

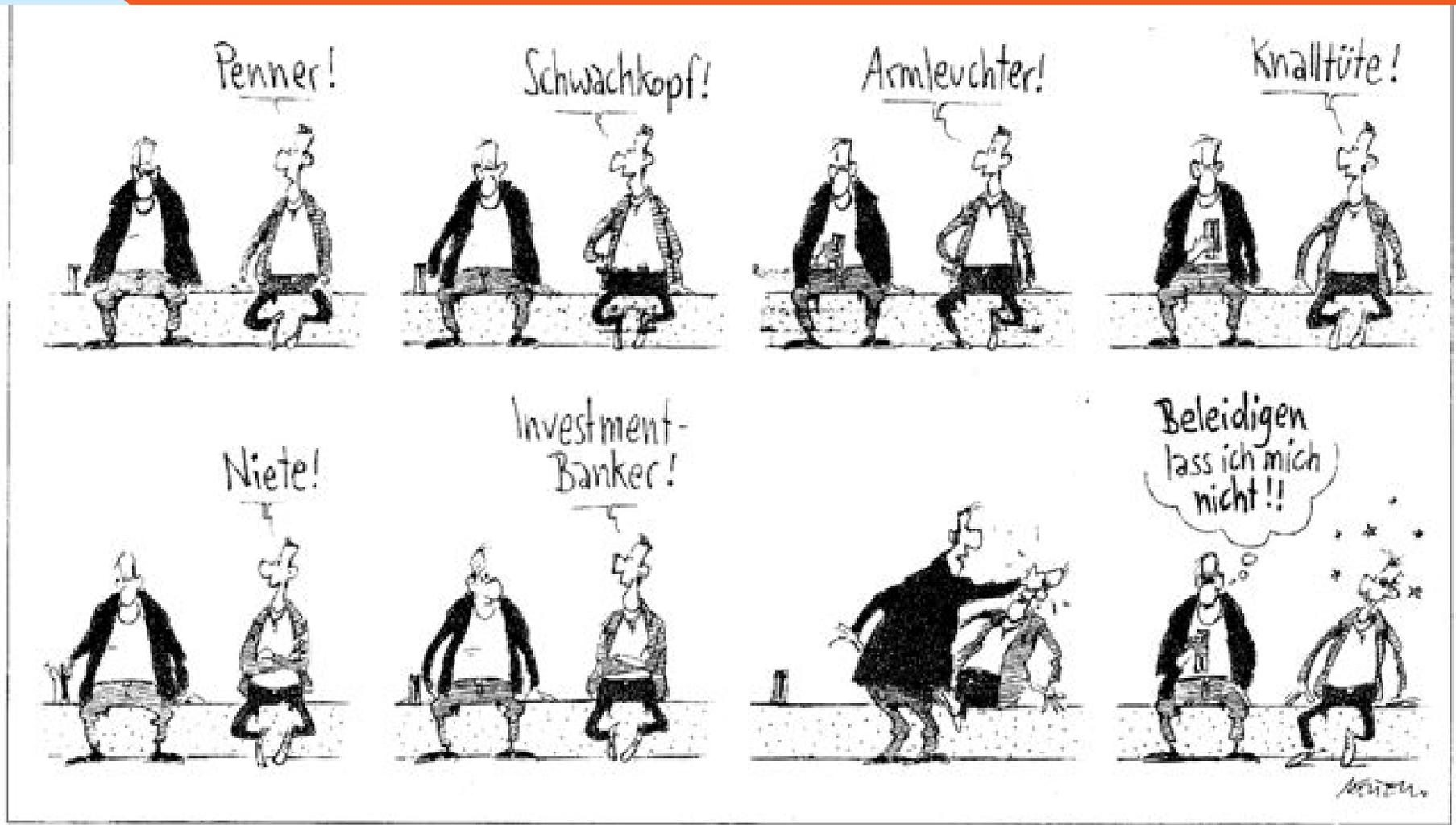
# ***Landespsychiatrie Tag Baden-Württemberg 2009***

***„Armut.Macht.Krank“***

**Stuttgart, 28. März 2009**

**Prof. Dr. Gerhard Trabert  
Fachhochschule Wiesbaden / RheinMain Hochschule**





# ANGEBOT

NUR  
**5,-** €

Damit jeder ärztlich  
versorgt werden kann.



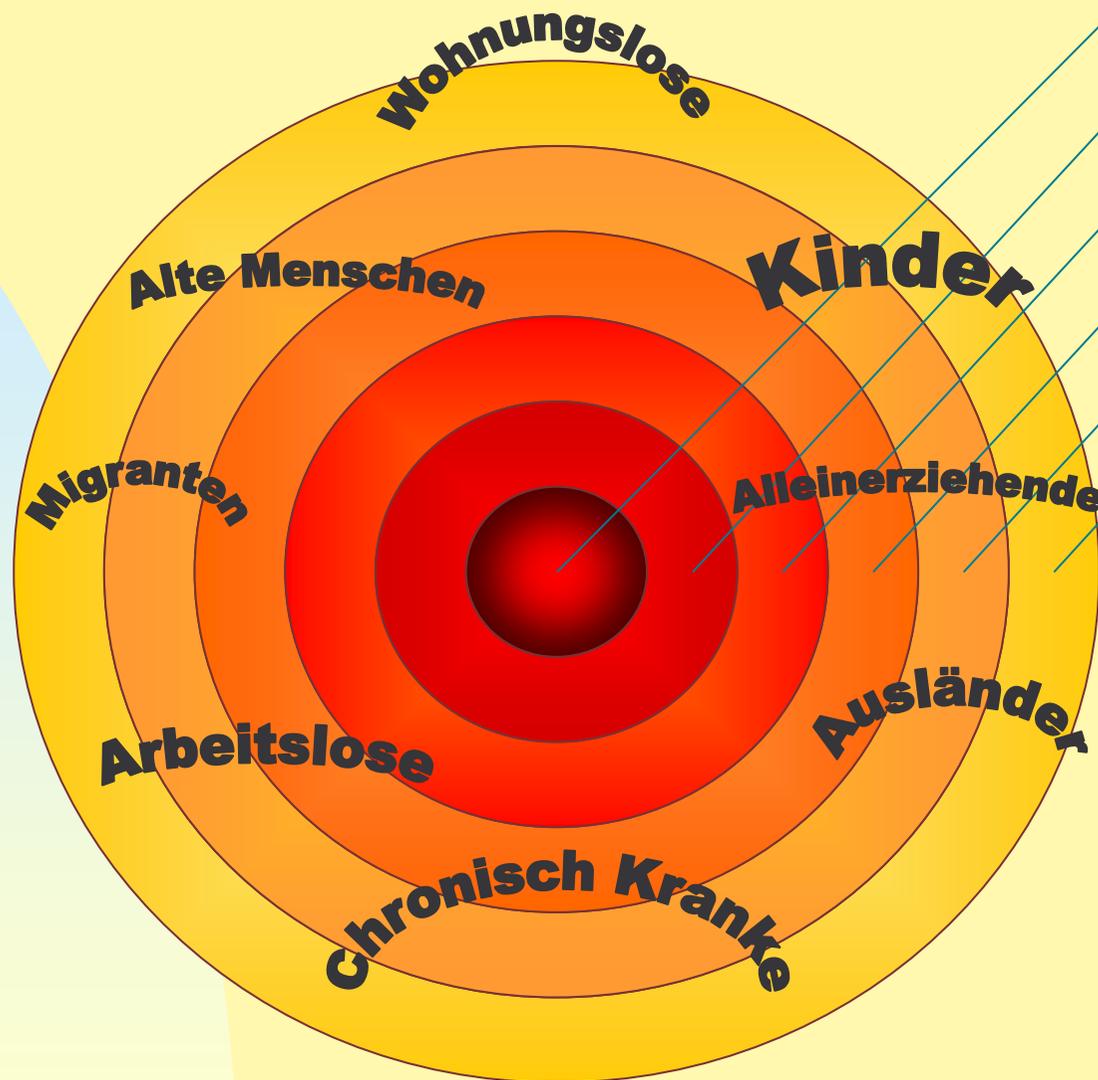
Ihre Spende hilft.



Spendenmöglichkeit in allen Pfarrgemeinden, bei Ihrem Caritasverband oder unter [www.caritas.de](http://www.caritas.de)

[Zurück zur ersten Seite](#)





Armut ein  
Thema das  
nur den  
Rand  
unserer  
Gesellschaft  
betrifft ?

Wohnungs- und Obdachlosigkeit die Spitze des  
**Armutseisberges !**



# Besonders von Armut betroffene Menschen in Deutschland:

- Alleinerziehende Eltern
- Kinderreiche Familien
- Kinder
- Arbeitslose Menschen
- Ausländische Bürger
- Wohnungslose Menschen

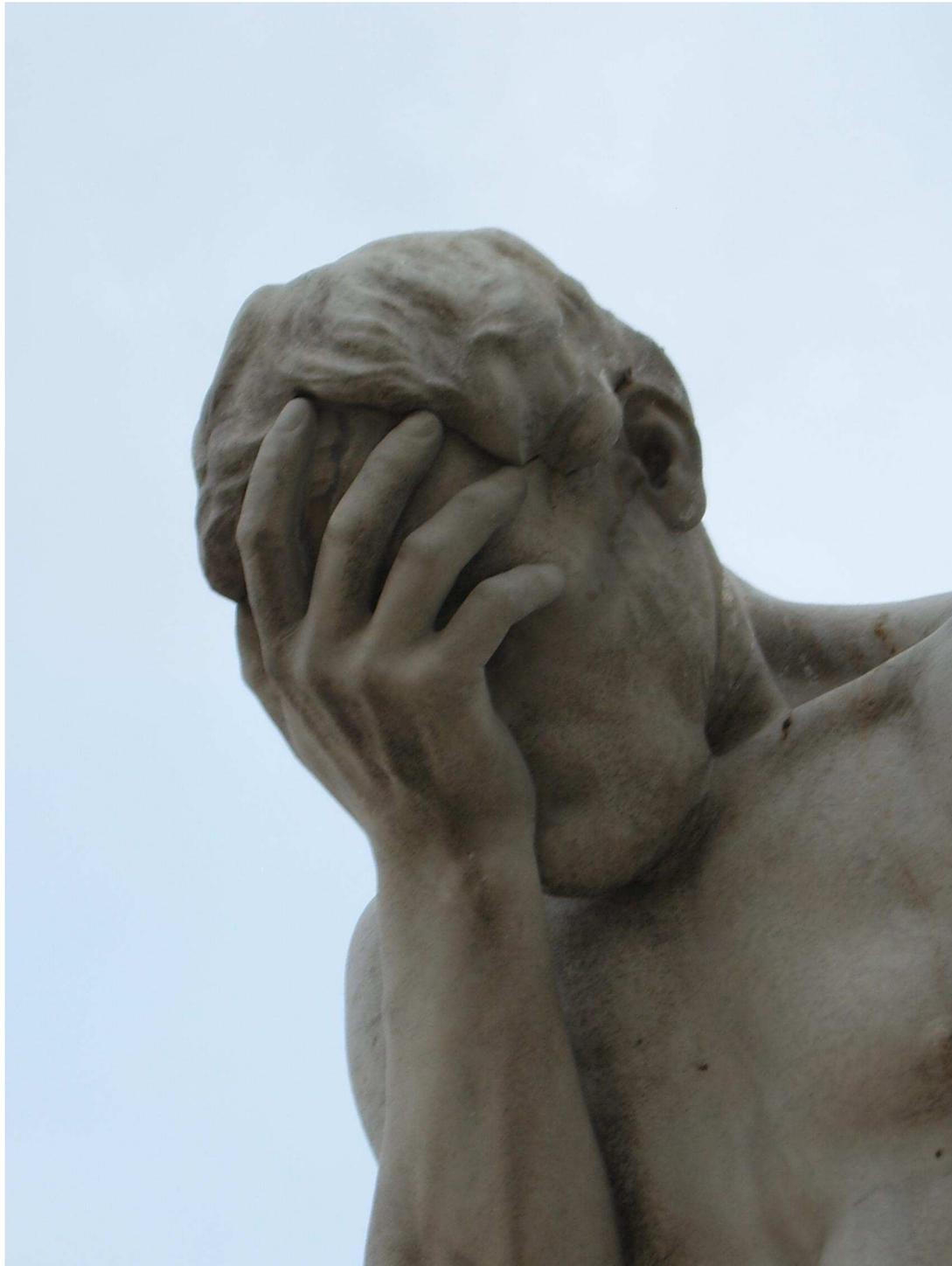


# Psychologische Stadien bei von Armut und Ausgrenzung betroffenen Menschen:



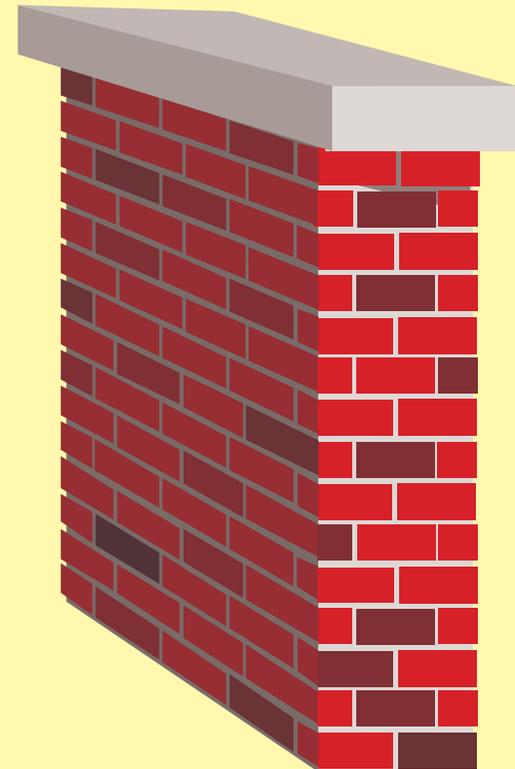
- Auflehnung/Revolte:
  - Versucht seine Rechte durchzusetzen
- Selbstentwertung:
  - Depression, Alkohol, Suizid
- Fixation:
  - Akzeptiert seinen Zustand
- Aufgabe/Rückzug:
  - Zu nichts mehr fähig, „Nein zu allem und allen“





# Psychologische Auswirkungen:

- Niedriges Selbstwertgefühl
- Innere und äußere Abkapselung (späte Symptomwahrnehmung)
- Psychische Verhaltensauffälligkeiten / psychiatrische Erkrankungen
- Ausschluss vom gängigen Gesellschaftsmodell



**Eingeschränkte  
gesellschaftliche  
Teilhabemöglichkeit**

**Das Bermudadreieck der  
sozialen Benachteiligung**

**Suchterkrankung /  
Psychische und  
physische  
Erkrankung**

**Arbeitslosigkeit**



# Selektionseffekt (Kranke werden eher arm):

- Bei Erwachsenen kommt es im Kontext Krankheit und Armut häufig zu einer sozialen Selektion:
- ***Chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Risiko Armut.***

(Studie der Marburger Universität zu „Armutslebensläufen.“)



# Kausationseffekt (Arme werden eher krank):

- Hinweise für einen Kausationseffekt ergeben sich für Kinder.
- Wer in ***Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit.***

(Studie der Marburger Universität zu „Armutslbensläufen.“)



***Korrelation zwischen  
Kinderarmut und Krankheitsrisiko  
besonders im Hinblick auf  
psychische Erkrankungen bzw.  
Auffälligkeiten:***



# KIGGS-Studie (2006)

Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (RKI)  
(Bella-Unterstudie Modul „Psychische Gesundheit“):

Psychische Auffälligkeiten nehmen zu !

- 22 % zeigen psychische Auffälligkeiten
- 14 % sind manifest psychisch krank (Angststörungen, **Depressionen**).
- **31,3%** der Kinder in sozial benachteiligten Verhältnissen sind psychisch auffällig.
- **16,4%** der Kinder in der oberen Sozialschicht sind psychisch auffällig.



# Bella – Studie (2006) :

<b><i>Jungs</i></b>	7 – 10 J.	11 – 13 J.	14 – 17 J.
Anteil der möglicherweise und wahrscheinlichen psychisch Auffälligen	22,5 %	25,0%	24,9%
<b><i>Mädchen</i></b>			
Anteil der möglicherweise und wahrscheinlichen psychisch Auffälligen	17,6 %	18,0 %	22,2 %



# Gender - Aspekt:

- ***Allan Guggenbühl (Schweizer Psychologe):***

***„Die Schule ein weibliches Biotop.“***

***Jungs werden in der Schule nicht „verstanden“  
und häufig benachteiligt!***



# Jungs – die nicht verstandenen Schüler?!

(Daten von Untersuchungen und Analysen von A. Guggenbühl Uni Bern) :

- **75%** der Hauptschüler sind Jungs
- Time outs (Schulausschluss): fast ausschließlich Jungs (**9:1**)
- **> 60%** der Jungs bekommen während der Schulzeit eine „Diagnose“ z.B. ADS
- D.h. sie erleben sich als defizitär!!
- **2/3** der Klienten im schulpsychologischen Dienst sind Jungs
- **63%** der Gymnasiasten sind Mädchen
- Autismus: in angelsächsischen Ländern fast ausschließlich Jungs
- Legasthenie: fast nur Jungs betroffen



# Sprach- bzw. Kommunikationsunterschiede zwischen den Geschlechtern:

- Mädchen: Beziehungssprache
- Jungs: Berichtssprache
- Mädchen: Subjektorientierung
- Jungs: Objektorientierung
- Männer / Jungs neigen zu „Grandiositäten“, zur Selbstüberschätzung im Sinne einer Selbstmotivation
- Jungs kommunizieren durch Provokationen



# Arbeitslose Menschen

[Zurück zur ersten Seite](#)



# Haupterkrankungsarten von *arbeitslosen* Mitbürgern:

- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Erkrankungen der Atmungsorgane
- psychosomatische sowie psychiatrische Erkrankungen + Beschwerdekompexe:
  - Ängste, **Depressionen (Suizidquote)**
  - Einschlaf- Durchschlafstörungen
- Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems
- Krebserkrankungen
- Beteiligung an Unfällen



# Erkrankungs- und Sterblichkeitsauffälligkeiten bei *arbeitslosen* Menschen:

- Mortalität (Sterbequote) **2,6 fach** höher als bei Erwerbstätigen
- Suizidversuche **20mal** häufiger als bei Erwerbstätigen (Suizidversuche mit tödlichem Ausgang ebenfalls häufiger)
- **doppelt** so hohes Risiko eines gewaltsamen Todes (suizidal, Unfälle)



# Erkrankungs- und Sterblichkeitsauffälligkeiten bei *arbeitslosen* Menschen:

Berliner Studie:

Zunahme der depressiven Erkrankungen bzw. Stimmungen um **63 %** in den letzten Jahren.



# Ausländische Mitbürger:



# Haupterkrankungsarten von *ausländischen* Mitbürgern:

- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Erkrankungen der Atmungsorgane bzw. Infektionskrankheiten (z.B. Tbc)
- **psychosomatische sowie psychiatrische** Erkrankungen + Beschwerdekompexe:
  - **Ängste, Depressionen**
  - Schlafstörungen
- Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates



# Haupterkrankungsarten von *ausländischen* Mitbürgern:

Speziell bei Migranten und Asylanten stellen psychische Folgen von **Verfolgung und Traumatisierung** ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für ***Depressionen*** und ***Suizidalität*** dar.



# Von extremer Armut betroffene wohnungslose Mitbürger:



# *Wohnungslose* Menschen und Suizidalität:

Studie des Institutes für Rechtsmedizin der Universität Hamburg (2001):

Die Suizidquote der verstorbenen wohnungslosen Menschen lag bei ca. **10%** innerhalb einer Todesursachenstatistik.

Die Dunkelziffer dürfte noch höher liegen.



# Soziale Lage und Suizid:

Erhöhtes Suizidrisiko bei:

- Sozialer Instabilität
- Zusammenbruch der sozialen Infrastruktur
- Geschiedenen Menschen
- Alleinlebenden Menschen
- Arbeitslosigkeit
- Stadtbewohner
- Niedrige Schul- und Berufsausbildung



# Suizidversuche sind in der sogenannten unteren Sozialschicht höher:

- Arensman et al. 1995
- Hawton et al. 1994
- Kerkhof et al. 1994
- Schmidtke et al. 2002



# Studie Berlin 1996 – 2005:

- Bei **20 – 40-Jährigen** deutliche Korrelation zwischen **Suizidrate und soziale Lage**.
- Berlin: **Stadtteile** Friedrichshain-Kreuzberg / Mitte / Neukölln haben die ungünstigsten Sozialindizes und die höchsten Suizidsterberaten.
- Berlin: **Stadtteile** Steglitz-Zehlendorf / Treptow-Köpenick haben die günstigsten sozialen Bedingungen und die niedrigsten Suizidraten.



# Mortalitätsdaten (Sterbealter)



# Sozioökonomisches Panel (1998 bis 2003):

( Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung;  
Erhebung im 5-Jahreszeitraum)

- Lebenserwartungsunterschied zwischen dem reichsten und ärmsten Viertel der Bevölkerung bei Frauen um ca. **8 Jahre**
- Lebenserwartungsunterschied zwischen dem reichsten und ärmsten Viertel der Bevölkerung bei Männern um ca. **11 Jahre**
- **Der Trend nimmt zu ! Arme sterben früher !**



# Rechtsmedizin Uni-Hamburg (Ishorst-Witte / 2001):

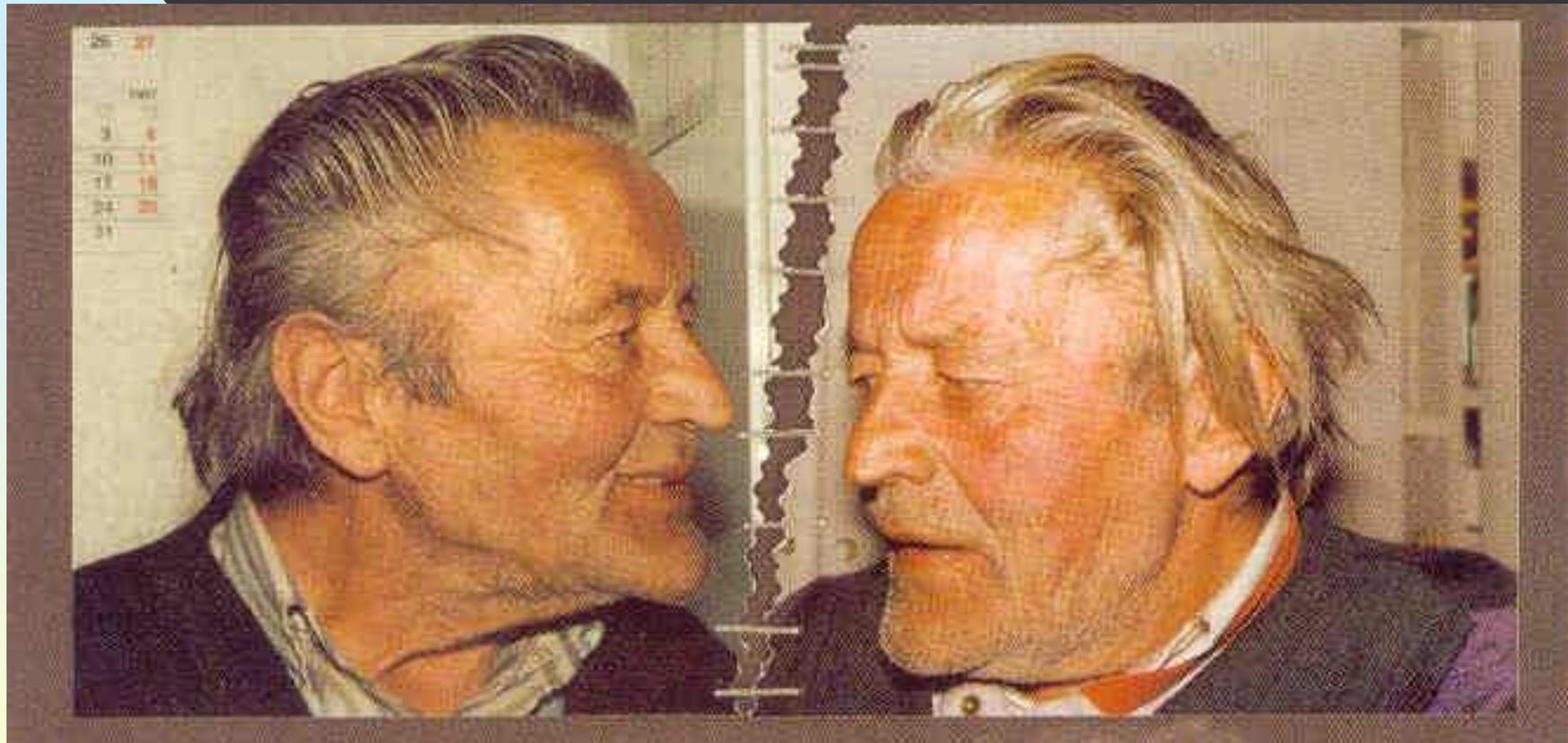
- Bestätigung keine Anbindung zum medizinischen Regelsystem
- ***Bedeutende Anzahl psychiatrischer Erkrankungen (Suchterkrankungen, Suizide)***
- **Sterbeort:** 35,1% die Straße; 25,1% Wohnheim; 20,9% Krankenhaus
- viele unbehandelte chronische Erkrankungen neben Akutversorgung



# Psychiatrische Erkrankungsproblematik

## - Gedankensplitter -





## AOK – Studie 2008 :

- Anstieg der psychischen Probleme und Krankheiten von **1995 – 2008** um **80%**
- Anteil der psychischen Erkrankungen an der Gesamterkrankungsrate: **8,3%**
- **4. Stelle** aller Erkrankungen
- Durchschnittliche Fehltage: **22,5 Tage**



## DAK – Studie 2008 / Gesundheitsreport 2009 :

- Anstieg der psychischen Probleme und Krankheiten von **1998 – 2008** um **60%**
- Anteil der psychischen Erkrankungen an der Gesamterkrankungsrate: **10,6% (1998: 6,6%)**
- **4. Stelle** aller Erkrankungen



## Weitere Studienergebnisse:

- Zunahme der Frührente wegen psychischer Belastungen. Von 2006 auf 2007 nahm die Frühverrentung um **8%** zu (**TKK Mainz**).
- Studie der **Mainzer Universität (ASG-Studie, 2008)**: Psychische Erkrankungen wie Angstzustände, Depressionen oder Psychosen sind ..... sind mit **40%** die häufigsten Beeinträchtigungen – unter denen Frauen .... häufiger leiden als Männer.“
- Statistik der **Gmünder Ersatzkasse (2000)**: Deutliche Zunahme von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Arbeitslosen. Auch bei **alleinerziehenden Müttern** stehen die psychischen Erkrankungen mit **25%** im oberen, bei **verheirateten Müttern** mit **11%** im unteren Drittel.



**In diesem Zusammenhang ist eine  
Überprüfung der Behandlungs- und  
Versorgungsziele wichtig.**

**Interessant ist diesbezüglich die von  
Nouvertné (1996)  
aufgestellte Hierarchieliste:**







**Überleben sichern !**

**Materielle Absicherung!**

**Hilfe bei der  
Bewältigung des  
praktischen Lebens**

**Krankheitsbewältigung !**

**Unterstützung bei der  
Selbstverwirklichung !**

**Möglichkeiten einer sinnerfüllten sozialen  
Existenz !**



## Psychisch kranke Menschen vermissen im Kontext ihrer Behandlung/Betreuung:

- „eine *subjektorientierte Psychiatrie*, die vom *Erleben des Patienten* und von einem Sinnzusammenhang mit seiner Lebensgeschichte ausgeht und *nicht von seinen Symptomen* und seinem von der Norm abweichenden Verhalten;
- ein *gemeinsam erarbeitetes Psychose- und Selbstverständnis*, um das beeindruckende Psychoseerleben *nicht als einen Unwert* von sich abspalten zu müssen, sondern als einen Bestandteil der Persönlichkeit integrieren zu können;



## Psychisch kranke Menschen vermissen im Kontext ihrer Behandlung/Betreuung:

- sie vermissen die *Rückführung zur Eigenverantwortung*;
- sie fordern eine *bessere Zusammenarbeit der in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen*“

(Hesse-Lorenz, 1996; Moog, 1996; Ziskoven, 1994)



***„See the person, not the illness“***



Es ist immer das  
**Selbstbestimmungsrecht**  
des Klienten zu berücksichtigen  
(solange keine Eigen- bzw. Fremdgefährdung  
vorliegt)  
und zu hinterfragen,  
ob eine psychiatrische Erkrankung bzw.  
psychisch auffälliges Verhalten  
**ein Problem des Patienten oder der  
Institution** ist.



# Fallbeispiel:

- „Einer flog übers Kuckucksnest.“
- Ist es die Kontinuität, die ehrliche, authentische und respektvolle Beziehung die Begegnung eröffnet und zulässt?



ke, \* 27. August 1939  
senheimer Wald  
ng März 2002

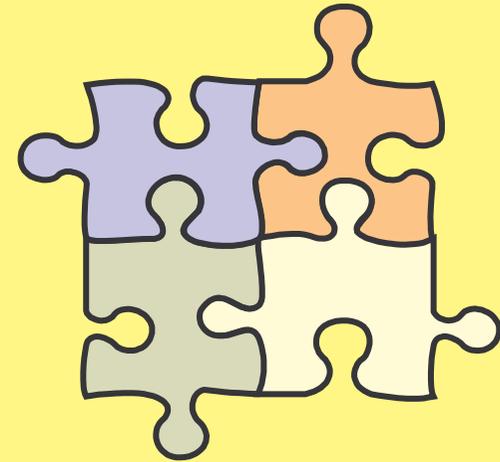


# Akzeptanz der Andersartigkeit:

- *Respektvolles Miteinander*
- *Persönlichkeit fördern / nicht „um der Gesellschaft willen“ anpassen*
- *Ressourcen finden und fördern*
- *Positive Wertschätzung*
- .....



# Multifaktorielles pathogenetisches Krankheitsmodell:



- **Gesellschaftsstrukturelle Bedingungen**



# ***Was brachten die sogenannten Gesundheitsreformen und die Hartz-IV Gesetzgebung?***



Johann Wolfgang von Goethe:

*Arm im Beutel  
krank am Herzen.*

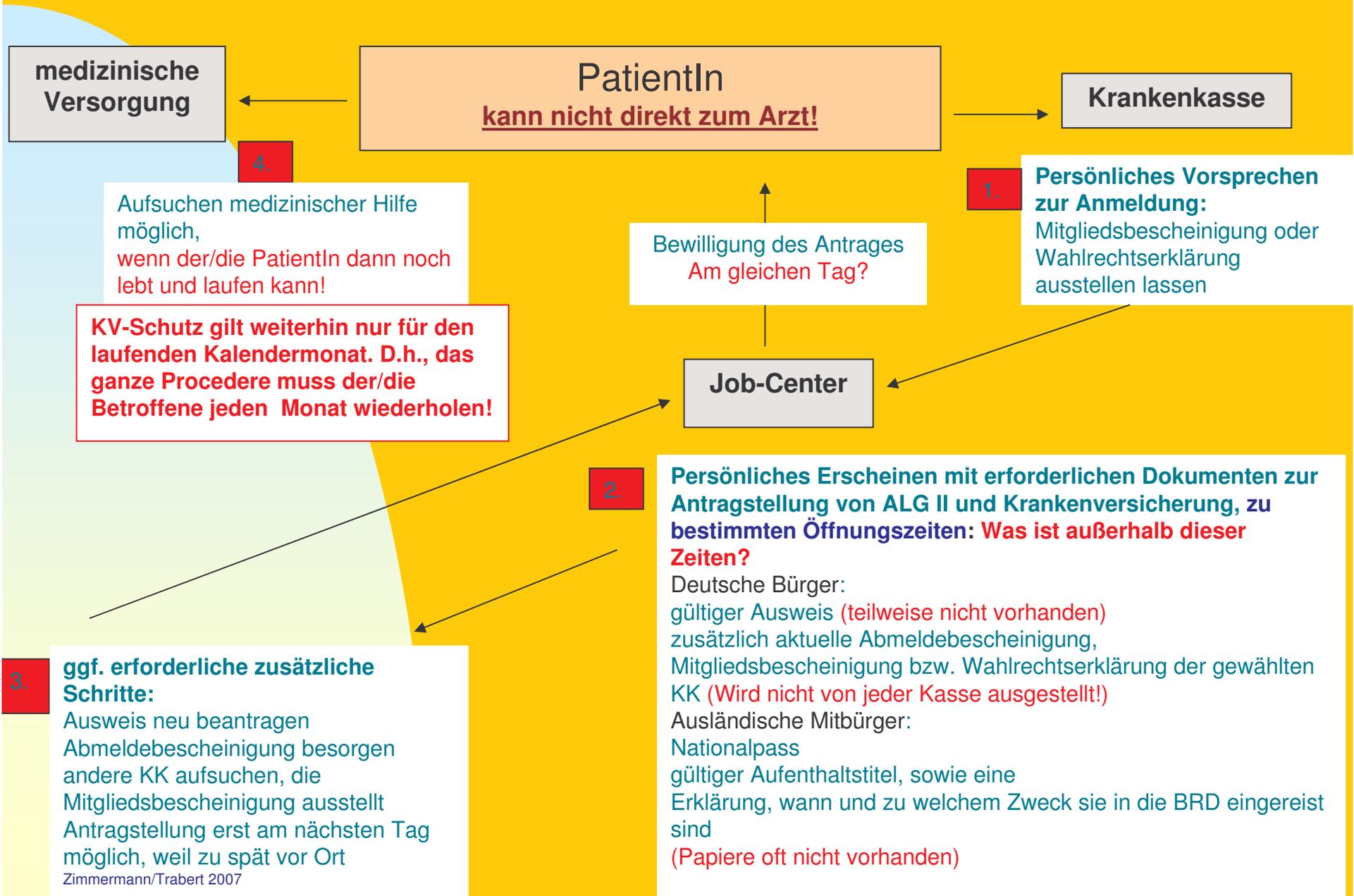


# Zusätzliche Eigenbeteiligungen / Praxisgebühr / Zuzahlungen usw.:

- Entsolidarisierung im Gesundheitssystem
- Zunehmende Privatisierung
- Hohe finanzielle Kosten für den Einzelnen besonders den chronisch Kranken.
- Immer mehr und komplexere bürokratische Hürden.



# Verfahren des Job-Centers (Arbeitsagentur) für Menschen ohne festen Wohnsitz (Durchwanderer) ohne Krankenversicherungsschutz September 2007



**Eine Untersuchung der Mainzer Universität  
Institut Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin  
zum „Zusammenhang von Armut, Schulden und  
Gesundheit (ASG 2008) kommt zu dem  
Ergebnis:**

- **65%** der Befragten haben, nach eigenen Angaben, aus Geldmangel die vom Arzt verschriebenen Medikamente nicht gekauft.
- **60%** haben Arztbesuche unterlassen, weil sie die nötigen finanziellen Mittel für die Zuzahlungen nicht aufbringen konnten.



# Kanadische Studie (1996):

- Nach Einführung von Zuzahlungen im Jahr 1996 sank die Einnahme lebenswichtiger Medikamente:
- bei älteren Patienten um 9,1 %
- bei Sozialhilfeempfänger um 14,4%.
- ***Besonders psychisch Kranke nahmen notwendige Medikamente seltener bzw. nicht mehr ein!***
- Dadurch erhöhte sich die Häufigkeit von medizinischen Zwischenfällen und stationären Behandlungsnotwendigkeiten.
- Bei den älteren Patienten von 5,8 auf 12,6
- Bei Sozialhilfeempfänger von 14,2 auf 27,6 pro 10.000 Personen im Monat



# Tudort Hart (Lancit, 1971):

***„Die Verfügbarkeit guter medizinischer Versorgung verhält sich tendenziell umgekehrt proportional zum Bedarf in der jeweiligen Population.“***



# „Zugänge“ schaffen:

- **Bildungszugang**; eine Chancengleichheit ist in Deutschland immer noch nicht verwirklicht!  
(Das Thema Erwachsenenbildung / Analphabetentum ist ein unterschätztes und unterentwickeltes Thema.)
- **Einkommenszugang**; Arbeitslosengeld II / Sozialgeld ist zu niedrig bemessen
- **Medizinischer Versorgungszugang**; niedrigschwellige Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote (Setting-Ansatz, Hotel plus)

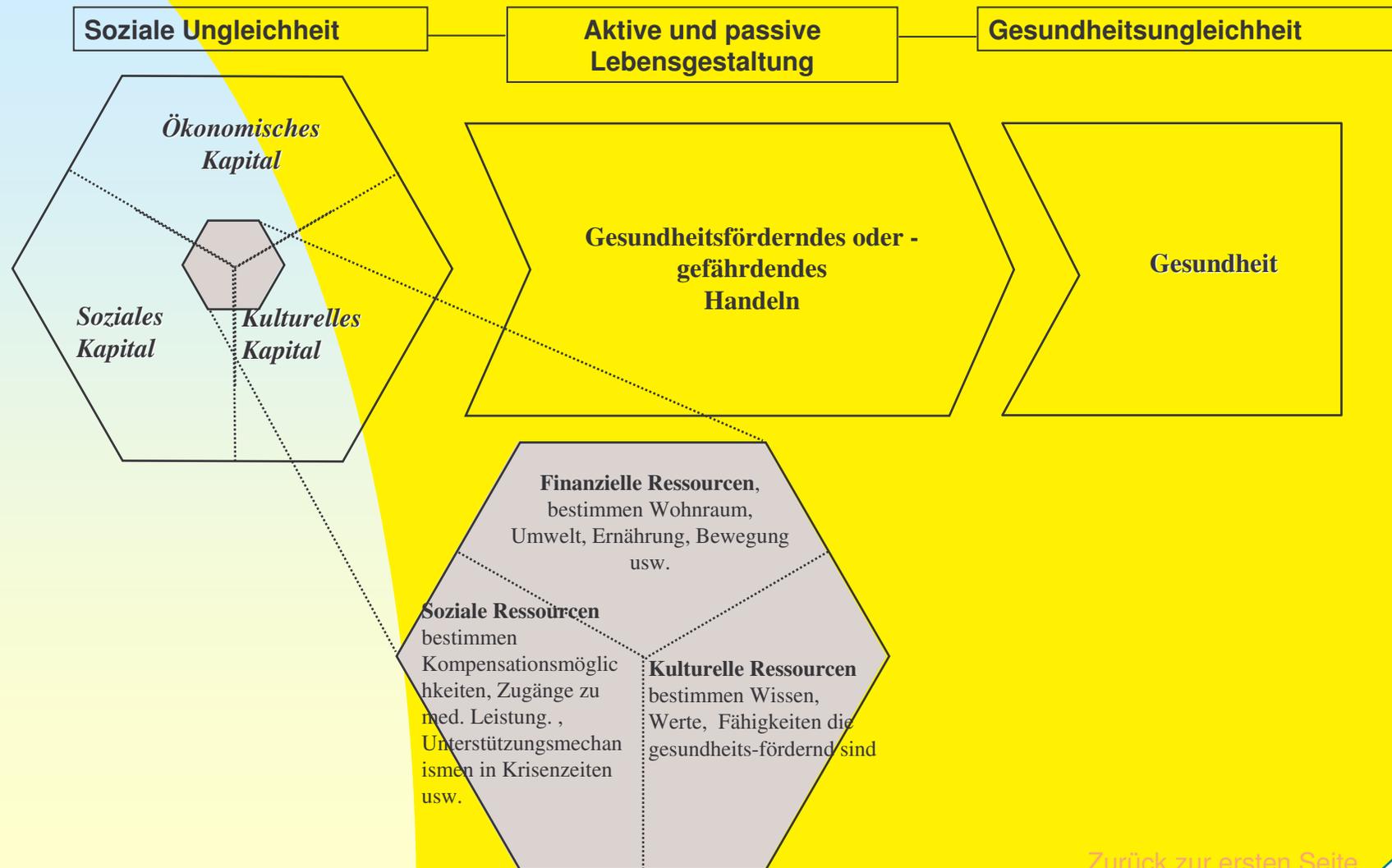


# Partizipations- / Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben schaffen:

- **Ökonomisches Kapital**
- **Soziales Kapital**
- **Kulturelles Kapital**



# Ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital bestimmen Gesundheit:



***Ausgrenzung und Separation  
ist keine Therapie  
die eine Integration fördert!!***



# Wir grenzen *psychisch kranke Menschen* aus, weil:

- wir sie nicht ernst nehmen,
- nicht teilhaben lassen (partizipativ),
- nicht mitbestimmen lassen,
- von Informationen ausschließen (kognitiv),
- bevormunden (kommunikativ),
- keine emotionale Wärme vermitteln (emotional),
- keine Geborgenheit geben,
- sie nicht annehmen wie sie sind,

.....



# Wissenschaftlicher Exkurs 1:

*Anthropologischer Ansatz* nach *Dörner* im Kontext gelungener Beziehungen:

- **Subjekt – Objekt** Beziehung reflektieren
- **Angstfreiheit** erzeugen; ich als Profi kann und darf von dem Patienten korrigiert, verbessert werden, um eigene Fehler zu erkennen und die Beziehung weiterzuentwickeln
- Grundbedürfnis nach **Selbstbestimmung** und **Bedeutung für Andere** berücksichtigen. **Die Gesundheit ist abhängig von dem Gleichgewicht zwischen diesen beiden Bedürfnissen.** Somit ist die Anreicherung der Bedeutung für Andere von zentraler Gewichtung im Kontext Gesundheitsbewertung bzw. Gesunderhaltung!



# Wissenschaftlicher Exkurs 2:

**Systemischer / konstruktiver Ansatz** nach **Simon** im Kontext von zwischenmenschlichen Beziehungen:

- Bewege / verändere ich mich, **verändere ich das System**. Das System von Beziehungen jeglicher Art.
- Häufig gestellte Frage: Was kann ich schon verändern? Sowohl auf Seiten der Profis, als auch auf Seiten der Klienten!
- Der systemische Ansatz gibt Hoffnung, dass Veränderung eines Einzelnen immer auch das Ganze, das System von Lebensverhältnissen, verändert. Es **entsteht Dynamik**, es verändert sich etwas, was auch immer!
- **Wertschätzung** des Klienten von zentraler Bedeutung!



# Wissenschaftlicher Exkurs 3:

*Chaostheoretischer bzw. affekttheoretischer Ansatz* nach *Ciampi / Heise* im Kontext von zwischenmenschlichen Beziehungen:

- Nach einem Chaos kommt es zu einer neuen Ordnung.
- **Kognition und Affektion** gehören zusammen. **Denken und Fühlen** gehören zusammen wie Geist und Körper.
- In gewissen **Emotionszuständen** lassen sich nur gewisse Gedanken entwickeln.
- Die **Verbesserung des emotionalen Zustandes** (z.B. durch eine empathische, anerkennende, wertschätzende Grundhaltung des Profis) kann kohärentes Denken ermöglichen. Auch das Ambiente muss von Wertschätzung geprägt sein.
- Die Bedeutung der **richtigen Zeit** berücksichtigen. (Häufige immer wiederkehrende Begegnungen.)
- **Affekt der Sympathie**, auf Seiten des Profis, von zentraler Bedeutung für das Verstehen des Klienten.



# „Die Kunst des Liebens“

Erich Fromm (1956)

Die reife Form der Liebe enthält immer folgende Grundelemente:

- Fürsorge
- Verantwortungsgefühl
- Achtung vor dem Anderen
- Erkenntnis.



# Inderdependenz:

Armutsbekämpfung und Gesundheitsförderung sowie – stabilisierung von sozial benachteiligten Menschen ist somit eine **interdependente Herausforderung**

- an den einzelnen **Betroffenen**,
- den **Staat / Land / Kommune** als Rahmen und Strukturen Gestalter,
- der **Öffentlichkeit** im engeren und weiteren Sinne (Freund, Nachbar, Lehrer, Arbeitgeber) als Begegnungs- und Bewertungsinstanz
- aber auch des helfenden, begleitenden **Profis** in seiner Beziehung und Wertschätzung zum Betroffenen.



# Die 4 „Akteure/ Aktionsbereiche“:

Der einzelne Betroffene

Die „Öffentlichkeit“: FreundIn,  
LehrerIn, Arbeitgeber, Nachbar usw.

Der professionell oder  
ehrenamtlich Tätige

Der Staat, das Land,  
die Kommune



# ***Aussage eines Betroffenen:***

„Vielleicht ist plötzliche Obdachlosigkeit auch zu vergleichen mit der Nervenkrankheit Parkinson. Man steht auf der Schwelle einer Tür, sieht zu aber nimmt nicht mehr sozial teil am Leben und einfache Aufgaben erscheinen wie Berge. Bin ich dann auch noch krank in der Wohnungsnot wird es richtig übel.“

- Uwe K. 2009 (seit Jahren wohnungslos und psychisch krank)



# Betroffeneneinbeziehung:

***Ressourcenorientiertheit –  
Betroffenenkompetenz***

***Einbeziehung von  
Betroffenen in  
Entwicklungs- und  
Entscheidungsprozesse.***

