶ Legge vom 8. November 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (*Rechtlicher Rahmen für ein integriertes System sozialer Dienste*), DGR Nr. 1138 vom 6. Mai 2008, "Linee guida per il funzionamento del Servizio per l'Integrazione Lavorativa (SIL) delle Aziende ULSS del Veneto" (*Richtlinien für Dienstleistungen der kommunalen Gesundheitsbehörden zur Integration in den Arbeitsmarkt*).

⁴⁷ Boardman J. (2003), Work, employment and psychiatric disability, *Advances in Psychiatric Treatment* 9, 327-334.

⁴⁸ Boardman J., Grove B., Perkins R. und Shepherd G. (2003), Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry* 182, 467–468.

Die Verbesserung der Beschäftigungsquote von Menschen mit psychischen Problemen ist nicht nur eine Angelegenheit der Antidiskriminierungsgesetze oder öffentlichen Arbeitsämter, sondern auch des Sozialsystems (hinsichtlich einer Rückkehr zur Arbeit ohne Verlust von Sozialleistungen) und der Betroffenen selbst (hinsichtlich der Bewältigung ihrer psychischen Probleme und ihres Arbeitslebens). Aus diesem Grund wurde in Schweden eine „Teilzeit“-Krankschreibung eingeführt, die es wirtschaftlich sinnvoller macht, auf Teilzeitbasis zu arbeiten als „Vollzeit“ krank geschrieben zu sein. In Großbritannien wiederum werden „Gesundheitszertifikate“ eingeführt, in denen angegeben wird, welche Arbeiten der Leistungsempfänger verrichten kann (statt die ihm unmöglichen Arbeiten aufzulisten).

Die Auswirkungen der Arbeit auf andere Aspekte im Leben von Menschen mit psychischen Problemen wurden in der Forschung bisher weitgehend übersehen. In einigen Studien wurde festgestellt, dass medizinische Dienstleistungen seltener in Anspruch genommen werden, was auf eine generelle gesundheitliche Verbesserung zurückzuführen sein könnte⁴⁹. Andere Studien kamen zum Ergebnis, dass Studien kamen zum Ergebnis, dass sich mit einer wettbewerbsorientierten Beschäftigung die gesundheitlichen Symptome der Betroffenen stärker verbessern als mit anderen Arbeitsprogrammen⁵⁰.

4.4 Aktive Eingliederung in der Praxis: das Beispiel von Treviso in der Region Venetien (Italien)

Abbildung 5: Der Weg zur wettbewerbsorientierten Beschäftigung in Treviso

In Treviso kommen je nach der Situation, den Bedürfnissen und den Präferenzen des Betroffenen Programme für betreute Arbeitsplätze oder für eine individuelle Platzierung und Unterstützung zum Einsatz. Durch das Durchlaufen der verschiedenen Arten von Beschäftigung sollen die Betroffenen den Weg zu einer „normalen“, d. h. wettbewerbsorientierten Arbeit finden.

In Treviso stehen je nach der Situation, den Bedürfnissen und den Präferenzen des Betroffenen zwei Arten von Arbeitsprogrammen zur Verfügung: Programme für betreute Arbeitsplätze oder für eine individuelle Platzierung und Unterstützung.

Bei dem Programm für betreute Arbeitsplätze beginnt der Prozess der Arbeitssuche mit einer Bewertung der Erkrankung und bisherigen Erwerbstätigkeit. Anschließend kann ein „Behinderungszertifikat“ ausgestellt werden, das dem Betroffenen einen Anspruch auf bestimmte Sozialleistungen sowie auf Sonderleistungen des Zentrums für psychische Gesundheit der kommunalen Gesundheitsbehörde verschafft. Im „Behinderungszertifikat“ wird die „Behinderungs- und Schutzstufe“ des Betroffenen festgelegt, woraus hervorgeht, welche Arten von Dienstleistungen er voraussichtlich benötigt und welche Maßnahmen bei seiner Arbeitssuche erforderlich sind.

Betroffene mit einem höheren Behinderungsgrad werden in der Regel in Tageskliniken betreut (Kosten unbekannt) oder nutzen die Dienstleistungen von nichtstaatlichen Trägern (8000 € pro Person und Jahr).

⁴⁹ Jackson Y., Kelland J., Cosco T.D., McNeil D.C. und Reddon J.R. (2009), Non-vocational outcomes of vocational rehabilitation: reduction in health services utilization, *Work* 33(4), 381-387.

⁵⁰ Bond G.R., Resnick S.G., Drake R.E., Xie H., McHugo G.J. und Bebout R.R. (2001), Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness?, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3), 489-501.

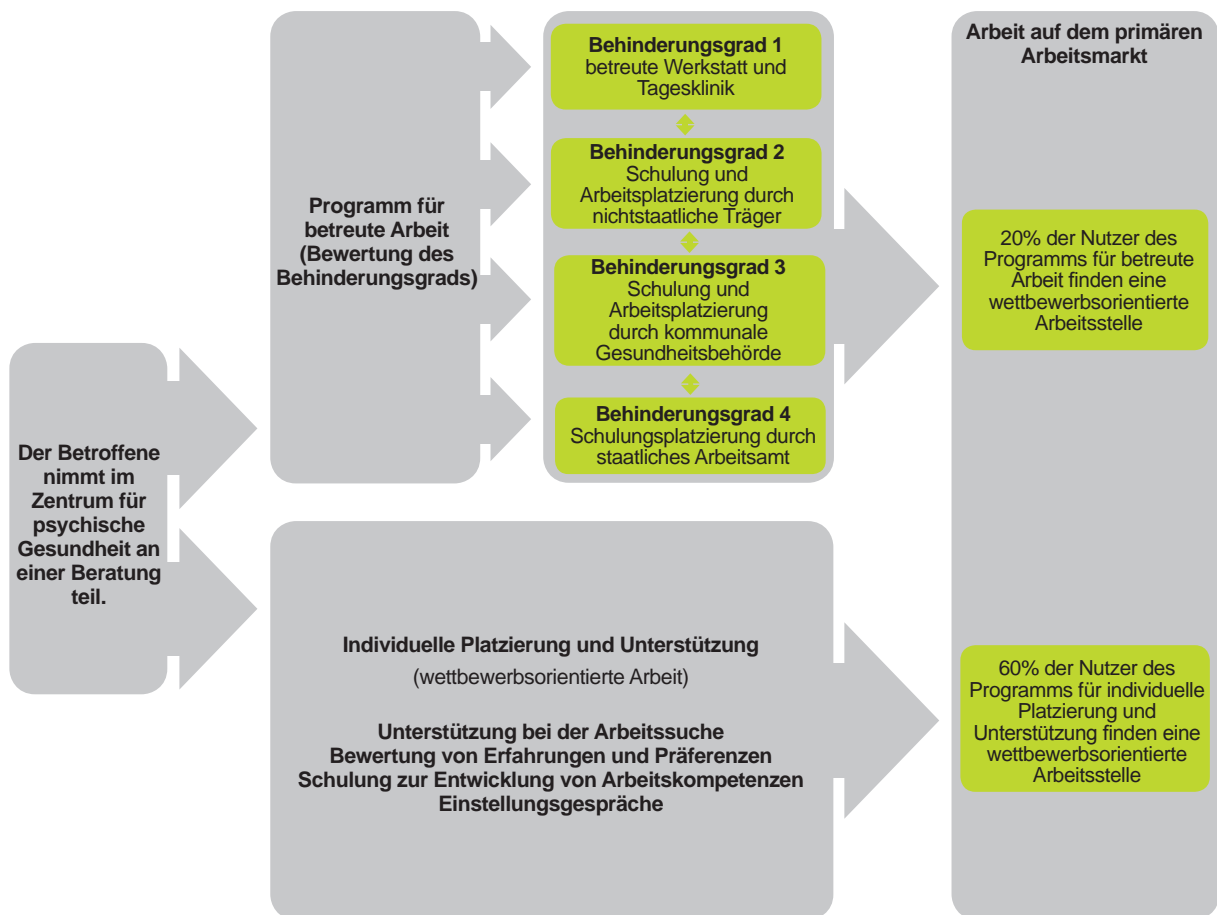


Abbildung 5: Der Weg zur wettbewerbsorientierten Beschäftigung in Treviso

In Treviso kommen je nach der Situation, den Bedürfnissen und den Präferenzen des Betroffenen Programme für betreute Arbeitsplätze oder für eine individuelle Platzierung und Unterstützung zum Einsatz. Durch das Durchlaufen der verschiedenen Arten von Beschäftigung sollen die Betroffenen den Weg zu einer „normalen“, d. h. wettbewerbsorientierten Arbeit finden.

Betroffene mit einem niedrigeren Behinderungsgrad werden bei der Arbeitssuche auf dem primären Arbeitsmarkt durch den Arbeitsintegrationsdienst der kommunalen Gesundheitsbehörde (2500 € pro Person und Jahr) oder das staatliche Arbeitsamt (4500 € pro Person und Jahr) unterstützt. Der Fortschritt des Betroffenen wird von der Abteilung für psychische Gesundheit der kommunalen Gesundheitsbehörde kontinuierlich kontrolliert, um festzustellen, ob der Betroffene in eine andere Dienststufe oder in den primären Arbeitsmarkt wechseln kann.

Als Alternative hierzu kann der Betroffene auf Wunsch in ein Programm für individuelle Platzierung und Unterstützung überwiesen werden, in dem er in enger Zusammenarbeit mit einem Arbeitsmarktspezialisten eine Arbeitsstelle sucht, die seinen Präferenzen, Qualifikationen und Erfahrungen entspricht. In diesem Fall wird keine klinische Bewertung durchgeführt und auch kein Behinderungszertifikat ausgestellt. Der Betroffene ermittelt selbst potenzielle Arbeitsplätze und Arbeitgeber; das Endziel liegt in der Beschaffung einer wettbewerbsorientierten Arbeitsstelle. Vor der Einstellung findet keine Schulung statt. Sämtliche Betroffenen werden dazu ermutigt, die Suche nach einer wettbewerbsorientierten Arbeitsstelle in Erwägung zu ziehen. Nach den Bewertungen der kommunalen Gesundheitsbehörde in Treviso hat die individuelle Platzierung und Unterstützung bei der Arbeitssuche zu besseren Ergebnissen geführt (Erfolgsrate von 60%) als die traditionellen betreuten Arbeitsplätze (20%).

4.5 Aktive Eingliederung in der Praxis: staatliches Programm in Großbritannien von 2008 bis 2011

Im Jahr 2008 hatten in Großbritannien mehr als 3 Millionen Erwachsene im erwerbsfähigen Alter keine Arbeit und erhielten eine Arbeitsunfähigkeitsrente. Eine wichtige Ursache hierfür waren psychische Probleme. Für Personen, die seit mehr als einem Jahr eine Arbeitsunfähigkeitsrente beziehen, führte die Regierung ein Sonderprogramm mit der Bezeichnung „Pathways to Work“ ein⁵¹.

Dieser „Weg zur Arbeit“ beginnt für viele von psychischen Problemen betroffene Menschen mit dem Besuch bei einer psychiatrischen Krankenpflegekraft bzw. einem Psychiater der Primärversorgung, der ihn dazu ermutigt, eine Rückkehr ins Erwerbstätigenleben in Erwägung zu ziehen. Im Rahmen einer medizinischen Untersuchung wird festgestellt, zu welchen Arbeiten der Betroffene in der Lage ist (statt sich auf die für ihn unmöglichen Tätigkeiten zu konzentrieren). Anschließend legt der Betroffene gemeinsam mit einem persönlichen Berater in einem individuellen Aktionsplan seine Bedürfnisse und Umstände, Schwierigkeiten, Fähigkeiten, Erfahrungen, Begabungen und Hoffnungen dar.

Sobald der Aktionsplan vereinbart wurde, überweist der persönliche Berater den Betroffenen an Partnerorganisationen, wo er eine arbeitsspezifische Schulung erhält und bei der Entwicklung von Fähigkeiten zum Umgang mit seiner Erkrankung unterstützt wird⁵²; hinzu kommen weitere Hilfsmaßnahmen wie z. B. eine Schuldnerberatung. Sobald der Betroffene auf das Erwerbsleben vorbereitet ist, kann er an Firmenbesuchen bei potenziellen Arbeitgebern teilnehmen, eine Probearbeitszeit absolvieren, eine Ausbildung abschließen und eine Arbeit aufnehmen. Hierbei erhält er bis zu 13 Wochen lang Unterstützung am Arbeitsplatz. Wenn der Versuch fehlschlägt, kann der Betroffene wieder zu einem früheren Abschnitt des Wegs zurückkehren.

⁵¹ „Pathways to Work“ wurde im April 2011 beendet; seit Sommer 2011 wird ein neues Programm mit der Bezeichnung „Get Britain Working“ eingeführt.

⁵² Um dem Betroffenen das Verstehen und Umgehen mit seiner Erkrankung oder Behinderung zu erleichtern, wird ein kurzes Programm (ca. 4-16 Sitzungen) mit der Bezeichnung „Condition Management Programme“ (CMP) durchgeführt. Weitere Informationen online unter: http://library.nhsggc.org.uk/mediaAssets/Leaflets/nhsggc_leaflet_condition_management_programme_leaflet.pdf.

Der Betroffene wird regelmäßig nach seiner Meinung gefragt und kann den Aktionsplan mit dem persönlichen Berater überarbeiten, was ihm ein Gefühl der Beteiligung und Verantwortung verleiht. Ebenso können die Dienste von medizinischen Fachkräften, sozialen Trägern, Arbeitsämtern, dem Dritten Sektor und Arbeitgebern genutzt werden. Wie die Praxisbeispiele des vorangegangenen Kapitels gilt auch dieses Programm als Bestandteil des „Recovery“-Prozesses.

KAPITEL 5: Investition in psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

Die wirtschaftlichen und sozialen Kosten eines Mangels an psychischer Gesundheit und Wohlbefinden sind bereits hinreichend bekannt, doch noch nie gab es so überzeugende Argumente für entsprechende Investitionen wie in letzter Zeit. Strategien für Wohlbefinden am Arbeitsplatz, die sich aus mehreren Komponenten zusammensetzen (darunter auch psychische Gesundheit), haben sich als wirkungsvoller erwiesen als einzelne Projekte. Im Rahmen dieser Strategien können die Mitarbeiter Anzeichen von psychischen Problemen erkennen und für ihr eigenes Wohlbefinden sowie für das ihrer Kollegen Verantwortung übernehmen. Das staatliche Gesundheitswesen hat private Arbeitgeber und andere Organisationen des öffentlichen Sektors bei der Verbesserung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz unterstützt. Eine Förderung der psychischen Gesundheit und entsprechende Präventionsmaßnahmen sind offenbar kosteneffektiver als eine Bekämpfung von bereits aufgetretenen psychischen Problemen.

5.1 Die Indizien

„Einige der größten Bedrohungen unserer Gesellschaft liegen heute in psychischen Problemen und im Drogenmissbrauch begründet. Psychische Gesundheit muss auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene gefördert werden.“ **Eija Stengård, Abteilung zur Förderung der psychischen Gesundheit, Nationales Institut für Gesundheit und Wohlfahrt, Finnland**

Die wirtschaftlichen Auswirkungen von psychischen Problemen belaufen sich pro europäischen Haushalt auf deutlich mehr als 2000 € pro Jahr⁵³. Die EU-weiten Kosten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beliefen sich 2007 auf schätzungsweise 36 Milliarden €⁵⁴; im Vergleich hierzu lagen die Kosten alleine für Depression bei 136,3 Milliarden €⁵⁵.

Überall in Europa haben die Regierungen Mühe mit der Bewältigung der wachsenden Zahlen von arbeitslosen und Krankengeld beziehenden Menschen, was ganz oder teilweise durch psychische Probleme verursacht wird. In Deutschland sind 30-35% der Frührenten die Folge von psychischen Problemen. In Großbritannien stieg der Anteil der Empfänger von Erwerbsunfähigkeitsleistungen aufgrund von psychischen Problemen unter sämtlichen

⁵³ McDaid D. (2011), Hintergrund-Dokument für die Thematische Konferenz über die Förderung von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Luxemburg: Europäische Gemeinschaften.

⁵⁴ Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A., Petersen S. und Rayner M. (2006), Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union, *European Heart Journal* 27(13), 1610-1619.

⁵⁵ McDaid D., Zechmeister I., Kilian R., Medeiros E., Knapp M., Kennelly B. und die MHEEN-Gruppe (2008), Making the Economic Case for the promotion of mental well-being and the prevention of mental health problems, London: London School of Economics and Political Science.

Leistungsbeziehern zwischen 1996 und 2006 von 26% auf 43%; psychische Probleme spielten in 70% aller Fälle eine Rolle⁵⁶.

Laut dem britischen Centre for Mental Health leidet jeder sechste Arbeitnehmer zu irgendeinem Zeitpunkt unter Depression, Angststörungen oder Problemen aufgrund von Stress. Die Gesamtkosten für die Arbeitgeber werden auf fast 26 Milliarden GBP pro Jahr geschätzt. Das entspricht jährlich 1.035 GBP pro britischen Arbeitnehmer (siehe Abbildung 6)⁵⁷.

In der Region Venezien (Italien) belaufen sich die unmittelbaren Kosten (d. h. Behandlungen und Dienstleistungen) von psychischen Erkrankungen auf 21 Millionen € für 6000 Betroffene. Die mittelbaren Kosten (bzw. die Kosten eines Nichteingreifens) liegen zwei- bis sechsmal höher und umfassen:

- die Kosten der Arbeitslosigkeit
- Absentismus
- Präsentismus
- verringerte Leistungsfähigkeit bei der Arbeit
- Kranken- und Behinderungsleistungen
- Auswirkungen auf Familie
- Verhalten, das zu Unfällen oder Sachbeschädigung führt

Für Investitionen in psychische Gesundheit sprechen also handfeste wirtschaftliche Argumente. Ebenso sind sie aber auch ein moralisches Gebot, denn „Menschen mit chronischen psychischen Problemen sterben in der Regel 20 Jahre früher als ihre Mitmenschen.“⁵⁸

Darüber hinaus „sind sie schlechter qualifiziert, haben mehr Schwierigkeiten dabei, eine Arbeitsstelle zu finden und zu behalten, verdienen weniger, sind häufiger obdachlos oder von Obdachlosigkeit bedroht und wohnen häufiger in sozial stark benachteiligten Gegenden. Sie leiden [auch] häufiger unter körperlichen Gesundheitsproblemen“⁵⁹.

⁵⁶ Department of Health (2011), No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, London: HM Government.

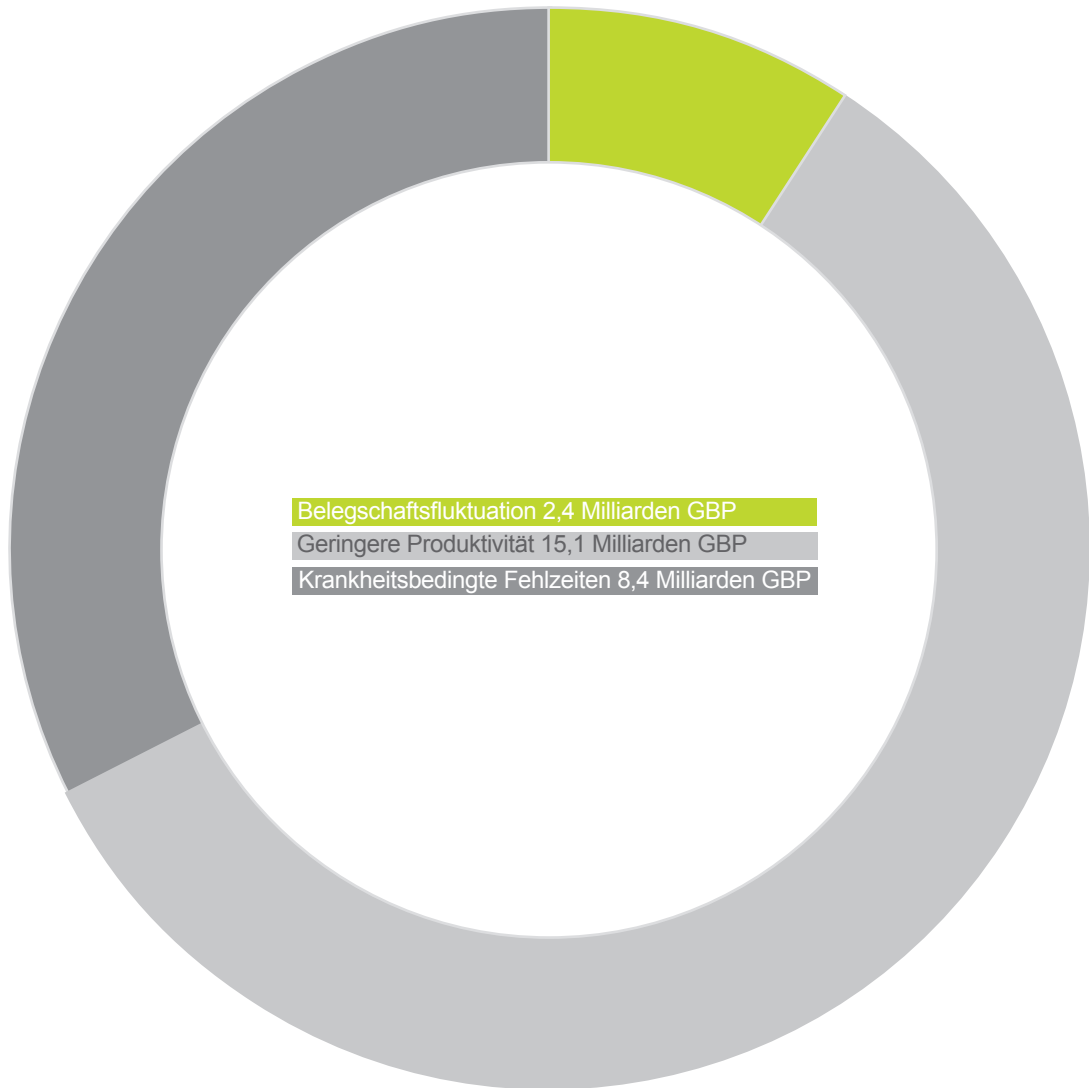
⁵⁷ Sainsbury Centre (2007), Mental Health at Work: Developing the business case. Erhältlich online unter: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf.

⁵⁸ Brown S., Kim M., Mitchell C. und Inskip H. (2010), Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 196, 116-121.

⁵⁹ Department of Health (2011), No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, London: HM Government.

Abbildung 6: Kosten von psychischen Problemen für Unternehmen in Großbritannien.⁵⁷

Die Gesamtkosten für Arbeitgeber liegen bei fast 26 Milliarden GBP pro Jahr, was sich aus Kosten aufgrund von krankheitsbedingten Fehlzeiten, geringerer Produktivität am Arbeitsplatz und Belegschaftsfluktuation zusammensetzt. Das entspricht jährlich 1.035 GBP pro britischen Arbeitnehmer.



5.2 Förderung der psychischen Gesundheit durch Wohlbefinden am Arbeitsplatz⁶⁰

Angesichts der sozialen und wirtschaftlichen Kosten von psychischen Problemen gibt es überzeugende Argumente für eine Förderung der psychischen Gesundheit. Der Arbeitsplatz ist eine Umgebung, an der sich die psychische Gesundheit eines großen Teils der erwachsenen Bevölkerung einfach verbessern lässt. Darüber hinaus kommen die wirtschaftlichen und sozialen Vorteile einer psychisch gesunden Belegschaft auf verschiedenen Ebenen zum Tragen: in der nationalen Wirtschaft, im Unternehmen und für den Betroffenen selbst.

Ebenso wichtig ist es zu erkennen, dass die Sozial- und Gesundheitsämter in Europa selbst wichtige Arbeitgeber sind. In diesem Sektor sind ca. 10% der erwerbstätigen Bevölkerung der EU beschäftigt; zwischen 1995 und 2001 wurden hier 18% aller neuen Arbeitsplätze geschaffen⁶¹. Angesichts der alternden Bevölkerung wird dieser Sektor künftig voraussichtlich weiter wachsen. Neben den üblichen Belastungen des Arbeitslebens haben es Arbeitnehmer in diesem Sektor oft mit Menschen zu tun, die sich in der gefährdetsten und schwierigsten Phase ihres Lebens befinden, was für die Fachkräfte des Sozial- und Gesundheitswesens mit zusätzlichem emotionalem und psychologischem Stress verbunden sein kann.

Es wurden verschiedene wirtschaftliche und soziale Vorteile einer Förderung der psychischen Gesundheit festgestellt, zum Beispiel eine verbesserte Produktivität und Arbeitsqualität, mehr Kreativität und Innovation, ein verbesserter Arbeitsschutz und Verbesserungen bei der sozialen Eingliederung sowie beim psychologischen und sozialen Wohlbefinden. Ebenso können generelle Strategien zur Erhöhung des Wohlbefindens die Anfälligkeit der Arbeitnehmer für arbeitsbedingte psychische Probleme verringern⁶². Weitere Vorteile für die Arbeitnehmer sind eine Verbesserung des Markenimages, eine verbesserte Beibehaltung von Arbeitskräften und weniger krankheitsbedingte Fehltag⁶³.

Die Strategien zur Verbesserung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz können sich an Einzelpersonen, Arbeitnehmergruppen oder das Unternehmen als Ganzes richten. Der erste wichtige Schritt besteht darin, das Bewusstsein für die Wichtigkeit von Wohlbefinden zu verstärken. Ebenso ist es notwendig, Risikobewertungen hinsichtlich der Stressbelastung und psychischen Probleme am Arbeitsplatz durchzuführen. Hierbei werden z. B. die Arbeitsinhalte, Arbeitsbedingungen und Arbeitsverträge, die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz sowie Aspekte wie Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität untersucht. Im Rahmen dieser Strategien werden die Mitarbeiter dazu ermutigt, für ihr eigenes Wohlbefinden sowie für das ihrer Kollegen Verantwortung zu übernehmen. Darüber hinaus kann ein guter Führungs- und Managementstil zur Förderung einer positiven Arbeitsumgebung beitragen⁶⁴.

⁶⁰ ESN ist sich der Bedeutung von psychischer Gesundheit in anderen Lebensbereichen bewusst, doch im Mittelpunkt dieses Berichts – wie auch des Europäischen Pakts für psychische Gesundheit – steht der Arbeitsplatz.

⁶¹ Europäische Kommission (2009), Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa. Erhältlich online unter: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/workforce_en.htm.

⁶² Knapp M., McDaid D. und Parsonage, M. (2011), Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, Department of Health.

⁶³ The Work Foundation (2011), Health and Well-Being in the Workplace: Supporting Mental Health and Combating Sickness Absenteeism, Centre for Parliamentary Studies, 21. Juni 2011.

⁶⁴ McDaid D. (2011), Hintergrund-Dokument für die Thematische Konferenz über die Förderung von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz, Luxemburg: Europäische Gemeinschaften.

Programme für Wohlbefinden am Arbeitsplatz sollten sich nicht nur auf psychische Gesundheit konzentrieren, sondern aus mehreren Komponenten bestehen. Studien über den wirtschaftlichen Nutzen einer Gesundheitsförderung⁶⁵ legen den Schluss nahe, dass diese Programme eine Kombination aus mindestens drei Komponenten umfassen müssen, wie zum Beispiel Maßnahmen zur Prävention von Tabakkonsum bzw. zur Raucherentwöhnung, Stressmanagement und medizinische Selbstbehandlung sowie weitere Aspekte. Durch solche breit angelegten Programme verringern sich die krankheitsbedingten Fehltagel, Gesundheitskosten, Entschädigungszahlungen für Arbeitnehmer und behinderungsbedingten Kosten um durchschnittlich ca. 25%⁶⁶.

In Finnland werden jährlich ca. zwei Milliarden Euro für das Wohlbefinden am Arbeitsplatz investiert. Dieser Betrag fällt jedoch um 10% niedriger aus als die jährlichen Gesamtkosten für Frühpensionierungen, krankheitsbedingte Fehltagel und Unfälle⁶⁷. Durch Projekte für Wohlbefinden am Arbeitsplatz haben sich (im Durchschnitt) die krankheitsbedingten Fehltagel um 27%, die Kosten für medizinische Behandlungen um 26% und die Versicherungskosten um 32% verringert. Jeder investierte Euro erzeugt einen Ertrag von durchschnittlich 5,8 Euro. In den besten Fällen lässt sich die Produktivität um das Zehnfache steigern⁶⁸.

5.3 Wohlbefinden in der Praxis: eine wichtige Telekommunikationsgesellschaft

Die britische Telekommunikationsgesellschaft British Telecom (BT) hat eine neue Methode zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden entwickelt. Statt bei der Bewerbung gesundheitsbezogene Fragebogen ausfüllen zu müssen, werden die Mitarbeiter jetzt bei der Einstellung dazu ermutigt, verschiedene „Bewältigungsstrategien“ zu erlernen. In einem „Gesundheitspass“, der vom Mitarbeiter gemeinsam mit seinem unmittelbaren Vorgesetzten entwickelt wird, werden die potenziellen gesundheitlichen oder sonstigen Probleme aufgelistet, die künftig auftreten könnten, und es wird notiert, wie sich diese Probleme erkennen lassen und was zu tun ist, wenn sie auftreten.

Das Informations- und Schulungsprogramm von BT mit der Bezeichnung „Workfit Positive Mentality“ führte zu den folgenden Ergebnissen:

- 68% lernten etwas Neues über Möglichkeiten zum Schutz ihrer psychischen Gesundheit.
- 56% probierten einige der Empfehlungen aus und praktizierten sie auch noch zum Zeitpunkt der Nacherhebung.
- 51% hatten Verbesserungen hinsichtlich ihres psychischen Wohlbefindens bemerkt.
- Der Anteil der Fehltagel aufgrund von psychischen Problemen war in vier Jahren trotz verschärfter Marktbedingungen um 30% gefallen.
- Durch die Abschaffung der medizinischen Untersuchungen vor der Einstellung sparte das Unternehmen pro Jahr 400.000 GBP⁶⁹.

⁶⁵ Chapman L. (2005), Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies, The Art of Health promotion, *American Journal of Health Promotion*.

⁶⁶ ebd.

⁶⁷ Ahonen, G. (2010), Työkyvyn taloudellinen merkitys („Wirtschaftliche Auswirkungen der Arbeitsfähigkeit“) in Martimo, K-P. et al. (Herausgeber) *Työstä terveyttä (Gesundheit am Arbeitsplatz)*. Työterveyslaitos (Finnisches Institut für Gesundheit am Arbeitsplatz), 36-46.

⁶⁸ ebd.

⁶⁹ Weitere Informationen online unter: <http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/case-studies/bt-mental-health/>.

Im Wirtschaftssektor gibt es also handfeste Belege dafür, dass sich mit Strategien für Wohlbefinden am Arbeitsplatz erhebliche Kosteneinsparungen erzielen lassen. Allerdings sind einige Kleinbetriebe zur Umsetzung solcher Strategien auf staatliche Unterstützung angewiesen, wie das folgende Beispiel des kommunalen Gesundheitsamts von Verona zeigt.

„Für manche Mitarbeiter ist Stress ein Ansporn zur Erhöhung ihrer Aktivität, Arbeitskapazität und Produktivität, doch für andere kann er zur Krise führen.“ **Hristo Bozov, Vizebürgermeister, Gemeinde Varna, Bulgarien**

5.4 Wohlbefinden in der Praxis: kommunales Gesundheitsamt von Verona (Italien)

Auch Gesundheits- und Sozialämter können von verbesserten Investitionen profitieren⁷⁰. Das kommunale Gesundheitsamt von Verona hat in Zusammenarbeit mit der Universität Verona ein Programm für Wohlbefinden am Arbeitsplatz ins Leben gerufen, das zur Unterstützung der Angestellten von einheimischen Unternehmen dient und mit dem Arbeitsbedingungen erkannt werden sollen, die das psychische Wohlbefinden der Mitarbeiter beeinträchtigen könnten.

Zwischen 2005 und 2010 beschwerten sich etwa 500 Arbeitnehmer über eine negative Arbeitssituation. Zur Erläuterung der Probleme und ihrer psychologischen Folgen nahmen sie an einer Beratungssitzung mit einem Ergotherapeuten und einem Psychologen teil. In halbstrukturierten Interviews wurden die Arbeitsumgebung, die Qualität der Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten sowie die Zeitpunkte, an denen die Probleme auftraten, erörtert. Etwa 80% der Personen, die um eine Beratungssitzung baten, litten an einer arbeitsbedingten Psychopathologie, wie z. B. einer gemischten Angst- und depressiven Störung (51,6%), einer Anpassungsstörung (16,9%), einer depressiven Störung (17,9%), einer Angststörung (12,1%) oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (1,5%).

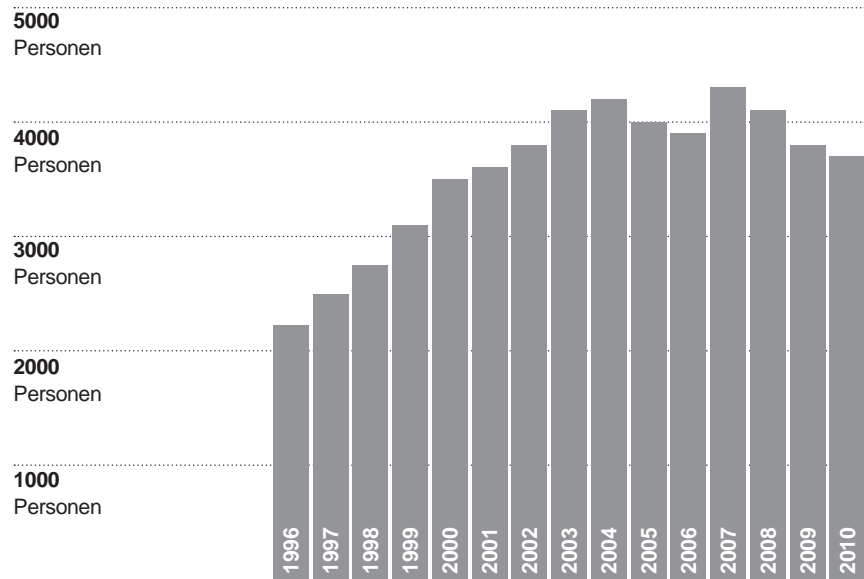
Am häufigsten wurden bei den Interviews die folgenden negativen Arbeitsbedingungen festgestellt: Mobbing, sexuelle Belästigung, arbeitsbedingter Stress und Stress außerhalb des Arbeitsplatzes. Die Betroffenen erhielten psychologische Hilfe und bei Bedarf eine psychiatrische Behandlung. Ebenso hat das Gesundheitsamt Verona versucht, die Bedingungen am Arbeitsplatz mit Unterstützung durch die Ergotherapeuten, Mobbing-Vertrauensleute und weiteren Schlichtern der Unternehmen zu verbessern.

Mit Hilfe von Telefoninterviews und Fragebögen wurde der Gesundheitszustand der Teilnehmer 12-24 Monate nach der ersten Beratung erneut überprüft. Aus den provisorischen Ergebnissen geht hervor, dass sich die Arbeitsbedingungen für ca. 60% der Teilnehmer verbessert hatten.

Generell berichteten die Arbeitnehmer über Verbesserungen ihrer Arbeitssituation und psychischen Gesundheit aufgrund der Aufklärung und der Maßnahmen am Arbeitsplatz. Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass eine Früherkennung und Diagnose, individuelle psychotherapeutische Unterstützung und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen den Mitarbeitern dabei helfen können, ihre psychische und physische Gesundheit zu verbessern. Die größte Wirkung scheint eine professionelle und personenzentrierte psychologische Unterstützung zu zeigen. Demgegenüber sind rechtliche Mittel offenbar weniger wirksam zur Lösung von Problemen am Arbeitsplatz.

⁷⁰ Knapp M., McDaid, D. und Parsonage, M. (2011), Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, London Department of Health.

Abbildung 7: Anzahl der Personen, die aufgrund einer Depression von einem Alters- auf ein Behinderungsrentenprogramm umgestellt wurden (Quelle: finnische Pensionszentrale).



Von einer Depression genesende Personen

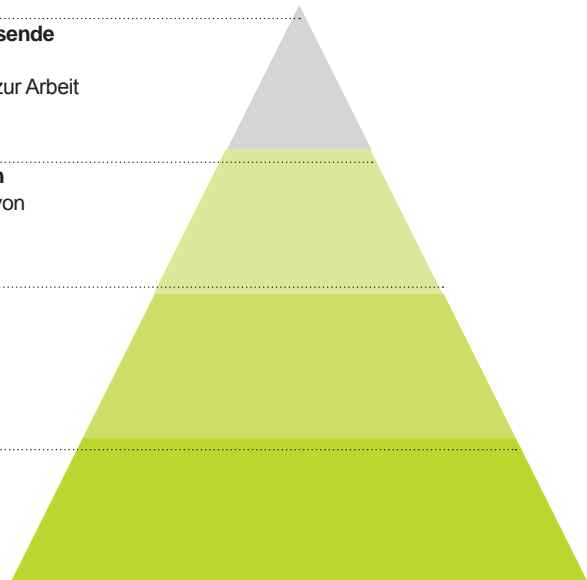
Rehabilitation und Rückkehr zur Arbeit

Personen, die krank werden
Erkennung und Behandlung von Depression

Risikogruppen
Prävention von Depression

Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter
Förderung von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz

Abbildung 8: MASTO-Projekt: Maßnahmen und entsprechende Zielgruppen



5.5 Wohlbefinden in der Praxis: Das nationale Programm von Finnland zur Bekämpfung von Depression⁷¹

Die hohe Prävalenz von Depression und ihrer behindernden Symptome ist für Regierungen und Politiker nicht nur mit großen Herausforderungen an das staatliche Gesundheitswesen verbunden, sondern auch mit erheblichen – und potenziell steigenden – Kosten für die Volkswirtschaft. Im Mittelpunkt dieser wirtschaftlichen Belastung stehen die indirekten Kosten eines Produktivitätsverlustes aufgrund von Absentismus, Präsentismus, Langzeitarbeitslosigkeit, Frühpensionierung und vorzeitiger Sterblichkeit.

Der größte Anteil der depressionsbedingten Kosten entsteht am Arbeitsplatz, weshalb es sich hierbei um einen wichtigen Bereich für eine Prävention, frühzeitige Diagnose und angemessene Behandlung von Depression handelt. Solche Eingriffe können sich kurz- oder langfristig als kostensparend oder hochgradig kostenwirksam erweisen. Daher sollten Programme zur Bekämpfung von Depression am Arbeitsplatz entwickelt und nach Möglichkeit vom Staat unterstützt werden⁷².

In Finnland wird die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung besonders stark von Depression bedroht: Jahr für Jahr leiden mehr als 200.000 Menschen an einer Depression; jeder Fünfte ist zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens davon betroffen. Darüber hinaus haben sich die Fälle von depressionsbedingter Arbeitsunfähigkeit seit dem Ende der neunziger Jahre stark erhöht (siehe Abbildung 7).

In Finnland hat sich die Anzahl der Menschen, die aufgrund einer Depression vorzeitig in den Ruhestand gehen oder krankgeschrieben werden, erheblich erhöht, wodurch auch die Kosten einer arbeitsbedingten Depression signifikant gestiegen sind. Depressionsbedingte Fehltagelöhne und Arbeitsunfähigkeitsrenten führten 2010 zu Kosten in Höhe von 639 Millionen €. Die Sozialversicherung zahlte Behinderungsrenten in Höhe von 79 Millionen € aus; die Kosten für Krankengelder beliefen sich auf 116 Millionen €⁷³.

Die Ziele des Masto-Projekts (2008-2011), das vom finnischen Sozial- und Gesundheitsministerium ins Leben gerufen wurde, sind eine Verringerung der arbeitsbedingten Depression, eine Förderung und Unterstützung von Praktiken, die das Wohlbefinden am Arbeitsplatz erhöhen, eine frühzeitige Unterstützung bei der Bekämpfung von Problemen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, eine gute Behandlung und Rehabilitation von Personen mit arbeitsbedingter Depression sowie eine Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Zu diesem Zweck werden verschiedene Verwaltungssektoren, Sozialpartner und der Dritte Sektor beteiligt. Eine berufliche Rehabilitation, ein teilweises Krankengeld bzw. eine teilweise Behinderungsrente und eine Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern, Gesundheitswesen und Rehabilitationsdiensten bieten die Chance für eine sichere Rückkehr an den Arbeitsplatz.

⁷¹ Weitere Informationen online unter: http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/masto.

⁷² Martin Knapp (15.08.2011), LSE, King's College London, Institute of Psychiatry, NIHR School for Social Care Research, E-Mail-Interview mit ESN.

⁷³ Informationen laut Website des Masto-Projekts. Erhältlich online unter: http://www.tartumasennukseen.fi/c/document_library/get_file?folderId=3013709&name=DLFE-14954.pdf

Schlussfolgerungen

Psychische Probleme wirken sich erheblich auf das Leben eines Menschen und seiner Mitmenschen aus. Die Kosten sind hoch – nicht nur für den Betroffenen und seine Familie, sondern auch für die Gesellschaft, Wirtschaft und den Staat. Gleichzeitig ist aber die Zuständigkeit für die primäre, ambulante und akute psychische Gesundheitsfürsorge fragmentiert verteilt, was zu Spannungen und Teilungen führt, die die Umsetzung der Dienstleistungen behindern. Im Vergleich zu anderen Bereichen der Ausgaben für das Gesundheits- oder Wohlfahrtswesen fielen die Investitionen in psychische Gesundheit bisher gering aus.

Die Arbeit von ESN im Bereich der psychischen Gesundheit und im Rahmen dieses Berichts hat zu einer Reihe von Schlussfolgerungen (und zentralen Aussagen) geführt, die die Probleme der Betroffenen in der psychischen Gesundheitsversorgung verdeutlichen und die auf den Ergebnissen der Forschung sowie auf Beispielen der heutigen Politik und Praxis aufbauen.

Das psychischen Problemen anhaftende Stigma steht einer wirksamen Behandlung und Unterstützung, einer sozialen Eingliederung und letztendlich einer verbesserten Lebensqualität im Wege. Deshalb ist es geboten, durch entsprechende Maßnahmen besser über psychische Probleme aufzuklären und die Einstellung zu diesem Thema zu verändern, indem die psychische Gesundheit zur politischen Priorität erklärt wird. Diese Maßnahmen müssen sich nicht nur an die allgemeine Öffentlichkeit, sondern auch an Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens sowie an die betroffenen Menschen mit psychischen Problemen richten.

Es gilt Strategien zur Bekämpfung der Stigmatisierung zu verfolgen und personenzentrierte Dienstleistungen für psychische Gesundheit zu entwickeln, in deren Mittelpunkt die Recovery des Betroffenen steht. Deshalb kommt es vor allem auf eine Beteiligung der Betroffenen an der Entwicklung und Umsetzung von Dienstleistungen an. Das Engagement für eine Zusammenarbeit zwischen den Interessensgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in anderen Bereichen ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine Recovery hinsichtlich der verschiedenen Lebensumstände, einschließlich einer aktiven Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Ohne politische Unterstützung und einen gesetzlichen Rahmen – und ohne ausreichende und dauerhafte Finanzierung auf nationaler und regionaler Ebene – können die Träger zur primären, ambulanten und akuten Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit keine effektive Arbeit leisten. Hier können die Kommunalbehörden eine wichtige Rolle spielen, indem sie für Lenkung und Koordination insbesondere zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen sorgen. Angesichts all der verschiedenen Dimensionen im Leben eines Betroffenen ist eine Recovery nicht in Heimen möglich, sondern nur auf ambulanter Basis.

Strategien zur Bekämpfung der Stigmatisierung müssen diesen Argumenten zufolge gemeinsam mit Strategien zur Förderung der Recovery verfolgt werden; zudem lässt sich das psychische Wohlbefinden für jeden verbessern, zum Beispiel durch Strategien für Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Für die Träger im Bereich der psychischen Gesundheitsfürsorge ergibt sich hierdurch ein echtes Potenzial zur Unterstützung der Arbeitgeber bei der Förderung von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden. Den

Interessensgruppen des öffentlichen, privaten und freiwilligen Sektors kommt hierbei die Verantwortung zu, in das psychische Wohlbefinden für alle Menschen zu investieren.

Auf europäischer Ebene hat die Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission den Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden ins Leben gerufen, der sich auf die Erfahrungen von (anderen) europäischen, nationalen, regionalen und kommunalen Interessensgruppen stützt. Die Arbeiten im Bereich der Forschung, der Öffentlichkeitsarbeit, des Austauschs guter Praktiken und der Entwicklung von politischen Programmen auf EU-Ebene sollten auch künftig die Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Unterstützung der Strategie „Europa 2020“ ergänzen.

Es gibt zahlreiche Fachkräfte, Amtsleiter, Politiker und (ehemalige) Betroffene, die sich nach vollen Kräften für eine Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Problemen engagieren; für die Beiträge von einigen dieser Personen zu diesem Bericht sind wir äußerst dankbar. Doch es bleibt noch viel zu tun, weshalb ESN auch künftig mit seinen Mitgliedern und anderen Interessensgruppen zusammenarbeiten wird, um die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Problemen zu verbessern und das psychische Wohlbefinden aller Menschen zu fördern.

Gemeinsame europäische Maßnahme für psychische Gesundheit und Wohlbefinden

Die Argumente für eine Investition in die Gesundheit – einschließlich der psychischen Gesundheit – sind in den letzten Jahrzehnten in Europa immer klarer und überzeugender geworden. Psychische Erkrankungen sind in Europa stark verbreitet, stellen für die Gesellschaft eine schwere Belastung dar und führen zu erheblichen Verlusten an produktivem Humankapital. Eine gute psychische Gesundheit und Wohlbefinden sind zentrale Faktoren für sozialen Zusammenhalt, wirtschaftlichen Fortschritt und nachhaltige Entwicklung in der EU.

Psychische Probleme werden bei bis zu 50 Millionen europäischen Bürgern diagnostiziert. Eine Verbesserung der psychischen Gesundheit in Europa würde zur Verwirklichung mehrerer Ziele von Europa 2020 beitragen. Vor diesem Hintergrund wurde für den Zeitraum von 2013 bis 2016 eine gemeinsame Maßnahme für psychische Gesundheit und Wohlbefinden entwickelt, die auf dem Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden (2008-2011) aufbaut. Mit dieser Maßnahme wird ein Prozess für eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, EU-Institutionen, relevanten Betroffenen und internationalen Organisationen ins Leben gerufen. Hierbei kommen 49 angeschlossene und mitwirkende Partner (darunter das Europäische Soziale Netzwerk) aus 30 europäischen Ländern zusammen.

Als Vertreter der Direktoren von öffentlichen Trägern im Bereich der psychischen Gesundheit innerhalb des Sozial- und Gesundheitswesens ist das ESN ein wichtiger Beteiligter im Beratungsausschuss für die gemeinsame Maßnahme und beteiligt sich in enger Zusammenarbeit mit seinen Mitgliedern an den folgenden drei Arbeitspaketen:

- Entwicklung von gemeinschaftsnahen und gesellschaftlich inklusiven Ansätzen

- Förderung der Zusammenarbeit zwischen dem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialsektor zur Prävention psychischer Erkrankungen unter Kindern und Heranwachsenden
- Vereinheitlichung der psychischen Gesundheitsfürsorge in sämtlichen politischen Bereichen

ESN wird die Analyse der Situation, die Erfassung von Evidenz und Praxisbeispielen, Workshops zum Aufbau von nationaler Kapazität sowie die Erstellung von nationalen und europäischen Berichten in diesen Themenbereichen unterstützen. ESN sucht unter den Mitgliedern des Netzwerks nationale Brennpunkte für Beiträge zu diesen drei Arbeitspaketen. Die gemeinsame Maßnahme versteht sich als Beitrag zur Lösung der Probleme und bietet ESN-Mitgliedern eine einzigartige Gelegenheit zur Weiterentwicklung des politischen Prozesses. Wenn Sie an einer Mitarbeit interessiert sind, wenden Sie sich bitte unter Alfonso.montero@esn-eu.org an Alfonso Lara Montero, Senior Policy & Research Officer.

Glossar

Aktive Eingliederung

Ein von der Europäischen Kommission entwickeltes politisches Konzept, das aus drei Komponenten besteht: (1) angemessene Einkommensunterstützung, (2) integrative Arbeitsmärkte und (3) Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen. Im Jahr 2008 veröffentlichte die Kommission eine Empfehlung an die Mitgliedstaaten mit politischen Richtlinien zur Entwicklung von Politiken zur aktiven Eingliederung⁷⁴.

Ambulante Betreuung

Jede Art von Betreuung, Beaufsichtigung und Rehabilitation durch ambulante Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens außerhalb des Krankenhauses (WHO: Atlas, 2001). Zentrales Merkmal der ambulanten Betreuung ist die Erbringung von Pflege- und sonstigen Dienstleistungen in der Wohnung des Betroffenen statt in einem Heim⁷⁵.

Behinderung

Jede (durch eine Schädigung verursachte) Einschränkung bzw. jedes Fehlen der Fähigkeit, eine Tätigkeit in der Weise oder in dem Umfang durchzuführen, der für einen Menschen als normal gilt⁷⁶.

Diskriminierung

In der EU-Richtlinie 2000/78/EG vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf wird ein allgemeiner Rahmen zur Bekämpfung der Diskriminierung wegen der Religion oder der Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung in Beschäftigung und Beruf festgelegt. Die Mitgliedstaaten waren verpflichtet, bis spätestens zum 2. Dezember

⁷⁴ Empfehlung der Kommission vom 3. Oktober 2008 zur aktiven Eingliederung der aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzten Personen (bekannt gegeben unter Aktenzeichen K(2008) 5737). Erhältlich online unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32008H0867:de:HTML>

⁷⁵ WHO (2001) Atlas: Mental Health Resources in the World. Weltgesundheitsorganisation, Genf.

⁷⁶ WHO (1980), Internationale Klassifikation von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH). Weltgesundheitsorganisation, Genf.

2003 die nötigen Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften zur Einhaltung dieser Richtlinie zu erlassen.

1. Im Sinne dieser Richtlinie bedeutet „Gleichbehandlungsgrundsatz“, dass es keine unmittelbare oder mittelbare Diskriminierung wegen eines der in Artikel 1 genannten Gründe geben darf.

2. Im Sinne des Absatzes 1:

(a) liegt eine unmittelbare Diskriminierung vor, wenn eine Person wegen eines der in Artikel 1 genannten Gründe in einer vergleichbaren Situation eine weniger günstige Behandlung erfährt, als eine andere Person erfährt, erfahren hat oder erfahren würde;

(b) liegt eine mittelbare Diskriminierung vor, wenn dem Anschein nach neutrale Vorschriften, Kriterien oder Verfahren Personen mit einer bestimmten Religion oder Weltanschauung, einer bestimmten Behinderung, eines bestimmten Alters oder mit einer bestimmten sexuellen Ausrichtung gegenüber anderen Personen in besonderer Weise benachteiligen können.

Europa 2020

Die generelle Strategie der Europäischen Union für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum während der nächsten zehn Jahre. Zur Verwirklichung von intelligentem, nachhaltigem und integrativem Wachstum gibt es sieben „Flaggschiff-Initiativen“. Die EU hat fünf Ziele in den Bereichen Beschäftigung, Forschung und Entwicklung, Klimawandel und Energie, Bildung sowie Armut und soziale Ausgrenzung vereinbart. Die EU-Mitgliedstaaten erstatten jährlich über ihren Fortschritt und die politischen Entwicklungen Bericht; die Kommission gibt landesspezifische Empfehlungen ab und kontrolliert den generellen Fortschritt⁷⁷.

Psychische Gesundheit

Ein Maß dafür, wie Menschen, Organisationen und Gemeinschaften einzeln und gemeinsam denken, fühlen und funktionieren. Eine gute psychische Gesundheit der Menschen kommt der Gesellschaft in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht zugute⁷⁸.

Dienste für psychische Gesundheit⁷⁹

Psychische Erkrankungen können sich auf verschiedene Aspekte im Leben eines Menschen auswirken, wie z. B. auf die Wohnungssituation, die Arbeitsstelle, die Beziehungen und das psychische Wohlbefinden. Fachkräfte für psychische Gesundheit arbeiten in der primären Gesundheits- und Sozialversorgung (zur Behandlung von emotionalen oder psychologischen Störungen) sowie in der spezialisierten psychiatrischen Gesundheitsfürsorge (zur Behandlung von schweren Erkrankungen). Bei diesen Fachkräften kann es sich um Allgemeinmediziner, Berater, ambulante psychiatrische Krankenpflegekräfte, klinische Psychologen, Psychiater, Psychotherapeuten und Sozialarbeiter handeln. Früher wurde bei der Therapie von psychischen Erkrankungen zwischen der Primärversorgung „der ersten Linie“ (durch Allgemeinmediziner und ambulante psychiatrische Krankenpflegekräfte) und spezialisiertere Dienstleistungen (Psychiater oder klinische Psychologen) unterschieden. Trotz der europaweiten Unterschiede beim Aufbau der Dienstleistungen scheint es einen generellen Trend hin zu spezialisierteren ambulanten Dienstleistungen (z. B. in Tageszentren oder in der Wohnung des Betroffenen) zu geben.

Personalisierung

Maßnahmen, die es dem Betroffenen ermöglichen, alleine oder in einer Gruppe die für ihn richtigen Lösungen zu finden und in die Umsetzung einer Dienstleistung einbezogen zu werden. Die Bürger sind keine reinen Empfänger von Dienstleistungen mehr, sondern beteiligen sich

⁷⁷ Europäische Kommission (2010), Strategie „Europa 2020“, Europäische Gemeinschaften. Informationen erhältlich unter: http://ec.europa.eu/europe2020/index_de.htm.

⁷⁸ Corey L. und Keyes M. (2002), The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life, *Journal of Health and Social Behavior*, Band 43, Nr. 2.

⁷⁹ Ein Teil der Informationen für diese Definition stammt von:

<http://www.nhsdirect.wales.nhs.uk/encyclopaedia/m/article/mentalhealthservices>.

aktiv an der Auswahl und Gestaltung der von ihnen erhaltenen Dienstleistungen⁸⁰.

Armut

Die Europäische Kommission definiert jeden Haushalt mit einem Einkommen in Höhe von weniger als 60% des medianen Haushaltseinkommens im jeweiligen Land als „von Armut bedroht“. Nach dieser Definition sind in der EU zurzeit 80 Millionen Menschen – bzw. 16% der Bevölkerung – von Armut bedroht⁸¹.

Präsentismus

„Präsentismus wird definiert als ein Produktivitätsverlust, der auftritt, wenn ein Arbeitnehmer zur Arbeit erscheint, aber aufgrund einer Erkrankung unterdurchschnittliche Leistung vollbringt. Die Kosten der Fehlzeiten von Arbeitnehmern (Absentismus) werden schon seit langem untersucht; die Kosten von Präsentismus hingegen erst seit einiger Zeit.“⁸²

Recovery

„Ein grundlegend persönlicher und einzigartiger Prozess zur Veränderung der eigenen Einstellung, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und/oder Rollen. Dieser Prozess ermöglicht trotz der erkrankungsbedingten Einschränkungen ein befriedigendes, von Hoffnung geprägtes und Beiträge leistendes Leben. Zur Recovery gehört die Entwicklung eines neuen Sinns und Zwecks im eigenen Leben, wenn die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung überwunden sind.“⁸³ Unterschieden wird zwischen sozialer und vollständiger Recovery. Bei einer sozialen Recovery weist der Betroffene weiterhin klinische Anzeichen und Symptome auf, die ihn jedoch nicht daran hindern, am Gesellschaftsleben teilzunehmen. Bei einer vollständigen Recovery weist der Betroffene keine Symptome mehr auf und erhält auch keinerlei psychiatrische Behandlung.⁸⁴ Für die Betroffenen ist Recovery eine gelebte Erfahrung; für die Fachkräfte ist es der Prozess, der ihre Arbeit anleitet.

Soziale Ausgrenzung

Die Vorenthaltung der sozialen, politischen und bürgerlichen Rechte von Bürgern in der Gesellschaft oder die Unfähigkeit von Personengruppen, an den grundlegenden politischen, wirtschaftlichen und sozialen Funktionen der Gesellschaft teilzunehmen⁸⁵.

Stigma

Eine Sammlung von negativen Überzeugungen, Einstellungen oder Verhaltensweisen, die einen Einzelnen oder eine Gruppe langfristig so beeinflussen, dass Menschen mit bestimmten Eigenschaften gefürchtet, vermieden oder diskriminiert werden. Diese Stigmatisierung kann auf zwei Arten auftreten: als öffentliche Stigmatisierung (die Reaktion der allgemeinen Öffentlichkeit auf Menschen mit psychischen Problemen) und als Selbststigmatisierung (das Vorurteil von Menschen mit psychischen Problemen sich selbst und ihren Familien gegenüber)⁸⁶.

⁸⁰ Schottische Regierung (2009), Changing Lives, Service Development Group. Erhältlich online unter: <http://www.socialworkscotland.org.uk/resources/pub/PersonalisationPapers.pdf>.

⁸¹ Initiative „Europa 2020“: Europäische Plattform gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Erhältlich online unter: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=961&langId=de>.

⁸² Levin-Epstein J. (2005), Presenteeism and paid sick days. Washington, D.C.: CLASP Center for Law and Social Policy. Erhältlich online unter: <http://www.clasp.org/publications/presenteeism.pdf>.

⁸³ William Anthony, Direktor des Boston Center for Psychiatric Rehabilitation. Erhältlich online unter: <http://www.mhrecovery.com/definition.htm>.

⁸⁴ Recovery DK, What does recovery mean? Erhältlich online unter: <http://www.recoverydk.dk/>.

⁸⁵ Silver H. (1994), Social exclusion and social solidarity: Three paradigms, International Institute for Labour Studies, Diskussionspapier Nr. 69.

⁸⁶ Corrigan P.W. und Watson A.C. (2002), Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1(1), 16-20.

Bibliografie

- Ahonen G. (2010) Työkyvyn taloudellinen merkitys ('Economic impact of working ability') in Martimo, K-P. et al. (Eds) *Työstä terveyttä (Health at work)*, Työterveyslaitos (Finnish Institute of Occupational Health), 36-46.
- Boardman J., Grove B., Perkins R. and Shepherd G. (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry* 182, 467-468.
- Boardman J. (2003) Work, employment and psychiatric disability, *Advances in Psychiatric Treatment* 9, 327-334.
- Bond G.R. (2004) Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 345-359.
- Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F., Bell M.D. and Blyler C.R. (2001) Implementing supported employment as an evidence based practice, *Psychiatric Services*. 52, 313-322.
- Bond G.R., Resnick S.G., Drake R.E., Xie H., McHugo G.J. and Bebout R.R. (2001). Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3), 489-501.
- Brown S., Kim M., Mitchell C. and Inskip H. (2010) Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 196, 116-121.
- Central Statistical Office of Poland (2010) Labour Force Survey in Poland, III Quarter 2009. Available online at: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_Is_labour_force_survey_IIIq_2009.pdf.
- Chapman L. (2005) Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies, *American Journal of Health Promotion* 19(6), 1-11.
- Corey L. and Keyes, M. (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life, *Journal of Health and Social Behavior* 43, 207-222.
- Corrigan P.W., Markowitz F.E. and Watson A.M. (2004) Structural levels of mental illness stigma and discrimination, *Schizophrenia Bulletin* 30(3), 481-491.
- Corrigan P.W. and Watson A.C. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1(1), 16-20.
- Council of the European Union (2000) Council Directive 2000/78/EC establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation, Official Journal L 303, 02/12/2000 P. 0016 – 0022.
- Department of Health (2011) No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, London: HM Government.
- Dixon L., Hoch J., Clark R., Bebout R., Drake R., McHugo G. and Becker D. (2002) Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness, *Psychiatric Services* 53(9), 1118-1124.
- European Commission (2009) Green Paper on the European Workforce for Health. Available online at: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/workforce_en.htm.
- European Commission (2008) Commission Recommendation of 3 October 2008 on the active inclusion of people excluded from the labour market (2008/867/EC). Available online at: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:307:0011:0014:EN:PDF>.

European Communities (2008) European Pact for Mental Health and Well-Being. Available online at: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.

Farkas M., Interview conducted by Lise Jul Pedersen, Danish users' movement. Available online at: <http://www.youtube.com/watch?v=wZUYn6c0EDw&feature=related>. This interview is part of a DVD provided for training purposes to social services staff at the Municipality of Aarhus, Denmark.

Grammenos S. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2003) Illness, disability and social inclusion, Luxembourg: European Communities. Available online at: <http://www.eurofound.eu.int/publications/EF0335.htm>.

Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S. and Breier A. (1987) The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology study sample and overall status 32 years later, *American Journal of Psychiatry* 144, 718-726.

Jackson Y, Kelland J., Cosco T.D., McNeil D.C. and Reddon J.R. (2009) Non-vocational outcomes of vocational rehabilitation: reduction in health services utilization, *Work* 33(4), 381-387.

Knapp M., McDaid D. and Parsonage M. (2011) Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, Department of Health.

Levin-Epstein J. (2005) Presenteeism and paid sick days. Washington, D.C.: CLASP Center for Law and Social Policy. Available online at: <http://www.clasp.org/publications/presenteeism.pdf>.

Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A., Petersen S. and Rayner M. (2006) *Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union*, *European Heart Journal* 27(13), 1610-1619.

Marwaha S., Johnson S., Bebbington P., Stafford M., Angermeyer MC., Brugha T., Azorin, J.M., Kilian, R., Hansen, K. and Toumi, M. (2007) Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany, *British Journal of Psychiatry* 191, 307.

McDaid D. (2011) Background document for the Thematic Conference on Promotion of Mental Health and Well-being in Workplaces, Luxembourg: European Communities.

McDaid D., Zechmeister I., Kilian R. Medeiros H., Knapp M., Kennelly B. and the MHEEN Group (2008) Making the Economic Case for the promotion of mental well-being and the prevention of mental health problems, LSE PSSRU.

Perkins R. and Rinaldi M. (2002) Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment, *Psychiatric Bulletin* 26, 295-298.

O'Sullivan C., Thornicroft G., Layte R., Burfeind C., McDaid D., Salize H.J., Daumerie N. and Caria A. (2010) Background document for the Thematic Conference on Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for Better Mental Health and Well-being, Luxembourg: European Communities.

Sainsbury Centre (2007) Mental Health at Work: Developing the business case. Available online at: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf.

Sayce L. and Curran C. (2007) Tackling social exclusion across Europe in *Mental health policy and practice across Europe*, Open University Press, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Sobocki P., Jönsson B., Angst J. and Rehnberg C. (2006) Cost of Depression in Europe, *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 9, 87-98.

Special Eurobarometer (2010) 345/Wave 73.2 Mental Health –TNS Opinion & Social.

Topor A. (2002) Vendepunkter ('Turning points'), Videnscenter for Socialpsykiatri (Centre of Knowledge on Social Psychiatry), 1. Udgave (First edition).

Topor A. (2004) Fra patient til person ('From patient to person'), Akademisk Forlag (Academic Publishers), 1. Udgave (First edition).

UN General Assembly, Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2007) Resolution adopted by the General Assembly, 24 January 2007, A/RES/61/106. Available online at: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/45f973632.html>.

Vanderplasschen W. (2004) The development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe, *Psychiatric Service* 55(8), 913-922.

Wilken J. P. and Hollander D. (2005) Rehabilitation and Recovery a comprehensive Approach, SWP Publishers Amsterdam.

WHO (2005) End human rights violations against people with mental health disorders, Geneva. Available online at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr68/en/>.

Online-Quellen

British Telecom's "Workfit Positive Mentality" Programme <http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/case-studies/bt-mental-health/>.

Condition Management Programme (CMP), UK: http://library.nhsggc.org.uk/mediaAssets/Leaflets/nhsggc_leaflet_condition_management_programme_leaflet.pdf.

Equality and Human Rights Commission, UK: <http://www.equalityhumanrights.com/advice-and-guidance/guidance-for-employers/the-duty-to-make-reasonable-adjustments-for-disabled-people/>.

International Community for Hearing Voices. Available online at: <http://www.intervoiceline.org/>.

Masto project, Finland: http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/masto.

Mental Health Providers Forum, Recovery Star Approach. Available online at: <http://www.mhpf.org.uk/recoveryStarApproach.asp>.

National Programme for training and improved employment of people with permanent disabilities, Bulgaria: <http://www.az.government.bg/Projecys/Prog/HU/Uvrej.htm>.

PROTECT project, Ireland: <http://www.hse.ie>.

WRAP project, Ireland: <http://www.imhrec.ie/recovery-wrap>.

Weitere Lektüre

Department of Health (2011) Making it happen A guide to delivering mental health promotion, Department of Health publications.

Dornan et al. (2010) The Wellness Imperative Creating More Effective Organizations, WEF.

European Commission (2004) The state of Mental Health in the European Union, European Communities. Available online at: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf.

European Commission (2010) Europe 2020 strategy, European Communities. Information available at: http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm.

European Commission Recommendation of 3 October 2008 on the active inclusion of people excluded from the labour market (notified under document number C(2008) 5737). Available online at: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32008H0867:EN:NOT>.

Knapp et al. (2008) Economics, mental health and policy: An overview, PSSRU, LSE.

Link G. Bruce and Phelan C. Jo (2001) Conceptualizing Stigma, Annual Review of Sociology 27, 363-385.

Local Government Improvement and Development (2010) The role of local government in promoting wellbeing, Local Government Group.

McDaid (2008) Mental Health in Workplace Settings Consensus paper, Luxembourg: European Communities.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Business case: Promoting Mental Wellbeing at work, NICE public health guidance.

Perkins R., Farmer P. and Litchfield P. (2009) Realising ambitions: Better employment support for people with a mental health condition A review to Government, Department for Work and Pensions.

Scottish Government (2009) Changing Lives, Service Development Group. Available online at: <http://www.socialworkscotland.org.uk/resources/pub/PersonalisationPapers.pdf>.

Silver H. (1994) Social exclusion and social solidarity: Three paradigms, International Institute for Labour Studies Discussion Paper No 69.

WHO (2011) Impact of economic crises on mental health, World Health Organisation, Geneva.

WHO (2001) Atlas: Mental Health Resources in the World. World Health Organisation, Geneva.

WHO (1980) The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). World Health Organisation, Geneva.

www.esn-eu.org

Mit diesem Bericht sollen das Wissen und die Erfahrungen der ESN-Arbeitsgruppe über psychische Gesundheit und des Europäischen Pakts für psychische Gesundheit und Wohlbefinden weitergegeben werden. Untersucht werden verschiedene miteinander verwandte Themen: Stigmatisierung, personenzentrierte Dienste und Recovery, Eingliederung in den Arbeitsmarkt und Förderung der psychischen Gesundheit. Ebenso werden im Hinblick auf die Strategie „Europa 2020“ nicht nur die sozialen, sondern auch die wirtschaftlichen Auswirkungen von psychischen Problemen verdeutlicht.

European Social Network
Victoria House
125 Queens Road
Brighton BN1 3WB
United Kingdom

Tel: +44 (0) 1273 739 039
Fax: +44 (0) 1273 739 239
Email: info@esn-eu.org
Web: www.esn-eu.org