



**GBE**

>> Bericht



# „Sichtbar“

Bericht zur Lebenslage von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in München

Ein partizipatives Forschungsprojekt unter Beteiligung von Expert\*innen aus Erfahrung

Studienleitung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung  
Gesamtbericht





## Sehr geehrte Damen\* und Herren\*, liebe Münchner\*innen,

das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) wurde am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet. Seit März 2009 ist sie geltendes Recht in Deutschland und muss von allen staatlichen Stellen umgesetzt werden. Durch die UN-BRK wurde ein menschenrechtlicher Ansatz etabliert, der Menschen mit Behinderungen die volle und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen soll.

„Behinderung“ entsteht nach Auffassung der UN-BRK als „Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren“. Während über die Barrieren von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen vieles bekannt ist, gibt es wenig Wissen über die spezifischen Barrieren von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen. Die Stadt München hat deshalb im Rahmen des 2. Aktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK die Durchführung der Studie ‚Sichtbar‘ beschlossen. Diese Studie soll dazu beitragen, dem Stadtrat, den verschiedenen städtischen Referaten, der Fachöffentlichkeit sowie den Bürger\*innen Wissen über die Barrieren für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zur Verfügung zu stellen.

Im Sinne der Präambel der UN-BRK, wonach ‚Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben sollen, aktiv an Entscheidungsprozessen über politische Konzepte und Programme mitzuwirken‘ und im Sinne einer partizipativ ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsreferats wurde für diese Studie von einem partizipativen Studienteam durchgeführt.

Die Studienleitung lag beim Institut SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung. Der Kern des partizipativen Studienteams bestand – neben den beiden Mitarbeitern des Instituts und der zuständigen Mitarbeiterin der Gesundheitsberichterstattung – überwiegend aus Expert\*innen aus Erfahrung einer psychischen Erkrankung.

Dank der Beteiligung von Expert\*innen in eigener Sache hat diese Studie eine besondere Qualität von ‚Daten für Taten‘ hervorgebracht. Im Bericht wird die Lebenssituation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen für viele wichtige Teilhabebereiche beschrieben, u.a. Versorgungssystem, Wohnen, Arbeit, soziale Teilhabe, Diskriminierung. Diese Lebensbereiche werden nicht nur mit Hilfe von Tabellen und Grafiken beschrieben, sondern an vielen Stellen sind Zitate aus Interviews eingefügt, um die Bedeutung der ‚trockenen‘ Zahlen anhand konkreter Beispiele zu verdeutlichen.

Die Ableitung und Priorisierung der Handlungsempfehlungen am Ende des Berichts wurde im Sinne der partizipativen Vorgehensweise konsequenterweise vom Studienteam getroffen.

An dieser Stelle möchte ich mich sehr herzlich für die engagierte und fachlich fundierte Arbeit der Expert\*innen aus Erfahrung bedanken. Ebenso möchte ich mich bei wichtigen Kooperationspartner\*innen bedanken, die die Studie in dieser Form erst ermöglicht haben: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Kassenärztliche Vereinigung Bayern, Bezirk Oberbayern und das durchführende Institut SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

Ich hoffe deshalb sehr, dass der Bericht zu mehr Verständnis der „Behinderungen“ von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen beiträgt und viele Handlungsempfehlungen sowie der weiteren Handlungsbedarfe im Bericht vom Stadtrat, anderen Referaten, den Facheinrichtungen vor Ort sowie der interessierten Öffentlichkeit aufgegriffen und umgesetzt werden. Ebenso hoffe ich, dass der Ansatz der partizipativen Bedarfserhebung in vielen Bereichen der Stadtverwaltung zunehmend zum Einsatz kommt, entsprechend dem Motto: „Nichts über uns ohne uns“.

Beatrix Zurek  
Gesundheitsreferentin



## „Sichtbar“

Bericht zur Lebenslage von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in München.  
Ein partizipatives Forschungsprojekt unter Beteiligung von Expert\*innen aus Erfahrung.

Studienleitung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung

### **Mitglieder des Studienteams | Autorentams:**

Mirko Bialas (Experte aus Erfahrung)  
Dr. Karolina De Valerio (Expertin aus Erfahrung)  
Katharina Hump (Expertin aus Erfahrung | zeitweiliges Mitglied)  
Ralf Otto (Experte aus Erfahrung)  
Dr. Andreas Sagner (SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung)  
Sven Siebert (SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung)  
Susanne Stier (Expertin aus Erfahrung | zeitweiliges Mitglied)  
Ina Waffenschmidt (Expertin aus Erfahrung)  
Doris Wohlrab (Gesundheitsreferat der LH München)  
Martin Zierl (Experte aus Erfahrung)  
N.N. (Expertin aus Erfahrung | zeitweiliges Mitglied)

### Kontakt:

Dr. Andreas Sagner  
SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung  
Postfach 40 16 20  
80716 München  
Tel.: (089) 725 63 29  
E-Mail: [andreas.sagner@sim-sozialplanung.de](mailto:andreas.sagner@sim-sozialplanung.de)  
Web: [www.sim-sozialplanung.de](http://www.sim-sozialplanung.de)

## Vorwort | Danksagung

Dem Institut als Auftragnehmer der Studie „Sichtbar“ ist es wichtig, an dieser Stelle Dank zu sagen – und zwar an alle, die daran beteiligt gewesen sind, dass dieses innovative Partizipations-Projekt erfolgreich durchgeführt und abgeschlossen werden konnte.

Unser Dank gilt in erster Linie den Co-Forschenden, die über einen langen Zeitraum mit großem Engagement ihr Erfahrungswissen als Betroffene mit uns teilten. Besonders bedanken möchten wir uns auch bei den vielen Betroffenen, die bereit waren, mit uns im Rahmen von Interviews offen über ihr Leben mit einer psychischen Erkrankung, ihre Gefühle und die Herausforderungen zu sprechen, denen sie sich im Alltag gegenübersehen. Gedankt sei an dieser Stelle ausdrücklich auch unseren Gesprächspartner\*innen aus dem professionellen Hilfesystem und der Selbsthilfe, die manche Barrieren für uns erst sichtbar machten.

Wir danken den Mitgliedern des Studienbeirats, die dem Projekt viele Türen geöffnet und mit ihren vielfältigen Expertisen dazu beigetragen haben, dem Stadtrat eine fachlich abgesicherte Studie vorlegen zu können. In diesen Dank eingeschlossen ist auch das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) für die Unterstützung bei der Durchführung der schriftlichen Befragung sowie dem Bezirk Oberbayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für die Zurverfügungstellung zentraler Datensätze.

Ein spezieller Dank geht an das Koordinierungsbüro zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), der Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, ihrer Freunde und Förderer München e. V. (ApK) und die Münchner Psychiatrie-Erfahrenen e.V. (MüPE) für die intensiven Vorarbeiten zu dieser Studie sowie dem Gesundheitsreferat (GSR) für die Mühen der Antragstellung. Ganz besonders aber Doris Wohlrab und Birgit Gorgas (GSR) für ihr ausdauerndes Vorantreiben dieses besonderen Vorhabens und auch für die inhaltliche und organisatorische Mitarbeit.

Allen zusammen noch einmal herzlichen Dank für diesen großen persönlichen Einsatz in der Sache!

Dr. Andreas Sagner

Sven Siebert



## Gliederung

1.	Einleitung: Konzeptionelle und methodische Grundlagen der Studie.....	9
1.1	Konzeptionelle Grundlagen.....	9
1.2	Überblick über die angewandten Methoden.....	10
1.2.1	ZBFS-Befragung.....	10
1.2.2	Online-Befragung.....	16
1.2.3	Qualitative Methoden.....	18
1.2.4	Sekundärstatistische Daten.....	20
1.3	Der Co-Forschungsprozess.....	20
1.3.1	Der partizipative Ansatz.....	20
1.3.2	Das Co-Forschungsteam.....	22
1.3.3	Lessons learned.....	24
1.4	<i>Exkurs:</i> Zur Begrifflichkeit - Wovon reden wir?.....	28
2.	Psychische Erkrankungen: Außen- und Innenperspektiven.....	31
2.1	Außenperspektiven.....	31
2.1.1	Grundlegende Anmerkungen zum Themenfeld „Psychische Erkrankungen“.....	31
2.1.2	Zur Häufigkeit psychischer Störungen in der Landeshauptstadt München (KVB-Daten) 32	
2.1.3	Zur Häufigkeit seelischer Behinderungen in der Landeshauptstadt München (ZBFS- Daten).....	40
2.2	Innenperspektiven.....	43
2.2.1	Zum Erleben psychischer Krankheiten I: Psychische Beeinträchtigung als „innere Barriere“.....	43
2.2.2	Zum Erleben psychischer Krankheiten II: Weitere Aspekte des Lebens mit einer psychischen Erkrankung.....	46
2.3	Zum Begriff „Behinderung“.....	51
2.3.1	Sozialrechtliche Grundlagen und konzeptionelle Überlegungen.....	51
2.3.2	Eine „Seelische Behinderung“ ist eine „Behinderung“ an Zeit: Persönlicher Beitrag eines Co-Forschers (Mirko Bialas).....	55
2.4	Weitere gesundheitsbezogene Aspekte.....	59
2.4.1	Anmerkungen zur gesundheitlichen Lage (subjektive Gesundheit der ZBFS-Befragten) 59	
2.4.2	Medikamente.....	62
3.	Das Behandlungs- und Unterstützungssystem.....	65
3.1	Grundlagen.....	65
3.1.1	Überblick über die Struktur des (sozial-)psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungssystems in der Landeshauptstadt München.....	65
3.1.2	Das psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungs- und Unterstützungssystem: Systeminterne Barrieren.....	68
3.2	Wege ins Behandlungs- und Unterstützungssystem: Weitere Barrieren und Strategien.....	73
3.3	Professionelle Beratungs- und Unterstützungsangebote.....	77
3.3.1	Wissensstand und Informationsbedarf.....	77
3.3.2	Inanspruchnahme.....	80

3.3.3	<i>Exkurs:</i> Die Sozial-/ Gerontopsychiatrischen Dienste (Daten des Bezirks Oberbayern)	82
3.4	Selbsthilfe, Selbstorganisation und Peer-Beratung.....	86
3.4.1	Selbsthilfe .....	87
3.4.2	Selbstorganisation.....	89
3.4.3	Peer-Beratung (EX-IN/Genesungsbegleiter*innen) .....	90
3.5	Besondere Zielgruppen .....	92
3.5.1	Menschen mit Migrationshintergrund.....	92
3.5.2	LGBTIQ* .....	95
3.5.3	Angehörige .....	97
3.6	Zusammenfassung.....	101
4.	Arbeit und Wirtschaftliche Lage.....	105
4.1	Vorbemerkungen: Zentrale Rahmenbedingungen und Bedeutung des Handlungsfeldes..	105
4.1.1	Anmerkungen zur Münchner Arbeitsmarktstruktur .....	105
4.1.2	Zielgruppenspezifische und zielgruppenübergreifende Instrumente zur Arbeitsmarkteingliederung .....	106
4.1.3	Beschäftigungsmöglichkeiten für vollqualifizierende Personen .....	111
4.1.4	Struktur und Umfang der Frühberentung   Erwerbsminderungsrenten (Daten des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung).....	112
4.1.5	Bedeutung des Handlungsfeldes.....	114
4.2	Arbeit und Berufstätigkeit I: Quantitative Ergebnisse (Ergebnisse der ZBFS-Befragung) ...	115
4.2.1	Umfang und Art der Berufstätigkeit.....	115
4.2.2	Gründe für die fehlende Arbeitsmarktteilhabe .....	117
4.2.3	Konkrete Arbeitssituation der Berufstätigen (Diskriminierungserfahrungen).....	120
4.3	Arbeit und Berufstätigkeit II: Weitere Ergebnisse.....	122
4.3.1	Ergebnisse der Online-Befragung im Überblick .....	122
4.3.2	Zentrale Arbeitsmarktbarrieren im Kontext .....	125
4.3.3	Zur Rolle der Landeshauptstadt München im Bereich Arbeit.....	129
4.3.4	<i>Exkurs:</i> Selbstständigkeit.....	130
4.4	Wirtschaftliche Lage .....	132
4.5	Zusammenfassung.....	136
5.	Wohnen und Wohnumfeld .....	139
5.1	Vorbemerkungen: Zentrale Rahmenbedingungen und Bedeutung des Handlungsfeldes..	139
5.1.1	Zentrale Rahmenbedingungen.....	139
5.1.2	Bedeutung des Handlungsfeldes.....	140
5.2	Quantitative Perspektiven: Ergebnisse der ZBFS-Befragung.....	140
5.2.1	Haushaltsstruktur.....	140
5.2.2	Wohndauer, Wohnverhältnisse und Wohnzufriedenheit.....	142
5.3	Qualitative Perspektiven .....	147
5.3.1	Probleme beim Zugang zum Wohnungsmarkt.....	147
5.3.2	Nachbarschaftliches Umfeld .....	150
5.3.3	Lösungsideen aus Sicht der Online-Befragten .....	153
5.3.4	<i>Exkurs:</i> Wohnungslosigkeit als Herausforderung für die (Sozial-)Psychiatrie.....	155

5.4	Zusammenfassung.....	156
6.	Soziale Beziehungen und soziale Teilhabe.....	160
6.1	Soziale Beziehungen und soziale Einbettung.....	160
6.1.1	Subjektive Perspektiven und Dynamiken.....	160
6.1.2	Einsamkeit.....	163
6.1.3	<i>Exkurs:</i> Corona und seine soziale Folgen.....	164
6.2	Aktivitäten: Freizeit, Kultur und Ehrenamt.....	165
6.2.1	Freizeitaktivitäten und Sport.....	165
6.2.2	Kultur.....	169
6.2.3	Ehrenamtliches Engagement.....	174
6.3	Mobilität und Digitalisierung.....	175
6.3.1	Mobilität.....	175
6.3.2	Digitalisierung.....	181
6.4	Zusammenfassung.....	186
7.	Stigmatisierung und Diskriminierung.....	189
7.1	Vorbemerkungen: Zur Bedeutung des Handlungsfeldes.....	189
7.2	Quantitative Perspektiven: Ergebnisse der ZBFS-Befragung.....	189
7.2.1	Vorurteile und Stereotypisierung.....	189
7.2.2	Diskriminierung.....	191
7.2.3	Behördenkontakte.....	195
7.3	Qualitative Perspektiven.....	198
7.3.1	Stigmatisierung und Diskriminierung.....	198
7.3.2	Behördenkontakte.....	203
7.4	Zusammenfassung.....	206
8.	Schlussfolgerungen: Barrieren, Handlungsbedarfe und Handlungsempfehlungen.....	208
8.1	Zentrale Barrieren und Handlungsfelder im Überblick.....	209
8.1.1	Zentrale Barrieren.....	209
8.1.2	Priorisierung von Handlungsfeldern aus Sicht der Online-Befragten.....	210
8.2	Grundsätzliche Handlungsbedarfe nach Themenfeldern.....	214
8.2.1	Behandlungs- und Unterstützungssystem.....	214
8.2.2	Arbeit und wirtschaftliche Lage.....	218
8.2.3	Wohnen und Wohnumfeld.....	221
8.2.4	Soziale Beziehungen und Soziale Teilhabe.....	223
8.2.5	Stigmatisierung und Diskriminierung.....	225
8.2.6	Übergeordnete Handlungsbedarfe.....	227
8.3	Handlungsempfehlungen nach Themenfeldern.....	229
8.3.1	Behandlungs- und Unterstützungssystem.....	229
8.3.2	Arbeit und wirtschaftliche Lage.....	230
8.3.3	Wohnen und Wohnumfeld.....	231
8.3.4	Soziale Beziehungen und Soziale Teilhabe.....	231
8.3.5	Stigmatisierung und Diskriminierung.....	231
8.3.6	Übergeordnete Aspekte.....	232



Literaturverzeichnis.....	233
Anhänge   Fragebogen.....	242

## Abkürzungsverzeichnis

AA	Arbeitsagentur
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
AGH	Arbeitsgelegenheiten
ALG	Arbeitslosengeld
ApK	Angehörige psychisch erkrankter Menschen
BSA	Bezirkssozialarbeit
BEW	Betreutes Einzelwohnen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BTHG	Bundesteilhabegesetz
DSM	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
EX-IN	Expert*innen durch Erfahrung (Experience Involvement)
FTZ	FrauenTherapieZentrum
GpDi	Gerontopsychiatrischer Dienst
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IFD	Integrationsfachdienst
JC	Jobcenter
KBO	Kliniken des Bezirks Oberbayern
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
LGBTIQ	lesbisch, schwul (gay), bisexuell, transgeschlechtlich, untergeschlechtlich, queer
MASH	Münchener Angstselbsthilfe
MBQ	Münchener Beschäftigungs- und Qualifizierungsprogramm
MüPE	Münchener Psychiatrie-Erfahrene e.V.
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOWON	Soziales Wohnen online (Plattform)
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
TaA	Teilhabe am Arbeitsmarkt
TWG	Therapeutische Wohngemeinschaften
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
ZBFS	Zentrum Bayern Familien und Soziales



## Kapitel 1

### Einleitung: Konzeptionelle und methodische Grundlagen der Studie



# 1. Einleitung: Konzeptionelle und methodische Grundlagen der Studie

## 1.1 Konzeptionelle Grundlagen

**Hintergrund und Zielsetzungen der Studie.** Mit der Anfang 2009 erfolgten Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat sich die Bundesrepublik Deutschland dem langfristigen Ziel der Gestaltung einer inklusiven Gesellschaft verpflichtet. Zur Umsetzung der UN-Konvention und der darin formulierten Rechte von Menschen mit Behinderungen hat die Landeshauptstadt München im April 2019 einen zweiten kommunalen Aktionsplan aufgelegt.<sup>1</sup> In ihm ist auch die vorliegende Studie zur Ermittlung der Barrieren und Lebenslagen von Münchner Bürger\*innen mit sogenannter seelischer Behinderung<sup>2</sup> vorgesehen (Maßnahme 9 des Handlungsfeldes Gesundheit).

Konkret soll die Studie die Lebenslagen dieses Personenkreises beschreiben und die spezifischen (Teilhabe-) Barrieren systematisch „sichtbar“ machen, denen sich psychisch erkrankte Menschen in ihrem Lebensalltag in München gegenübersehen. Ziel war es, fundierte Informationen sowohl zu den faktischen Lebensbedingungen als auch zu deren Erleben und Bewertung durch die Betroffenen zu generieren. In der Tat sind die Barrieren, denen sich psychisch erkrankte Menschen gegenübersehen (können), bislang nur selten thematisiert bzw. in den Fokus gerückt worden. Dies gilt selbst für ein (Selbst-)Vertretungsorgan wie den Münchner Behindertenbeirat.<sup>3</sup> Die hier gewonnenen Informationen sollen daher nicht nur den verschiedenen Fachplanungen und Referaten als Arbeitsgrundlage dienen, sondern auch der Stadtpolitik, den Anbieter\*innen sozialer und gesundheitsbezogener Angebote sowie den zivilgesellschaftlichen Akteur\*innen.

Auf Grundlage der empirischen Analysen gilt es zweitens, konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Lebenssituation psychisch erkrankter Personen zu entwickeln. Die Studie fokussiert sich dabei auf Handlungsfelder, in denen die Landeshauptstadt München über eigene Steuerungsmöglichkeiten verfügt. Das (sozial-)psychiatrische Behandlungs- und Unterstützungssystem, das in Bayern in die Verantwortung der Bezirke fällt, wird im Rahmen der Studie daher „nur“ als relevante Rahmengröße thematisiert (siehe Kap. 3.1.1). Weitergehende Fragen der Versorgungsforschung wie etwa die Organisation, die Steuerung und die Finanzierungsfragen der sozialpsychiatrischen Kranken- und Gesundheits- oder Wohnversorgung bleiben unberücksichtigt.<sup>4</sup> Dies gilt auch für die intensiv diskutierte Frage über die Wirksamkeit der Psychiatrie als Fachdisziplin.<sup>5</sup>

Um wirklich sicherstellen zu können, dass die Handlungsempfehlungen auch den Bedarfs- und Interessenslagen der Menschen mit sogenannter seelischer Behinderung entsprechen, wurden letztere dabei nicht nur als zu *Befragende* im Rahmen von qualitativen Gesprächen (siehe Kap. 1.2.3) in die Studie eingebunden – der bislang weithin übliche Forschungsansatz; sondern als *Partner\*innen* in den Forschungsprozess selbst integriert (Co-Forschung; siehe Kap. 1.3). Die Forderung nach einer partizipativen Forschung – verstanden als Forschung *mit* und nicht *über* die Menschen der „Zielgruppe“ – ergibt sich letztlich (auch) aus den aus den menschenrechtlichen Anforderungen, welche die UN-BRK formuliert. Als ergänzende Fragestellung sucht die Studie entsprechend abzuklären, inwieweit ein Co-Forschungsprozess, wie er hier implementiert worden ist, als Blaupause für verwaltungsbezogene Studien geeignet ist.

---

<sup>1</sup> Siehe: <https://muenchen-wird-inklusive.de/aktionsplan/> [letzter Abruf: 13.11.2022].

<sup>2</sup> Zu den verwendeten Begrifflichkeiten siehe Kap. 2.3.

<sup>3</sup> So findet sich auf der städtischen Webseite „muenchen.de“ folgende Formulierung des Facharbeitskreises Tourismus: „Damit auch Menschen mit Behinderung München sorgenfrei entdecken können, haben wir nützliche Informationen zusammengestellt. Rollstuhlfahrer, Menschen mit einer Gehbehinderung, Hörbehinderung oder Sehbehinderung finden hier Antworten auf Fragen rund um die Themen: Mobilität, Hotels, Sanitäreinrichtungen, Gastronomie, Freizeit und Weiteres in München.“ Siehe: <https://www.muenchen.de/themen/die-uebersicht-barrierefrei-durch-muenchen> [letzter Abruf: 08.02.2023].

<sup>4</sup> Zum derzeitigen Stand der „Versorgungsforschung im Feld der seelischen Gesundheit“ siehe: Schwarz et al. (2021).

<sup>5</sup> Diese „Zurückhaltung“ veranlasste manche psychiatriekritische Betroffene allerdings, den Sinn der Studie grundsätzlich in Frage zu stellen. Insofern die Suche nach Qualitäts- und Wirksamkeitsindikatoren für Psychiatrie und Psychotherapie noch nicht abgeschlossen ist (siehe: Grossimlinghaus et al. (2015)), ist diese Frage derzeit aber auch nicht abschließend zu beantworten.

**Zur Operationalisierung der Zielgruppe.** Sieht man von der Befragung mit Unterstützung des Zentrums Bayern, Familie und Soziales (ZBFS) (siehe Kap. 1.2.1) und den von der Auftraggeberin vorgegebenen Altersbegrenzungen (18-75 Jahre) einmal ab, wurde auf eine strikte Operationalisierung der Zielgruppe verzichtet: In Rücksprache mit dem Gesundheitsreferat wurde der Einbezug *nicht* an das Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises bzw. an den Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe gekoppelt. Dies hätte aus Sicht des Auftragnehmers die Zielgruppe zu sehr eingeschränkt.<sup>6</sup> Stattdessen wurde – auch und gerade bei der Suche nach psychisch erkrankten Gesprächspartner\*innen (siehe Kap. 1.2.3) – das Eigenerleben als Kriterium in den Mittelpunkt gestellt: Personen, die ihre Teilhabechancen aufgrund einer psychischen Erkrankung als längerfristig beeinträchtigt bewerteten, oder welche Angehörige bzw. Fachkräfte so betrachteten, wurden als Teil der Zielgruppe definiert. Die damit einhergehende Unschärfe wurde bewusst in Kauf genommen. Dies schien auch vor dem Hintergrund der übergeordneten Zielsetzung – der Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen – gerechtfertigt.

Abschließend sei noch angemerkt, dass – den Ausschreibungsunterlagen folgend – die beiden psychiatrischen Krankheitsbilder „Demenzen“ und „Suchterkrankungen“ nicht Gegenstand der Studie sind. Suchterkrankungen werden gegebenenfalls jedoch als Begleiterkrankungen von anderen psychischen Erkrankungen thematisiert.

## 1.2 Überblick über die angewandten Methoden

Methodisch reichte das Repertoire von schriftlichen Befragungen (ZBFS-Befragung in Papierform; offene Online-Befragung) über qualitative Einzel- und Gruppeninterviews und sekundärstatistischen Auswertungen bis hin zu Sozialraumbegehungen (*mixed-methods-Ansatz*). Die einzelnen methodischen Bausteine sollen im Folgenden kurz beschrieben werden, um so Transparenz und intersubjektive Nachvollziehbarkeit der hier präsentierten Ergebnisse zu gewährleisten.

### 1.2.1 ZBFS-Befragung

**Grundgesamtheit.** Der Zugang zur definierten Zielgruppe erfolgte über das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS), das in Bayern für das Schwerbehindertenverfahren (Feststellungsverfahren und Ausweiswesen) nach SGB IX zuständig ist. Dieser Zugangsweg war trotz der damit verbundenen Einengung auf Personen mit einer *anerkannten* (Schwer-)Behinderung aus datentechnischen Gründen zwingend. Die Alternative – eine über Screening-Fragen gefilterte repräsentative Bevölkerungsbefragung – schied aus forschungspragmatischen und forschungsökonomischen Gründen aus. Dies gilt auch für die Möglichkeit, über die Krankenkassen Zugang zur definierten Zielgruppe zu finden. Zudem bietet die Datenbank des ZBFS den Vorteil, dass über sie *chronisch* psychisch kranke Personen erreicht werden, deren Erkrankung mit mehr oder weniger ausgeprägten Funktionsbeeinträchtigungen verbunden ist (psychische oder seelische Behinderung). Dies entsprach den Vorgaben der Auftraggeberin. Allerdings bleibt anzumerken, dass gerade Menschen mit seelischer Behinderung oftmals überhaupt *keinen* Antrag auf Anerkennung einer (Schwer-)Behinderung stellen und in der Datenbank daher nicht gelistet sind und dass nicht jede psychische Störung bzw. Erkrankung zu einer Beeinträchtigung von Alltagskompetenzen führt.

Letzterem entspricht, dass ZBFS-seitig für die Anerkennung einer (Schwer-)Behinderung nicht die Schwere der Erkrankung maßgeblich ist, sondern die sich aus ihr ergebenden Funktionsbeeinträchtigungen. Dies erklärt auch den geringen Stellenwert, der den klassischen ICD-Diagnosen im ZBFS-Begutachtungswesen zukommt: Da aus diesen Diagnosen keine dauerhafte

---

<sup>6</sup> Erfahrungsgemäß verzichten Menschen mit ausgeprägteren psychischen Erkrankungen häufig auf eine amtliche Feststellung ihrer Beeinträchtigung - sei es, weil sie sich keine Vorteile aus einer amtlichen Registrierung erwarten, sei es aus Angst vor Stigmatisierung oder sei es, weil der Behinderungsbegriff nicht ihrem Eigenerleben entspricht (siehe Kap. 2.3). Ähnlich hat Steinhart (2018a: 341) kürzlich dargelegt, dass – bundesweit betrachtet – von den Menschen, die entsprechend den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) als *schwer* psychisch krank bezeichnet werden, *maximal* die Hälfte als seelisch behindert im Leistungsbezug der Eingliederungshilfe steht.

Funktionsstörung bzw. ein Grad der Behinderung (GdB) abgeleitet werden kann, basiert das System (durchaus folgerichtig) nicht auf den üblichen Diagnoseschlüsseln.<sup>7</sup> Die im Kontext „seelische Behinderung“ verwendeten ZBFS-Begrifflichkeiten sind generell eher grob. Die Konturierung der Zielgruppe „Menschen mit seelischer Behinderung“ erfolgte daher in enger Abstimmung mit dem ZBFS. In diesem Sinne entschied man sich, im Rahmen der schriftlichen Befragung auf folgenden Personenkreis abzustellen:

- Personen, deren Hauptbehinderung den ZBFS-Schlüsseln 85 („Körperlich nicht begründbare (endogene) Psychosen“) und/oder 86 („Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“) zugeordnet wird; die psychische Hauptbehinderung musste dabei für sich allein *mindestens* einen GdB von 30 begründen.
- Um sicherzustellen, dass die psychische Erkrankung mit ihren „spezifischen“ Erfahrungswelten nicht (zu sehr) durch körperliche Symptomatiken überlagert wird, wurden manche der in den Schlüsseln 85 und 86 kodierten Behinderungen allerdings ausgeschlossen.<sup>8</sup>

Letztendlich ergab sich damit eine Grundgesamtheit für die Stadt München von 20.420 Personen im Alter von 18 bis 75 Jahren. Anzumerken bleibt, dass rund 75% dieser Personen neben ihrer psychischen Behinderung noch weitere Behinderungen, etwa körperlicher oder sensorischer Art, aufwiesen.

**Zur Stichprobe.** Die Stichprobenziehung erfolgte durch das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) nach einem altersgeschichteten Zufallsverfahren: Aus der oben skizzierten Grundgesamtheit wurde jede fünfte Person im Alter zwischen 18 und 60 Jahren und jede\*r Fünfzehnte zwischen 61 und 75 Jahren gezogen. Die Altersschichtung erfolgte vor dem Hintergrund, dass in der gewählten Grundgesamtheit wie in der ZBFS-Datenbank insgesamt ältere Menschen sehr stark vertreten sind – was seinerseits nicht nur auf die höhere Erkrankungsrisiko Älterer verweist (siehe Kap. 2.1.2), sondern auch auf den Umstand, dass sich erwerbstätige Betroffene aus Angst vor Diskriminierung und Ausgrenzung am Arbeitsplatz (siehe Kap. 7) oft nicht um einen Schwerbehindertenausweis bemühen. Insgesamt wurden 2.975 Personen angeschrieben und zur Befragung eingeladen; in 72 Fällen wurden die Briefe als unzustellbar an das ZBFS zurückgeschickt. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen wurden dabei strikt eingehalten.

Auf die Möglichkeit, den Fragebogen ergänzend auch online auszufüllen, wurde im Einvernehmen mit der Auftraggeberin verzichtet. Trotz empirischer Befunde zur rücklaufsteigernden Wirkung von Erinnerungsschreiben ließ sich eine entsprechende Mahn- bzw. Nachfassaktion aus Kostengründen nicht realisieren. Aus pragmatischen Gründen (Stichprobengröße, Kosten, Identifizierbarkeit der Sprachkompetenzen der angeschriebenen Personen) wurde zudem von einer Übersetzung des Fragebogens in andere gängige Sprachen abgesehen.<sup>9</sup>

Insgesamt wurden 475 Fragebögen zurückgeschickt, von denen 32 allerdings komplett „leer“ waren. Dies entspricht einer Nettostichprobe von 443. Berücksichtigt man die unzustellbaren Fragebögen, ergibt sich ein Rücklauf von 15,3% ( $(443 \cdot 100) / (2.975 - 72)$ ). Der insgesamt geringe Rücklauf erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass in der Nettostichprobe bestimmte Teilgruppen nicht proportional zu ihrem Anteil an der Grundgesamtheit vertreten sind (*response bias*). Da über die Grundgesamtheit nur wenige Daten vorliegen, konnte diese (höchstwahrscheinliche) Verzerrung nicht nachträglich durch ein Gewichtungungsverfahren abgemindert werden. Dies umso mehr, als etwa jede\*r siebte Teilnehmer\*in an der Befragung *keine* Angabe zum Alter machte. Bei den hier präsentierten

---

<sup>7</sup> Dies vor dem Hintergrund, dass sich die dem ZBFS-System zugrundeliegende Versorgungsmedizinverordnung aus der Kriegsopferversorgung heraus entwickelt hat. Eine Reform der Versorgungsmedizinverordnung – im Sinne einer stärkeren Anlehnung an den ICD - wird zwar seit Jahren diskutiert, ist bisher aber noch nicht zum Abschluss gekommen.

<sup>8</sup> Konkret: Personen, deren Hauptbehinderung *allein* den Kategorien „chronisches Schmerzsyndrom“ (B45), „somatoforme Schmerzstörung“ (B46), „Somatisierungsstörung“ (B47) und/oder „Funktionelle Organbeschwerden“ (B48) zugeordnet wird, blieben ausgeschlossen.

<sup>9</sup> Dies auch vor dem Hintergrund, dass entsprechende Angebote nicht immer nachgefragt bzw. in Anspruch genommen werden. Zumindest machte einer der Autoren in einer größer angelegten empirischen Studie diese Erfahrung (Sagner 2013: Band II, S. 10).



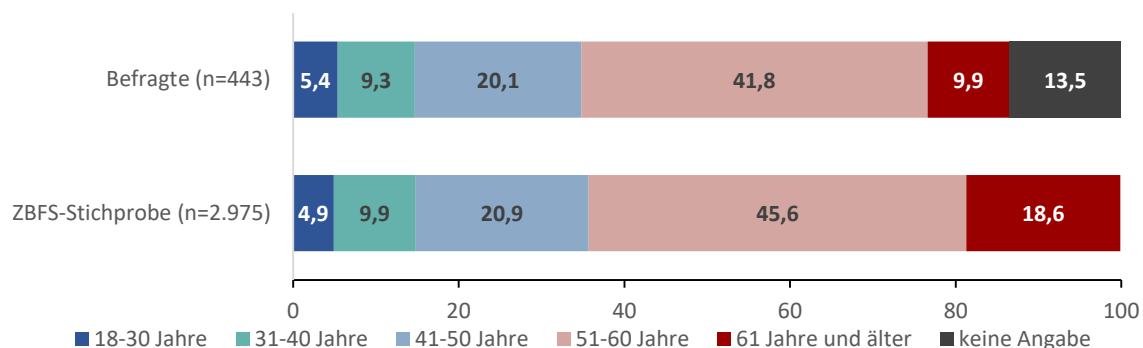
Auswertungsdaten handelt es sich daher um *ungewichtete* Daten. In diesem Sinne beanspruchen die nachfolgenden Analysen keine Repräsentativität für die Gesamtgruppe der beim ZBFS gelisteten seelisch behinderten Personen, geschweige denn für die Gesamtheit der in der Stadt München lebenden (chronisch) psychisch Kranken. Die thematisch gegliederten Auswertungen der ZBFS-Befragung lassen, insoweit sie soziodemographische Merkmale und Erfahrungswerte der Befragten miteinander in Beziehung setzen, gleichwohl Rückschlüsse auf die Lebenswelten von schwerer psychisch beeinträchtigten Personen sowie auf die Herausforderungen zu, denen sie sich in ihrem Alltag gegenübersehen.

Um die Ergebnisse besser einordnen zu können, werden – sofern vergleichbare Fragen vorhanden sind – die Ergebnisse der ZBFS-Befragung zudem mit jener der letzten Bevölkerungsbefragung verglichen. Wenngleich eine Vergleichbarkeit im strikten Sinne aufgrund inhaltlicher und methodischer Aspekte<sup>10</sup> nicht gegeben ist, vermag eine solche In-Beziehung-Setzung - im Fall ausgeprägter Unterschiede – doch die besonderen Lebenslagen psychisch beeinträchtigter Personen gegenüber der Gesamtbevölkerung zu verdeutlichen.

**Struktur der Befragten (Nettostichprobe).** Um die Befragungsergebnisse besser einzuordnen zu können, soll zunächst die Gruppe der Befragten anhand zentraler soziodemographischer Variablen kurz beschrieben werden.

Rund 10% der Befragten sind zwischen 61 und 75 Jahre alt, etwa 40% zwischen 51 und 60 Jahre. Lediglich fünf Prozent sind 30 Jahre und jünger. Sieht man davon ab, dass knapp 14% keine Angabe zu ihrem Alter machten, entspricht die Altersverteilung weitgehend der altersgeschichteten ZBFS-Stichprobe bzw. der dort gelisteten Grundgesamtheit. Dies spricht – trotz des hohen Anteils der Kategorie „keine Angaben“ – durchaus für die Reliabilität der Studie.

**Abbildung 1.1: Alter der Befragten im Vergleich zur Stichprobe (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Im Vergleich zur Stichprobe haben sich etwas mehr Frauen beteiligt (63,0%; Stichprobe: 59,3%). Ein gutes Drittel der Befragten (35,9%) sind Männer (Stichprobe: 40,7%); 1,1% bezeichneten sich als divers. Aufgrund der geringen Fallzahlen sind Auswertungen für die LGBTQI\*<sup>11</sup>-Community leider nicht möglich; dies verbieten auch die datenschutzrechtlichen Regelungen.

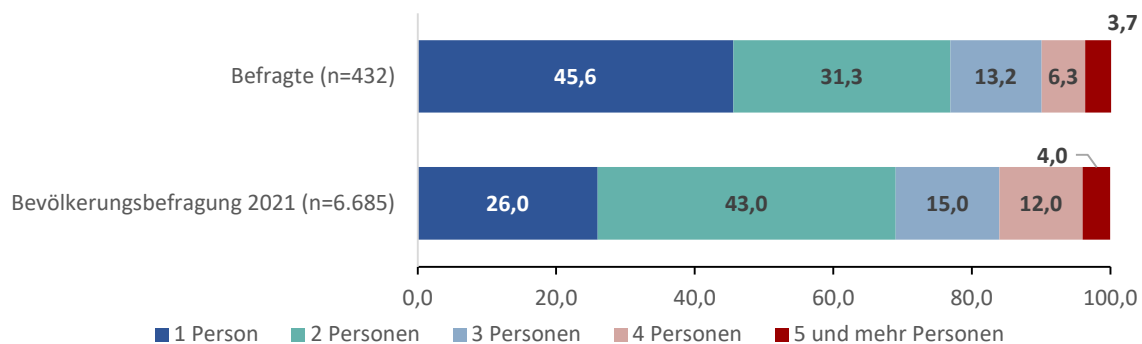
<sup>10</sup> Die Bürgerbefragung endete sich an alle volljährigen Bürger\*innen Münchens, definierte also keine Altersgrenze „nach oben“. Zudem wurden die Befragungsdaten für die Auswertung entlang zentraler soziodemographischer Daten gewichtet.

<sup>11</sup> „LGBTQI\*“ ist eine aus dem englischen Sprachraum übernommene Abkürzung für *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer* und *Intersex*. Mit dem Stern (\*) sollen Menschen mit nicht aufgeführter sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität eingeschlossen werden.

Genau 30% der ZBFS-Befragten haben einen sogenannten Migrationshintergrund;<sup>12</sup> von ihnen verfügt knapp die Hälfte (44,0%) ausschließlich über eine ausländische Staatsbürgerschaft. Rund zehn Prozent der Befragten sind selber migriert (persönliche Migrationserfahrung).

Die durchschnittliche Haushaltsgröße der Teilnehmer\*innen an der Befragung liegt bei 1,9 Personen. Im Vergleich zur Münchner Bevölkerungsbefragung zur Stadtentwicklung 2021<sup>13</sup> liegt der Anteil der in Ein-Personen-Haushalten lebenden Befragten mit 45,6% deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung (26,0%). Umgekehrt verhält es sich bei größeren Haushalten, insbesondere mit Blick auf Zwei-Personen-Haushalte. Dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eher allein leben, ist wenig überraschend und deckt sich mit Erkenntnissen anderer Studien.<sup>14</sup>

**Abbildung 1.2: Haushaltsgröße der Befragten im Vergleich zur Münchner Bevölkerungsbefragung 2021 (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung); Referat für Stadtplanung und Bauordnung (Bevölkerungsbefragung).

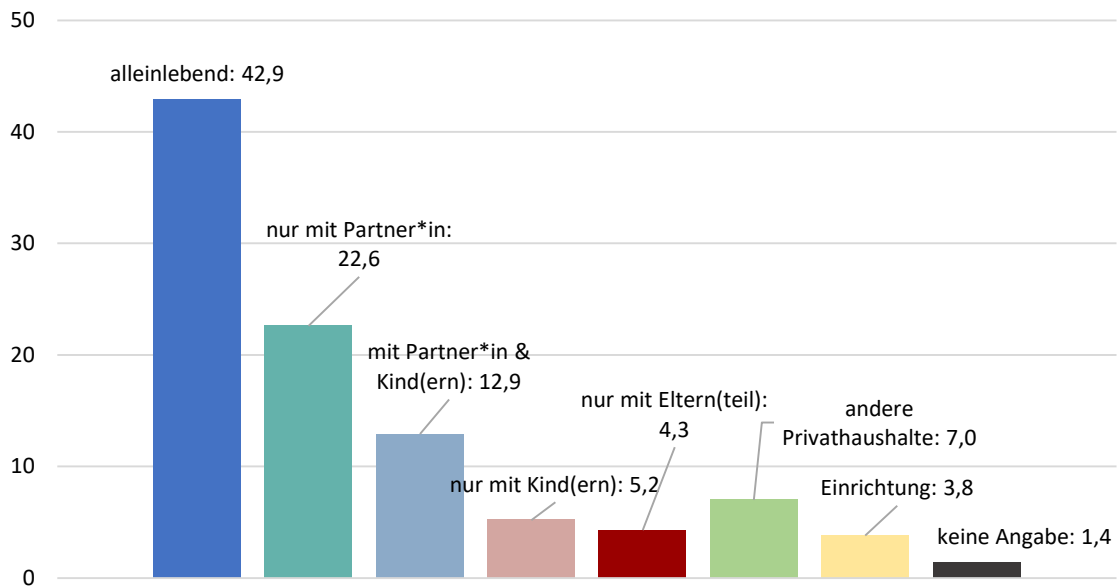
Wenngleich ein Rückschluss auf die Gruppe der in München wohnenden chronisch psychisch Kranken nicht zulässig ist (siehe oben), ist der Haushaltstyp, in den die Befragten eingebunden sind, doch instruktiv:

<sup>12</sup> Der Migrationshintergrund wurde mittels Fragen zur Staatsbürgerschaft sowie der eigenen bzw. elterlichen Zuwanderungsgeschichte erfasst (Fragen F52 und F53; siehe den Fragebogen im Anhang)

<sup>13</sup> Landeshauptstadt München (Referat für Stadtplanung und Bauordnung) (2022). Der Bericht steht unter [www.muenche.de zum Download zur Verfügung \(https://stadt.muenchen.de/dam/jcr:34a8449c-8255-4006-a836-103004887d42/LHM\\_Bevölkerungsbefragung\\_Web\\_2021.pdf\)](https://stadt.muenchen.de/dam/jcr:34a8449c-8255-4006-a836-103004887d42/LHM_Bevölkerungsbefragung_Web_2021.pdf)

<sup>14</sup> Daum (2018: 55-57).

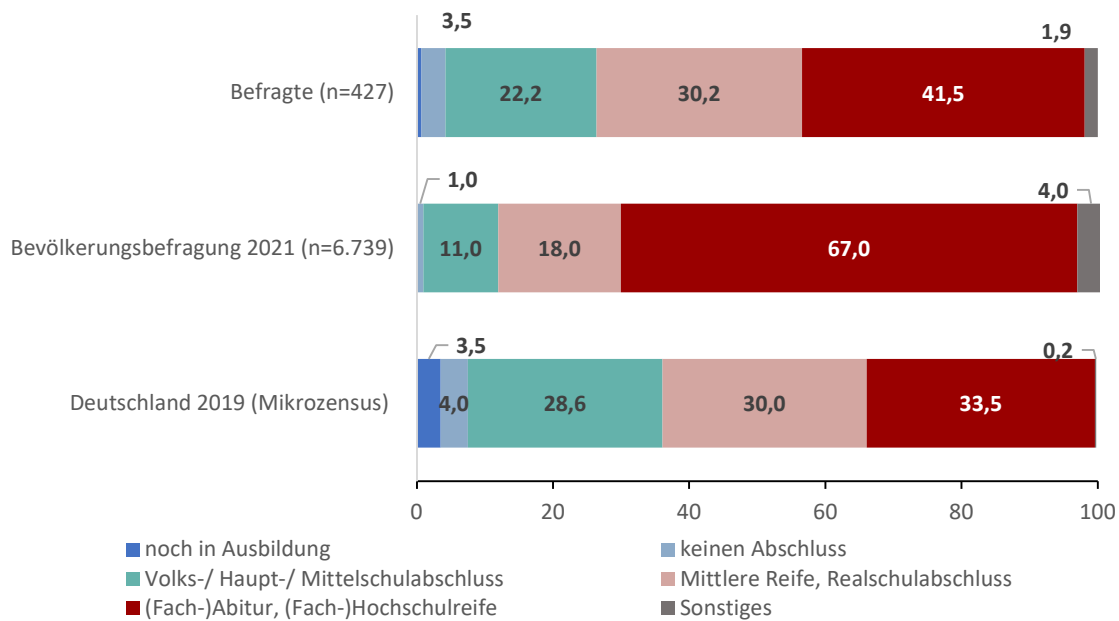
**Abbildung 1.3: Haushaltstyp der Befragten** (in Prozent; n=443)



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

**Bildungshintergrund.** Unter den ZBFS-Befragten hat etwa jede\*r Vierte Abitur, ein knappes Drittel die Mittlere Reife und ein knappes Viertel einen Haupt- bzw. Mittelschulabschluss. 3,5% haben keinen Abschluss. Im Vergleich zur Münchner Bevölkerungsbefragung 2021 ergibt sich eine deutliche Abweichung „nach unten“. Nimmt man allerdings die Ergebnisse des letzten Mikrozensus der Bundesrepublik Deutschland in den Blick, zeigt sich eine durchaus ähnliche Verteilung – besonders wenn man bedenkt, dass sich der Mikrozensus auf die Bevölkerung über 14 Jahre bezieht.

**Abbildung 1.4: Höchster Schulabschluss der Befragten im Vergleich zur Münchner Bevölkerungsbefragung und zum bundesdeutschen Mikrozensus (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung); Referat für Stadtplanung und Bauordnung (Bevölkerungsbefragung); Destatis (Mikrozensus 2019: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Tabellen/bildungsabschluss.html?nn=209544>).

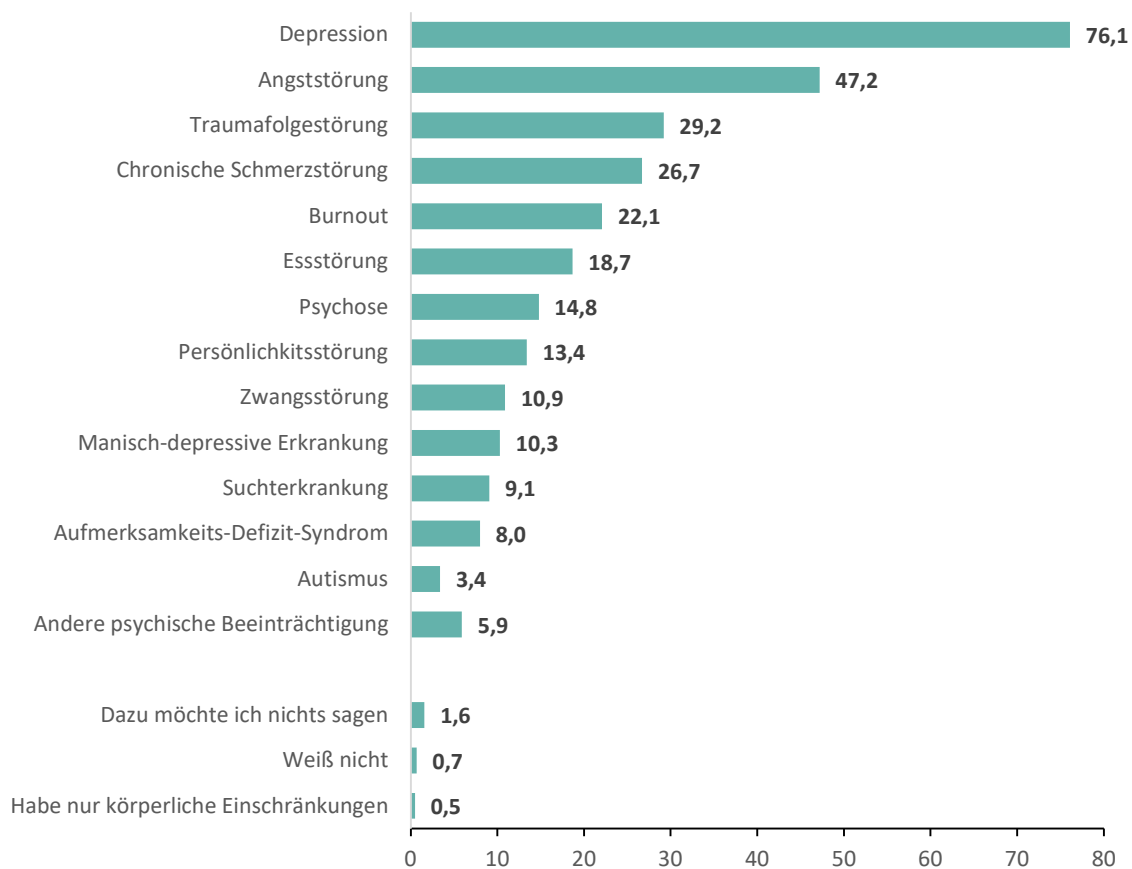
**Diagnosen.** Nach ihren Diagnosen befragt, machten die Befragungsteilnehmer\*innen im Durchschnitt drei Angaben. Selbst wenn es sich hierbei um diagnostische Selbstzuschreibungen und nicht um ärztlich-psychiatrische Diagnosen handelt, spiegeln sich hier doch Probleme des alten Systems der Kategorisierung psychischer Störungen mit seinen geordneten „Diagnoseschubladen“ wider: Jüngere Forschungsarbeiten deuten mehr und mehr darauf hin, dass „psychische Störungen ineinandergreifen und es keine harten Trennlinien gibt.“<sup>15</sup> Unabhängig davon wird deutlich, dass Auswertungen nach Einzeldiagnosen im vorliegende Fall nur bedingt aussagekräftig sind bzw. sein können.

Am häufigsten wurden von den Befragten die Diagnosen „Depression“ (76,1%) und Angststörungen (47,2%) genannt, gefolgt von der Traumafolgestörung, chronischen Schmerzstörung und Burnout. Das deutliche Übergewicht der Selbstzuschreibung „Depression“ überrascht, wenngleich letztere *nach* Angststörungen auch in wissenschaftlicher Hinsicht die häufigste psychische Erkrankung darstellt.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Heinz, Müller und Rosenthal (2016: 2). Sie auch Kap. 2.1.

<sup>16</sup> DGPPN (2023: 2). Siehe auch Kap. 2.1.2.

**Abbildung 1.5: Psychiatrische (Selbst-)Diagnosen der Befragten (in Prozent; n=439)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

### 1.2.2 Online-Befragung

Für die offene Online-Befragung wurde ein internetbasierter Fragebogen mit insgesamt 34 Fragen entwickelt. An der Befragung konnte jede Person teilnehmen, die Kenntnis des Befragungslinks hatte. Anzugeben war allerdings die Perspektive, aus der man die Fragen beantwortete (als direkt betroffene Person, als Angehörige\*r, als Fachkraft oder als interessierte\*r Bürger\*in). Je nach Rolle kamen teilweise andere Fragen zum Tragen. Da mit der ZBFS-Befragung (siehe Kap. 1.2.1) bereits statistisch relevante Daten vorlagen, wurde in der Online-Befragung der Fokus auf offene Fragen gelegt. Es sollte bewusst auf eine Beeinflussung der Befragten durch Vorgabe von Antwortkategorien verzichtet werden bzw. es sollte den Teilnehmenden die Möglichkeit gegeben werden, ihre Erfahrungen und Sichtweisen in ihren eigenen Worten schildern zu können. Betrachtet man die offenen Fragen, die sich an alle Befragten richteten, nutzten zwischen 20% und 50% der Antwortenden diese Möglichkeit.

Sicherlich sind die Ergebnisse für die einzelnen „Gruppen“ (Betroffene, Angehörige, Fachkräfte, Bürger\*innen) nicht repräsentativ oder verallgemeinerbar. Der Vorteil einer offen zugänglichen Online-Umfrage liegt aber darin, dass sich in kurzer Zeit auf ökonomische Weise große Stichproben und „dichtere“ Einblicke in ausgewählte Sachverhalte erzielen lassen. Dies ist ohne Zweifel gelungen, beteiligten sich an der Befragung, die über einen breiten Verteiler<sup>17</sup> sowie über soziale Medien (Facebook, Instagram) mit Kurzvideos der Gesundheitsreferentin und zweier Co-Forscher\*innen

<sup>17</sup> Zu nennen sind hier insbesondere: die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) München, der Behindertenbeirat der Landeshauptstadt München, Selbstvertretungsorgane (MüPE e.V., MASH e.V. ApK München e.V.), der Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München sowie das Selbsthilfezentrum München.



(siehe Kap. 1.3)<sup>18</sup> beworben wurde, doch 1.666 Personen. Aktuell oder ehemals Betroffene (n=598) und Fachkräfte (n=514) machten dabei jeweils etwa ein Drittel aus. Als Angehörige oder interessierte Bürger\*innen antworteten jeweils zwischen 200 – 250 Personen. Nachfolgende Tabelle schlüsselt die Teilnehmenden auf:

**Tabelle 1.1: Teilnehmer\*innen an der Online-Befragung nach ihrer Rolle** (absolut und in Prozent)

<b>Insgesamt, davon</b>	<b>1.666</b>	<b>100,0%</b>
<b>Psychisch beeinträchtigte Personen, davon</b>	<b>598</b>	<b>35,9</b>
aktuell betroffen	508	
früher betroffen	90	
<b>Angehörige, davon</b>	<b>204</b>	<b>12,2</b>
Elternteil (auch im Stief-/Schwiegerverhältnis)	64	
Partner*in	47	
Tochter bzw. Sohn (auch im Stief-/Schwiegerverhältnis)	37	
Geschwister	31	
Andere	20	
keine Angabe	5	
<b>Fachkräfte, davon (Mehrfachantworten möglich)</b>	<b>514</b>	<b>30,9</b>
Soziale Fachkraft	152	
(Sozial-)Psychiatrische Fachkraft	136	
Gesetzlich*e Betreuer*in	37	
Psychotherapeut*in bzw. Arzt / Ärztin	2	
Anderes (Schule, Kindertagesstätten, Beratungsstellen etc.)	167	
Keine Angabe	52	
<b>Interessierte Bürger*innen</b>	<b>242</b>	<b>14,5</b>
<b>Dazu möchte ich nichts sagen</b>	<b>59</b>	<b>3,5</b>

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

Um die Aussagekraft der Antworten der aktuell Betroffenen, die im Mittelpunkt der Studie stehen, besser einschätzen zu können, seien diese noch anhand zentraler soziodemographischer Merkmale beschrieben:

<sup>18</sup> Die Videos der Co-Forscher\*innen können abgerufen unter: <https://www.facebook.com/gsrmenchen/videos/zusammen-mit-betroffenen-und-dem-institut-sim-sozialplanung-und-quartiersentwick/5583316671756327> (letzter Abruf: 24.06.2023).

**Tabelle 1.2: Soziodemographische Merkmale der aktuell betroffenen Teilnehmer\*innen an der Online-Befragung (absolut und in Prozent)**

Insgesamt, davon	508	100,0%
<b>Geschlecht</b>		
Männer	109	21,5
Frauen	328	64,6
divers	13	2,6
keine Angabe (Antwortkategorie)	11	2,2
keine Angabe	47	9,1
<b>Alter</b>		
bis 17 Jahre	2	0,4
18 bis 29 Jahre	84	16,5
30 bis 49 Jahre	247	48,6
50 bis 64 Jahre	115	22,6
65 bis 74 Jahre	13	2,6
75 Jahre und älter	---	---
keine Angabe	47	9,3
<b>Migrationshintergrund<sup>19</sup></b>		
Ja	71	14,0
Nein	388	76,4
Keine Angabe	49	9,6

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

Im Vergleich zur ZBFS-Befragung wurden im Rahmen der Online-Befragung jüngere Altersgruppen damit deutlich stärker erfasst. Dass der Anteil der Betroffenen mit Migrationshintergrund hingegen geringer ausfällt, dürfte in dem Sachverhalt begründet liegen, dass die Bewerbung der Online-Befragung zu einem großen Teil über (sozial-)psychiatrische bzw. soziale Dienstleister\*innen erfolgte. Erfahrungsgemäß sind Migrant\*innen aber geringer im Versorgungssystem vertreten.

Mit Blick auf die Diagnosen ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei der ZBFS-Befragung: An erster Stelle finden sich wiederum Depression (80,5%), Angststörungen (40,3%), Traumafolgestörungen (28,2%) und Burnout (22,9%). Allerdings wurden signifikant weniger Personen mit einer diagnostizierten Psychose (4,6% statt 14,8% in der ZBFS-Befragung) und/oder manisch-depressiven Erkrankungen (4,4% statt 10,3%) erreicht. Im Durchschnitt gaben die aktuell Betroffenen 2,6 Diagnosen an.

### 1.2.3 Qualitative Methoden

**Leitfadeninterviews.** Zwischen Juni 2022 und Februar 2023 wurden insgesamt 70 Leitfadeninterviews geführt. Sofern die Personen ihr Einverständnis gaben, wurden die Gespräche aufgezeichnet, transkribiert und danach inhaltsanalytisch ausgewertet. Sofern kein Einverständnis gegeben wurde, wurden stichwortartige Feldnotizen angefertigt, die im unmittelbaren Nachgang ausformuliert wurden. Die Interviews lassen sich ihrer Zielsetzung nach in drei Gruppen aufgliedern:

- Gespräche mit unmittelbar Betroffenen (n=30).<sup>20</sup> Obwohl Selbstvertretungsorganisationen wie die MüPE e.V., die ApK e.V., MASH e.V. und eine Reihe von einschlägigen Dienstleister\*innen für eine Beteiligung an der Studie warben, erwies sich die Gewinnung anfänglich als schwierig. Bei etlichen Kontaktgesprächen im Vorfeld waren Misstrauen

<sup>19</sup> Der Migrationshintergrund wurde mittels Fragen zur Staatsbürgerschaft sowie der eigenen bzw. elterlichen Zuwanderungsgeschichte erfasst (Fragen F52 und F53; siehe den Fragebogen im Anhang).

<sup>20</sup> Im Rahmen der 30 Interviews wurden insgesamt 36 Personen befragt.

bezüglich der Zielsetzung der Studie, Resignation („Das bringt ja eh nichts“) aber auch die Angst zu spüren, sich im Rahmen eines Gesprächs gegenüber einer fremden Person outen zu müssen. Um letzterem zu begegnen, wurde daher stets die Möglichkeit eines anonymen Telefoninterviews eröffnet; fünf Personen machten hiervon auch Gebrauch. Generell wurden vor jedem Interview noch einmal Ziel und Fragestellung der Studie ausführlich dargelegt und erklärt, wie die Aussagen und Informationen verwendet würden. Die Interviewer\*innen stellten klar, dass die Gesprächspartner\*innen das Gespräch jederzeit von sich aus abbrechen bzw. die Verwendung ihrer Daten untersagen könnten. Die meisten Gesprächspartner\*innen (n=23) erklärten sich zu einem persönlichen Zweier-Gespräch bereit, sei es in der eigenen Häuslichkeit (n=16), im Büro des Auftragnehmers (n=4) oder sei es an einem neutralen Ort (z.B. Café, Botanischer Garten | n=3). Fast alle Gespräche zeichneten sich durch eine sehr große Offenheit gegenüber den jeweils Interviewenden aus. Bei der Gewinnung wurde versucht, der Heterogenität der Zielgruppe gerecht zu werden. Neben dem Alter spielte hier vor allem die Diagnose sowie die Querschnittsthemen Migration, Gender bzw. LGBTQI\* eine Rolle. Konkret wurde versucht, für die Interviews auch jüngere Erwachsene (18-35 Jahre) sowie Menschen mit Psychosen bzw. Schizophrenie zu gewinnen. Ersteres, weil die ZBFS-Befragung einen *Bias* zugunsten der höheren Altersgruppen hatte (siehe Kap. 1.2.1). Letzteres, weil Personen mit entsprechenden Diagnosen gemeinhin als schwerer beeinträchtigt gelten. Dies gelang: Sechzehn Interviewpartner\*innen berichteten von psychiatrischen Diagnosen aus dem Bereich der Schizophrenie (F20-29); fast ein Drittel (n=9) war jünger als 35 Jahre. Der Zugang zur LGBTQI\*-Community erwies sich am schwierigsten, konnte schließlich aber über die Münchner Aids-Hilfe doch noch realisiert werden (n=4). Von den 30 Gesprächspartner\*innen berichteten fast alle (n=27) von *mindestens* einem mehrmonatigen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik *und* einer mehrjährigen, zumeist jahrzehntelangen Krankheitsgeschichte.<sup>21</sup>

Der Fokus lag bei den Interviews weniger auf der Erfassung der generellen Lebensgestaltungen aus der subjektiven Sicht Betroffener und ihres Vergleichs (narrative Interviews | freie biografische Erzählungen), sondern auf der Erfassung bestimmter, vorgängig definierter Themenfelder (problemzentrierte Interviews), wie z.B. um die Frage des begrifflichen Eigenverständnisses der psychischen Erkrankung, der subjektiven Sichtweise auf die psychische Erkrankung oder den persönlichen Erfahrungen mit dem Behandlungs- und Unterstützungssystem sowie der Frage nach Diskriminierungserfahrungen und Alltagsbarrieren in den einzelnen von der Studie abgedeckten Lebensbereichen.<sup>22</sup> Auf eine vergleichende Analyse der Erfahrungswelten und Deutungsmuster wurde vor dem Hintergrund der übergeordneten Fragestellung (Aufdecken von Barrieren; Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen) verzichtet.

- Leitfadenterviews mit Fachkräften (n=36). Die Auswahl der Interviewpartner\*innen erfolgte im Studienteam (siehe Kap. 1.3) und in enger Abstimmung mit der Auftraggeberin. Auch hier erwies sich die Rekrutierung der Gesprächspartner\*innen mitunter als schwierig, nicht zuletzt bei städtischen Akteur\*innen. Die teilweise immense Personalbelastung, die durch Corona noch verstärkt wurde, spielte hierbei sicherlich eine Rolle. Entscheidender dürfte jedoch der Umstand gewesen sein, dass die Gruppe der psychisch erkrankten Menschen bei vielen Akteur\*innen bislang entweder noch keine wesentliche Rolle gespielt

---

<sup>21</sup> Beim Sampling wurde pragmatisch verfahren. Die Auswahl erfolgte gemäß der definierten Einschlusskriterien und der angestrebten Stichprobengröße (n=30).

<sup>22</sup> Ergänzend sei erwähnt, dass keine Transkripte der Gespräche angefertigt wurden. Sei es, weil Gesprächspartner\*innen eine digitale Aufzeichnung ausdrücklich ablehnten (n=12), sei es, weil der zeitliche Aufwand vor dem Hintergrund der beschränkten Forschungskapazitäten als zu hoch erschien. Die Gesprächsnotizen (falls möglich ergänzt um Transkriptionen einzelner Passagen) wurden anschließend „offen“ codiert, sprich: einzelne Passagen wurden einer Reihe von problemzentrierten „Schlüsselkategorien“ zugeordnet, die bereits im Vorfeld entwickelt oder sich im Zuge der Auswertung ergaben. Dabei konnte einzelne Passagen durchaus mehrere Themenbereiche zugeordnet werden. Dies erfolgte ohne Heranziehung eines einschlägigen Computer-Auswertungsprogramms. Bei der Codierung standen die im Vorfeld definierten Themenfelder im Vordergrund.

hatte oder man sich mit ihr noch nicht bewusst beschäftigt hatte und daher Unsicherheit bestand, ob man zu der Studie überhaupt etwas beitragen könnte. Sofern zeitlich realisierbar, wurden die Fachkräfteinterviews im Tandem mit einem/einer Co-Forscher\*in durchgeführt (n=16).

- Gespräche mit Angehörigen (n=4). Insofern die Teilhabe von Menschen mit (seelischen) Behinderungen auch über deren Angehörige nachhaltig beeinflusst wird bzw. werden kann, wurde auch das Gespräch mit Angehörigen gesucht. Hier erwies sich vor allem die ApK München e.V. als sehr unterstützend.

Da allen Gesprächspartner\*innen Anonymität zugesichert wurde, werden im Bericht zitierte bzw. nachträglich rekonstruierte Interviewpassagen weder Institutionen noch Personen zugeordnet. Um Rückschlüsse unmöglich zu machen, wurde auch auf eine im Text kenntlich gemachte „Durchnummerierung“ der einzelnen Interviews verzichtet.

**Sozialraumbegehung.** Im Mai 2023 wurde eine „Sozialraumerkundung“ (Begehung) mit Co-Forschenden durchgeführt, um eine subjektiv-qualitative Sichtweise eines Sozialraums als Ertrag in den Forschungsprozess einzuspeisen. Diese Methode eignet sich besonders, die Charakterisierung eines Raumes und seine Interaktionsdichte zu erfahren<sup>23</sup> (Ausgewählt wurde eine Großveranstaltung im öffentlichen Raum: die Auer Dult).

#### 1.2.4 Sekundärstatistische Daten

Im Mittelpunkt der sekundärstatistischen Analyse stehen die Datensätze des Bezirks Oberbayern, der für die regionale Versorgung psychisch erkrankter Menschen zuständig ist, die Daten des Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) sowie die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Ergänzend werden Daten der Rentenversicherungsträger zur Frühverrentung einbezogen. Da diese Daten an anderer Stelle ausführlich dargestellt werden,<sup>24</sup> kann hier auf eine weitergehende Erörterung verzichtet werden. Das Studienteam möchte an dieser Stelle aber den genannten Institutionen ausdrücklich für ihre Unterstützung danken, zumal sich manche der Sonderauswertungen als äußerst zeitintensiv für die Datenhalter herausstellten.

### 1.3 Der Co-Forschungsprozess

#### 1.3.1 Der partizipative Ansatz

Menschen mit Behinderungen<sup>25</sup> sind in aller Regel nur vereinzelt am Forschungsgeschehen zum Themenkreis „Behinderungen“ aktiv beteiligt. Es wird entweder *über* behinderte Menschen geforscht oder Fachexpert\*innen geben indirekt Auskunft über behinderte Menschen. Dabei gilt seitdem berühmten „Nichts über uns ohne uns“ aus den Anfängen der Behindertenrechtsaktivist\*innen in den 1990ern und spätestens seit dem Hype um Citizen Science<sup>26</sup>, dass (Forschungs-)Lai\*innen einen großen Beitrag zum Aufzeigen und Verstehen komplexer Forschungsfragen leisten können: „Und geht die Forschungstätigkeit über die reine Datensammlung (Crowdsourcing) hinaus, indem der Forschungsprozess aktiv mitgestaltet wird, werden nicht nur die Probleme deutlicher sichtbar,

---

<sup>23</sup> Früchtel, Budde und Cyprian (2007).

<sup>24</sup> Siehe vor allem Kap. 2.1.2, 2.1.3 sowie 4.1.4.

<sup>25</sup> Zur Begrifflichkeit siehe Kap. 2.3

<sup>26</sup> Bisher existiert keine international einheitliche Definition von Citizen Science, aber „Citizen Science umfasst die aktive Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern in verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses (...). Die Beteiligung reicht von der Generierung von Fragestellungen, der Entwicklung eines Forschungsprojekts über Datenerhebung und wissenschaftliche Auswertung bis hin zur Kommunikation der Forschungsergebnisse. Dabei kann sich die Zusammenarbeit zwischen Forschungseinrichtungen und institutionell ungebundenen Personen sehr unterschiedlich gestalten, von völlig eigeninitiierten „freien“ Projekten (...) bis hin zur Anleitung durch wissenschaftliche Einrichtungen. Gemeinsames Ziel aller Citizen-Science-Projekte ist das Schaffen neuen Wissens. Hierbei wird an Forschungsfragen gearbeitet, deren Beantwortung einen Erkenntnisgewinn für die Wissenschaft sowie oft auch für Praxis und Politik mit sich bringt.“ (Bonn et al. 2016: 13).

sondern im besten Fall auch die Lösungen [...] Auf Ebene der Forschenden kann eine gelungene Einbindung von Bürger\*innen dafür sorgen, die Datensätze enorm zu steigern, differenzierte Ergebnisse zu erhalten und neue Perspektiven zu gewinnen.“<sup>27</sup>

Genau um diese aktive Einbindung bei der Lösungssuche geht es in der dieser Studie zugrundeliegenden Maßnahme des 2. Aktionsplanes der Landeshauptstadt München zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention<sup>28</sup>: „In Zusammenarbeit mit Betroffenen und Fachkräften werden die benötigten Informationen gesammelt und ausgewertet. Menschen mit seelischen Behinderungen werden in allen Phasen des Prozesses aktiv beteiligt und damit gestärkt.“<sup>29</sup> Daher wurde bereits bei der Formulierung des Studiendesigns für den Stadtratsantrag durch das Gesundheitsreferat auf die Expertise von Betroffenen zurückgegriffen und frühzeitig bei Ausschreibung und Auswahl des zu beauftragenden Forschungsinstituts einbezogen.

Ausschreibung und Konzept orientierten sich am Stufenmodell der Partizipation nach Wright et al.<sup>30</sup> In einer Typologie zur Beteiligung (Partizipation) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) ließe sich die Studie in die Kategorie „Partizipation *in* der Forschung“ einordnen, mit der Zielsetzung, durch „Mitmachen (Co-Produktion/Kooperation)“ so genanntes „Bürgerwissen zu nutzen (Crowdsourcing)“. Diese „partizipativen Forschungsprojekte“ werden in neuerer Zeit schließlich unter dem Begriff der „Transdisziplinären Forschung“<sup>31</sup> zusammengefasst. Partizipative Projekte sind nach diesem Verständnis solche, die ein freiwilliges und aktives Engagement verschiedener Akteur\*innen der Gesellschaft in der Forschung beinhalten.<sup>32</sup> Anders als beispielweise in Großbritannien, partizipieren in Deutschland Betroffene aus dem Gesundheitsbereich – im Wesentlichen Patient\*innen – bisher nur in wenigen Fällen aktiv in bzw. an Forschungsvorhaben.<sup>33</sup> Dies soll aber nicht verdecken, dass die partizipative sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung in den letzten Jahre große Fortschritte verzeichnen konnte.<sup>34</sup>

---

<sup>27</sup> Jungblut 04.06.19: Absatz 5.

<sup>28</sup> Siehe: <https://muenchen-wird-inklusiv.de/aktionsplan/> [letzter Abruf: 13.11.2022].

<sup>29</sup> Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2019: 26).

<sup>30</sup> Wright, von Unger und Block (2010).

<sup>31</sup> BMBF (2016: 7).

<sup>32</sup> Vgl. Eimer (2022).

<sup>33</sup> Das Prinzip der öffentlichen und patient\*innenbezogenen Beteiligung (Public and Patient Involvement, kurz PPI) besagt, dass öffentliche Stellen, Organisationen und Unternehmen die Bevölkerung in die Entwicklung von Gesundheits- und Sozialpolitik einbeziehen müssen. Das bedeutet, dass alle Akteur\*innen, einschließlich Patient\*innen, Ärzt\*innen, Krankenpflegepersonal, Behörden, Interessenvertreter\*innen und andere, sich an der Entwicklung von Richtlinien, Strategien und Diensten beteiligen müssen. Dies soll sicherstellen, dass die in der Gesundheits- und Sozialpolitik getroffenen Entscheidungen für die Öffentlichkeit relevant und zugänglich sind. In Deutschland sind vergleichbare Ansätze freiwillig (z.B. durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG oder an eine EU-Förderung gekoppelt (z.B. GAMBA-Projekt).

<sup>34</sup> Hier können etwa genannt werden: Hartung, Wihofszky und Wright (2020); ICPHR (2020); Unger (2014); van der Donk, van Lanen und Wright (2014); Wright (2013).



**Abbildung 1.6: Transdisziplinäre Forschung**



Quelle: Wessels (o.J.)

Die Erstellung der vorliegenden Studie war daher auch kein rein akademisches Unterfangen, sondern ein Gemeinschaftsprojekt mit nichtwissenschaftlichen gesellschaftlichen Akteur\*innen,<sup>35</sup> in dem sich die Perspektiven von Wissenschaftler\*innen und Betroffenen ergänzten (s. Abb. 1.6). Im Wesentlichen zeichnet sich die Studie durch folgende Eckpunkte aus:

- spezifische Fragestellung
- Orientierung an lebensweltlichem, gesellschaftlich relevantem Thema
- mit Betroffenen als Partner\*innen statt als Objekte der Forschung
- starker Fokus auf das Eigenverständnis und Erfahrungswissen
- Erarbeitung von problemorientiertem Handlungswissen
- Empowerment im Prozess

Abgerundet beziehungsweise abgesichert wurde der Co-Forschungsprozess durch einen Studienbeirat, der sich aus Vertreter\*innen stationärer und ambulanter Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen sowie Fachstellen der Landeshauptstadt München zusammensetzte. Ebenso wurden die Querschnittsstellen (Migration, Behinderung, Frauen, LGBTIQ\*) der Landeshauptstadt München eng in den Prozess eingebunden.

Das gewählte Vorgehen ist weniger als definierte Methode, sondern eher als „Forschungsstil“<sup>36</sup> bzw. Methodologie anzusehen, welches stark auf die Einbeziehung der Co-Forscher\*innen in den Erkenntnisprozess setzt.<sup>37</sup>

### 1.3.2 Das Co-Forschungsteam

Die Co-Forscher\*innen wurden primär über das EX-IN-Netzwerk<sup>38</sup> geworben. Damit sollte sichergestellt werden, dass die im Rahmen der vorliegenden Studie eingesetzten Co-Forscher\*innen bereits über grundlegende Vor-Qualifikationen, Kompetenzen im kommunikativen Bereich sowie über eine gewisse Abstraktionsfähigkeit von den eigenen Krankheitserfahrungen verfügen sollten. Denn: Angesichts der begrenzten finanziellen Mittel und des engen Zeithorizonts war ein (projektbezogenes) Qualifizierungsprogramm vorab nicht möglich. Diese Vorgehensweise hat sich bewährt. Kurze Schulungen fanden jedoch zu datenschutzrechtlichen Regularien und zum Einsatz als Interviewer\*innen statt.

Unter diesen Voraussetzungen konnte kein „repräsentatives“ Team zusammengestellt werden, denn die schließlich „unter Vertrag“ genommenen Co-Forscher\*innen entsprachen einem teilweise

<sup>35</sup> Unger (2014: 2).

<sup>36</sup> Vgl. Bergold und Thomas (2012: Absatz 2).

<sup>37</sup> Vgl. Bergold und Seckinger (2007).

<sup>38</sup> Zu EX-IN siehe Kap. 3.4.3.

homogenen Profil und bilden in keiner Weise die Zusammensetzung der Zielgruppe ab. Von den acht Co-Forschenden waren:

- sieben älter als 50 Jahre
- sechs Akademiker\*innen
- sechs EX-IN-Genesungsbegleiter\*innen
- fünf Frauen, drei Männer
- drei Personen LGBTQI\*
- zwei mit, sechs ohne Migrationshintergrund

Die überwiegende Zahl der Co-Forschenden arbeitet aktuell im Themenfeld „psychische Erkrankungen“: dazu gehören beispielsweise verschiedene Selbstvertretungsorgane, Sozialpsychiatrische Dienste oder verwandte Bereiche. Die ursprünglichen Ausbildungen beziehungsweise Berufsfelder reichen von Bauwesen über Unternehmensberatung bis zu Theologie, Psychologie oder Soziologie.

Die beteiligten Betroffenen erhielten für ihre Tätigkeit im Rahmen der Studie eine Aufwandsentschädigung von EUR 15,-/Stunde. Diese Honorierung war der Versuch, die übliche Beteiligungs-Praxis zu durchbrechen, bei der i.d.R. ganz selbstverständlich davon ausgegangen wird, das Betroffene ihre Expertise kostenlos und ehrenamtlich einbringen<sup>39</sup>.

Zum Team gehörten darüber hinaus die beiden Studienleiter des beauftragten Instituts sowie die Vertreterin des Gesundheitsreferats (GSR). Während die Rollen des wissenschaftlichen Instituts und der Vertreterin der Auftraggeberseite das übliche Aufgabenspektrum in solchen Studien abdeckten, umfasste die Mitarbeit der Co-Forscher\*innen – einzeln oder in der Gruppe – im Wesentlichen folgende Aufgaben:

- Beratung in allen Fragen des vorgeschlagenen Studiendesigns
- Etablierung eines kritischen Diskurses in den Sitzungen
- Formulierung von Fragen und Auswertungsansätzen für Befragungen
- Teilnahme an Interviews mit Fachakteur\*innen
- Vermittlung von und Gespräche mit weiteren Betroffenen
- Erfahrungsaustausch untereinander
- Präsentation von (Zwischen-)Ergebnissen in Gremien bzw. auf Tagungen
- Ausarbeitung Priorisierung von Handlungsempfehlungen
- Inhaltliche, redaktionelle (und gestalterische) Tätigkeiten bei der Erstellung des Endberichts

Die Aufgaben wurden in den regelmäßig durchgeführten Teamsitzungen (in Präsenz und pandemiebedingt auch digital) und zu den entsprechenden Anlässen wahrgenommen. Im Verlauf der durch die Pandemie verlängerten Studiendauer sind zwei der acht Co-Forscher\*innen wegen fehlender zeitlicher Ressourcen komplett aus dem Team ausgeschieden sowie eine Person aufgrund von Differenzen im Prozess; zwei Co-Forschende pausierten eine längere Zeit.




---

<sup>39</sup> Unterschätzt wurden die Probleme, die eine solche Honorarzählung für viele der Betroffenen in der Umsetzung beinhaltet: So konnte eine Person wegen ungeklärter Anrechnung dieser Einnahme nicht bei der Studie mitmachen; andere hätten dadurch großen Aufwand beim Finanzamt bzw. mussten eine professionelle Steuerberatung in Anspruch nehmen.

### 1.3.3 Lessons learned

Betrachtet man den Co-Forschungsprozess, der der vorliegenden Studie zugrunde lag, lassen sich die Voraussetzungen für ein Gelingen<sup>40</sup> partizipativer Prozesse anhand von untenstehenden Kriterien überprüfen und auch bewerten:

#### Abbildung 1.7: Gelingensfaktoren des partizipativen Co-Forschungs-Prozesses

- umfängliche methodische Vorbereitung & Schulung aller Beteiligten 
- gemeinsame Arbeitsplanung & transparenter Forschungsprozess
- gleichberechtigte Rollenaufteilung im Forschungsprozess  
(Priorisierung, Mitentscheidung, (Mit-)Durchführung, Diskussion der Analyse/Auswertung) 
- lösungsorientierte Maßnahmenentwicklung von innen
- gegenseitiger Respekt und Wertschätzung
- Anerkennen unterschiedlicher Kompetenzen und Fähigkeit
- Jeder/Jede ist Expert\*in für seine/ihre eigene Lebenssituation
- Kommunikation auf Augenhöhe (symmetrische Kommunikation)
- gemeinsame Bedarfserhebung/Bedarfsanalyse 

Quelle: eigene Darstellung (nach Altgeld 2019)

**Zur Durchführung und Umsetzung.** Im Einzelnen lässt sich dazu anmerken:

- **[Vorbereitung und Schulung].** Eine umfängliche Vorbereitung und Schulung aller Beteiligten auf fachlicher Ebene war aus Ressourcengründen von vornherein nicht vorgesehen. Dieser Nachteil wurde in Teilen durch die akademischen bzw. EX-IN-Ausbildungen der Mehrheit der Co-Forschenden gemildert, wenn auch nicht vollständig ausgeglichen.
- **[Gemeinsame Arbeitsplanung & transparenter Forschungsprozess].** Eine gemeinsame Arbeitsplanung war aufgrund des Forschungsdesigns nur in einzelnen Fällen möglich. Die grundlegenden Bausteine waren durch den genau umrissenen Stadtratsauftrag sowie die Vorgaben des Vergabeverfahrens vorgegeben. Teilschritte, Termine und Schwerpunktsetzungen konnten aber stets hinterfragt und gegebenenfalls angepasst werden. Dennoch erschien vielen Co-Forschenden der Arbeitsplan – vor allem zu Beginn – als zu „grob“, so dass Unklarheiten über Prozessschritte und persönlichen Studienaufwand entstanden. Eine quantitativ gleiche Aufteilung der Arbeit oder gar qualitative Bewertung der persönlichen Beiträge war zu keinem Zeitpunkt vorgesehen. Kritisiert wurde von Teilnehmenden die mangelnde Transparenz über den gesamten Fortgang des Prozesses. So war beispielsweise nach längeren Arbeitspausen (z.B. pandemiebedingt oder aufgrund der Forschungslogik) nicht immer klar, welche Schritte wann anstehen. Auch konnte keine gemeinsame Arbeitsplattform gefunden werden, die für alle Beteiligten gleichermaßen bedien- und nutzbar war (z.B. Online-Padlets, Online-Abfragen, Email oder Papierform). Die im Verlauf abnehmende Motivation wurde u.a. durch eine unregelmäßige Kommunikation sowie den zwischenzeitlichen Umstieg auf Online-Treffen begründet.
- **[Gleichberechtigte Rollenaufteilung im Forschungsprozess. (Priorisierung, Mitentscheidung, (Mit-)Durchführung, Diskussion der Analyse/Auswertung)].** Eine gleichberechtigte Rollenaufteilung war allein schon wegen der unterschiedlichen Vorkenntnisse, aber auch aufgrund der unterschiedlichen Verantwortungsgrade der einzelnen Rollen (Auftraggeberin, Auftragnehmer, Co-Forscher\*innen) nicht möglich. Ohne entsprechende forschungspraktische Vorbereitung (s.o.) war eine durchgehende Forscher\*innen-Rolle für

<sup>40</sup> Nach Altgeld (2019).

die Co-Forschenden nicht ausfüllbar. Im Wesentlichen wurden die verschiedenen persönlichen Betroffenenperspektiven eingebracht, erweitert um vielfältige institutionelle Erfahrungen. Was jedoch stets eingehalten wurde, war die Möglichkeit, die jeweils eigene Sichtweise bei Entscheidungen, Priorisierungen und Beteiligung an einzelnen Arbeitspaketen einzubringen. Wo immer möglich, konnten im großen Kreis auch Forschungsfragen, ihre Auswertung bzw. Analyse offen diskutiert werden. Die Datenauswertung der Befragungen wurde jedoch ausschließlich durch das beauftragte Institut durchgeführt.

- **[Lösungsorientierte Maßnahmenentwicklung von innen]**. Die aus den verschiedenen Bausteinen der Studie herausgearbeiteten Handlungsansätze (siehe dort) wurden explizit zur Bewertung den Co-Forschenden vorgelegt bzw. kamen zu einem wesentlichen Teil aus ihren Reihen. Sie wurden intern diskutiert und in abgestimmter Form (GSR, Studienbeirat) in den vorliegenden Bericht aufgenommen. Das Ziel war dann auch weniger ein bestimmter Konsens, sondern das Sichtbarmachen und Festhalten von jeweils individuellen Wahrnehmungen und Deutungen.
- **[Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung]**. Voraussetzung und größte Stärke war eine gemeinsame Arbeit auf Augenhöhe. Die individuellen Lebensgeschichten und Erkrankungen waren stets Ressource und nie Gegenstand von Kritik oder Ausgrenzung. Probleme konnten offen angesprochen und in den Forschungsprozess konstruktiv integriert werden. Dies war nur möglich, weil alle Beteiligten – auch das Forschungsinstitut und die Vertreterin der Auftraggeberseite – bereit waren, sich auf der Beziehungsebene einzulassen.
- **[Anerkennen unterschiedlicher Kompetenzen und Fähigkeit]**. Die unterschiedlichen Voraussetzungen, was Studien- oder Forschungserfahrung angeht, konnten fast immer durch entsprechendes Engagement ausgeglichen werden, die individuellen Fähigkeiten und Berufserfahrungen gewinnbringend von allen Beteiligten eingesetzt werden. Die Mitarbeit verlief im Wesentlichen selbstbestimmt und ohne jeden „Druck von oben“.
- **[Jeder/Jede ist Expert\*in für seine/ihre eigene Lebenssituation]**. „Nichts ohne uns über uns“ war oberste Maxime des Co-Forschungsteams, auch und gerade auf personaler Ebene. Jede\*r konnte jederzeit Expert\*in in eigener Sache sein und bleiben, was Voraussetzung für einen gleichberechtigten Umgang im Forschungsteam war. Hier liegt eindeutig die Stärke des gewählten partizipativen Ansatzes, denn keine noch so intensive Recherche zu einer krankheitstypischen Lebenssituation oder Barriere kann die Sichtweise der Betroffenen ersetzen.
- **[Kommunikation auf Augenhöhe (symmetrische Kommunikation)]**. Wo immer möglich wurde „auf Augenhöhe“, d.h. gleichberechtigt kommuniziert. In bestimmten Fällen, die Umfang, Zeitpunkt und wissenschaftliche Tiefe des Auftrages betrafen, ließen sich Asymmetrien nicht ganz vermeiden: Die Auftraggeberseite hatte ebenso bestimmte Vorgaben, wie die Studienleitung entsprechende Verantwortung für einen ordnungsgemäßen Ablauf.
- **[Gemeinsame Bedarfserhebung/Bedarfsanalyse]**. Abgesehen von der im Vorfeld durchgeführten Bedarfsanalysen durch das GSR bzw. die Vorarbeiten im Rahmen des Aktionsplanes, wurden die Bedarfe der befragten Betroffenen und Fachkräfte stets gemeinsam erhoben und – sofern zeitlich von den Co-Forschenden leistbar – im gemeinschaftlichen Diskurs analysiert.

**Fazit.** Als Fazit lässt sich der erstmalig in dieser Form für München durchlaufende partizipative Co-Forschungsprozess aus Sicht aller Beteiligten größtenteils positiv einstufen. Diese Form engagierter Forschung in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit Betroffenen hat enormen Mehrwert, indem lebenspraktische Bedarfe, mögliche Barrieren und entsprechende Lösungsansätze, die in soziale, politische und organisationale Kontexte eingebettet sind, kritisch reflektiert und aktiv beeinflusst werden können.<sup>41</sup> Und dies von Beginn an von Vertreter\*innen der Zielgruppe selbst. Ihre frühzeitige

---

<sup>41</sup> Vgl. von Unger (2014).

und kontinuierliche Beteiligung zeichnet besonders aus, dass der Diskurs immer wieder – wie aus Psychoseminaren bekannt – „... auf eine persönliche, alltagsnahe, praxisrelevante Ebene gebracht wird“.<sup>42</sup>

Anregungen zu Modifikationen gab es im Prozessverlauf immer wieder – von Seiten der Co-Forschenden, aber auch aus dem Studienbeirat. So wäre zu überlegen, ob es für den Beteiligungsprozess nicht zielführender gewesen wäre, die Rollen (noch) deutlicher zu trennen und zum Beispiel eine neutrale Studien-Moderation bzw. -Organisation zu installieren, um einen klareren und effizienteren Ablauf zu gewährleisten.

Verbesserungsbedarfe sind bei Prozessdauer und Forschungstransparenz einer solchen partizipativen Studie zu sehen: Der auch, aber nicht nur, aufgrund der pandemischen Einschränkungen mehr als zwei Jahre währende Prozess ist für den gewählten Ansatz eindeutig zu lang. Hier wurden von den Co-Forschenden erhebliche Ermüdungserscheinungen rückgespiegelt – insbesondere, weil es in bestimmten Phasen forschungslogisch keine Aufgaben von den Co-Forschenden zu erledigen gab. Für mögliche zukünftige Untersuchungen dieser Art sollte ein deutlich kompakteres Arbeitspaket geschnürt sowie eine klarere Zeitplanung kommuniziert werden.

Wie in der nachfolgenden Auflistung (Tabelle 1.3) summarisch abgebildet, war von vornherein auf allen Stufen des Forschungsprozesses zumindest eine Rücksprache mit Vertreter\*innen der Zielgruppe bzw. den Co-Forscher\*innen im Sinne einer *gemeinsamen Abstimmung* wesentlicher Forschungsschritte geplant. Dies gilt auch und gerade für die Interpretation der erhobenen Daten. Bei einzelnen Schritten (z.B. Berichterstellung) wurde den Co-Forscher\*innen aber auch ein weitergehendes Beteiligungsrecht eingeräumt (Stufe 7: teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz). Kurz gesagt ist es Kennzeichen des hier präsentierten Ansatzes, dass im Rahmen der Co-Forschung „Betroffene“ auch bei der Datenerhebung, der Auswertung, der Berichterstellung sowie bei der Vertretung der Ergebnisse nach außen (Präsentation) *mitgestaltend / mitdefinierend* eingebunden wurden. Allerdings ist auch zu konstatieren, dass diese Beteiligung von den Co-Forscherinnen und -Forschern zu Beginn (Wording, Fragebogenkonzeption usw.) als besonders ausgeprägt empfunden wurde, während sie gegen Ende (Berichtserstellung) eher als Austausch unter Berücksichtigung der Einwendungen beurteilt wurde.

---

<sup>42</sup> Hermann (2004: 309).



**Tabelle 1.3: Schematische Darstellung des partizipativen Vorgehens im Forschungsverlauf**

Arbeitsschritt	Rolle SIM	Rolle Co-Forschung	Partizipationsstufe(n)
<b>Datenerhebung</b>			
– ZBFS- Befragung	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Entwicklung Fragen (Vorschlag)</li> <li>* Erstellung eines mit Co-Forschung (und AG*in) abgestimmten Fragenkatalogs</li> <li>* Organisation / Durchführung</li> <li>* Analyse / Auswertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Diskussion / Abstimmung des SIM-Vorschlags</li> <li>* Diskussion der Analyse / Auswertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Einbeziehung / Mitbestimmung</li> </ul>
– Leitfaden-Interviews / Fokus-Gruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Entwicklung Leitfragen (Vorschlag)</li> <li>* (Mit-)Durchführung</li> <li>* Analyse / Auswertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mitentscheidung über Leitfragen</li> <li>* (Mit-)Durchführung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Einbeziehung / Mitbestimmung</li> <li>* Entscheidungskompetenz (Durchführung)</li> </ul>
– Online-Befragung	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Entwicklung Fragen (Vorschlag)</li> <li>* Organisation / Durchführung</li> <li>* Analyse / Auswertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Diskussion des Vorschlags</li> <li>* Diskussion der Analyse / Auswertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Einbeziehung / Mitbestimmung</li> </ul>
<b>Berichterstellung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Erstellung eines Grobentwurfs</li> <li>* Erstellung eines mit Co-Forschung abgestimmten Erst-Entwurfs</li> <li>* Festhalten <i>ggf.</i> abweichender Positionen der Co-Forschung</li> <li>* Einarbeitung der Änderungswünsche der AG / des Studienbeirats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Diskussion / Abstimmung des Grobentwurfs</li> <li>* Inhaltliches Feedback zum Erst-Entwurf</li> <li>* Diskussion der Änderungswünsche der AG / des Studienbeirats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Einbeziehung / Mitbestimmung</li> <li>* Entscheidungskompetenz (Mitautorenschaft)</li> </ul>
<b>Präsentation(en)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Erarbeitung Präsentationen (Entwürfe)</li> <li>* Erstellung von mit Co-Forschung abgestimmten Präsentationen</li> <li>* Durchführung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Diskussion / Abstimmung der Entwürfe</li> <li>* Mitdurchführung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Einbeziehung / Mitbestimmung</li> <li>* Entscheidungskompetenz (mitverantwortliche Durchführung)</li> </ul>

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

#### 1.4 Exkurs: Zur Begrifflichkeit - Wovon reden wir?

Die Alltagsrede über psychische Erkrankungen bzw. über Betroffene besticht durch die Vielfalt der verwendeten Begrifflichkeiten: Neben „psychisch Kranke“ und „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ findet man Begriffe wie „psychisch beeinträchtigt“, „Menschen in (psychischen) Krisen“, „seelisch behindert“, „Menschen mit seelischer Behinderung“, „Personen mit psychischen Störungen“, „Psychiatrie-Erfahrene\*r“ oder auch „ver-rückt“ (im Sinne aus dem psychischen Gleichgewicht Geraten-Sein). Letztendlich ist keiner der Begriffe neutral: Jeder Begriff weckt Assoziationen bzw. trägt Konnotationen, die bei Betroffenen auf Ablehnung stoßen (können). Dies gilt vor allem für den Begriff „Behinderung“, der von der Zielgruppe in aller Regel (aber keineswegs immer, siehe unten) abgelehnt wird. Sei es, weil er statisch ist, sprich: eine Gesundung ausschließt, sei es, weil er verdeckt, dass Menschen gemeinhin durch die Art und Weise, wie die Gesellschaft und das alltägliche Leben organisiert sind, behindert werden (siehe Kap. 2.3). Selbst der Begriff der „psychischen Erkrankung“ stieß in unseren Gesprächen immer wieder auf Kritik, da er auf die Wiederherstellung eines vorherigen Zustands (Gesundheit) verweise und damit das subjektiv erlebte „psychische So-Sein“ als etwas zu Überwindendes, als etwas „Nicht-Normales“ begreife. Personen, die in unseren Gesprächen so argumentierten, wollten damit keineswegs ihre in aller Regel chronifizierten psychisch bedingten Beeinträchtigungen leugnen, sondern diese nur nicht anders gewertet sehen als andere in der „Allgemeinbevölkerung“ verbreitete und dort als normal („nicht-krank“) gelesene Formen funktioneller Beeinträchtigungen. Letztendlich lassen sich für jeden der in der Alltagssprache verwendeten Begriff zustimmende wie ablehnende Positionen finden. Nachfolgende Zusammenstellung aus unseren Interviews gibt einen groben Eindruck von der Vielfalt der vertretenen Standpunkte.

#### Die Sicht Betroffener (Auszüge aus unseren Interviews)

*„Also Behinderung finde ich ...<sup>43</sup> also behindert würde ich streichen. Erkrankung. Oder Mensch mit verletzter Psyche. So eher. Aber nicht behindert. Das ist schon wieder diskriminierend.“*

*„Man ist halt anders. Jeder ist irgendwie anders. Wir auch. Gut, in der Krise ist es heftig. Da geht es mir schlecht, da bin ich krank. Aber sonst? Da bin ich halt wie ich bin. Normal, vielleicht auch anders normal. Aber nicht krank.“*

*„Manche sind wegen einer körperlichen Krankheit behindert, andere wegen einer psychischen Erkrankung. Da braucht man keinen Unterschied machen.“*

*„Ich finde psychisch krank schon schlimm. Ich würde es seelische Belastung bezeichnen. Weil, es ist ja auch belastend. Psychisch krank – da kriegen die Leute gleich Angst, das ist ein Mörder.“*

*„Ich bin, was den Begriff „behindert“ angeht, nicht so empfindlich. Aber ich verstehe es, wenn Andere es sind. Ich sage meistens irgendwie gehandicapt, weil man hat auch im Golf ein Handicap. (...)“<sup>44</sup> Und es kommt auch auf den Kontext an: Gegenüber Profis finde ich das „Psychiatrieerfahren“ wichtig, weil die einem beibringen sollen, Profi für sich selbst zu sein. Also, dass man der beste Profi für sich wird.“*

*„Es ist ja egal, ob man jetzt eine körperliche Erkrankung hat oder eine psychische, es ist halt immer eine Beeinträchtigung. Mit <behindert> kann ich nichts anfangen. Man sagt heute ja eher <Handicap>... ist ja eigentlich auch wurscht. Das ist wie ein Stempel - <Der ist jetzt behindert>. Mein Gott, der hat halt die Erkrankung. Leute, die drei Herzinfarkte hatten, sind auch behindert.“*

*„Ich würde sagen, wenn ich einen Schub habe, dann bin ich behindert. Also im Schub, in der akuten Krankheit. Sonst bin ich halt beeinträchtigt. Ich bin halt nicht 100%ig.“*

<sup>43</sup> Die Notation „...“ verweist auf eine längere Sprechpause.

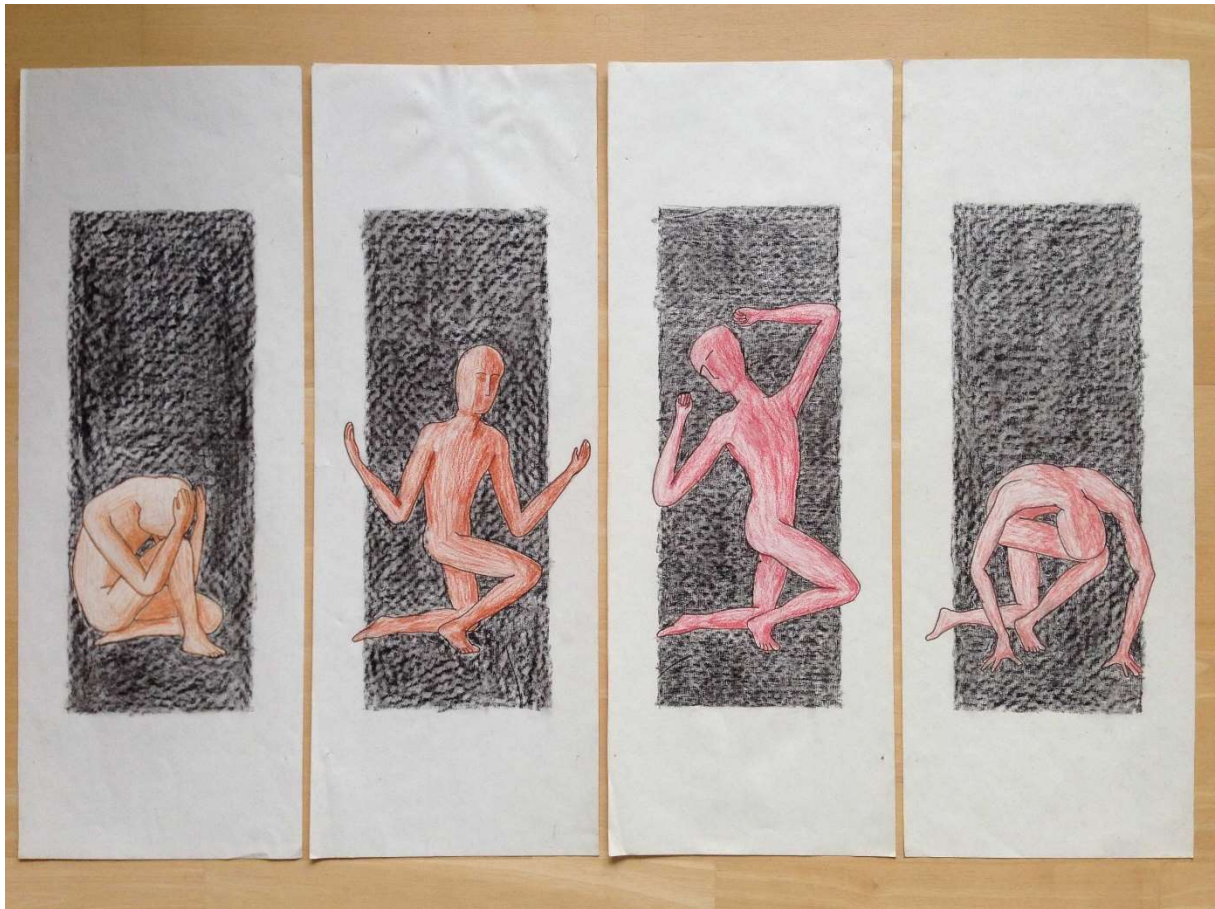
<sup>44</sup> Die Notation „(...)“ gibt an, dass das ein Teil des Interviews nicht wiedergegeben wird.

Die Suche nach einem neutralen Begriff ist daher nicht zielführend. Entscheidend ist, sich bei der Verwendung eines Begriffes seiner jeweiligen Konnotationen bewusst zu sein und – damit zusammenhängend – anzuerkennen, dass die Auseinandersetzung um diese Begrifflichkeiten keine Wortklauberei oder *woke* akademische Debatte darstellt. Nicht nur, weil die Adressat\*innen Begriffe als stigmatisierend erleben (können) – mit allen negativen Folgen. Sondern auch, weil die Begrifflichkeiten, die wir für Menschen mit psychischen Erkrankungen benutzen, sich auch auf unsere Einstellung ihnen gegenüber auswirken (können).<sup>45</sup> Im Rahmen der vorliegenden Studie haben wir uns für die Termini „psychische Erkrankung“ und „psychische Beeinträchtigung“ sowie „Betroffene“ entschieden. Diese Begriffe scheinen uns die „neutralsten“ zu sein.<sup>46</sup> Mit „Betroffene“ meinen wir Personen, die langfristig mit einer psychischen Erkrankung bzw. psychischen Beeinträchtigung leben. Die mit dem Begriff verbundenen „emotionalen Konnotation“ nehmen wir dabei in Kauf.

---

<sup>45</sup> Granello und Gibbs (2016). Ihre Forschung deutet darauf hin, dass der Begriff „psychisch krank“ bei Leser\*innen deutlich eher Assoziationen in Richtung „gewalttätige Personen“ auslösen als der Begriff „Menschen mit psychischen Erkrankungen.“

<sup>46</sup> Am neutralsten wäre natürlich der Begriff „Psychiatrieerfahrene“. Da er von Betroffenen wie Nicht-Betroffenen in der Regel aber zu eng gefasst wird – als Personen mit *stationärer* Psychiatrie-Erfahrung – soll er hier, um Missverständnisse zu vermeiden, gleichwohl unberücksichtigt bleiben. Im Studienteam wurde eine Zeitlang auch mit dem Akronym „LPB“ (als Abkürzung für „langfristig psychisch Betroffene bzw. Beeinträchtigte“) gearbeitet. Da er im gesamten Studienverlauf nur sehr cursorisch verwendet wurde, bleibt er hier ebenfalls unberücksichtigt.



## Kapitel 2

### Psychische Erkrankungen: Außen- und Innenperspektiven

## 2. Psychische Erkrankungen: Außen- und Innenperspektiven

### 2.1 Außenperspektiven

#### 2.1.1 Grundlegende Anmerkungen zum Themenfeld „Psychische Erkrankungen“

**Psychische Gesundheit und Krankheit.** Zweifelsohne ist psychische Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung von Lebensqualität und sozialer Teilhabe. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert den Begriff der psychischen Gesundheit als Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne „seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu seiner Gemeinschaft leisten kann.“<sup>47</sup> Selbst wenn man davon absieht, dass Begriffe wie „bewältigen“, „fruchtbar arbeiten“ nur bedingt (wenn überhaupt) einvernehmlich operationalisierbar sind, stellt die WHO-Definition einen sehr hohen Anspruch dar, dem zu jedem Zeitpunkt sehr viele Menschen mit Sicherheit nicht gerecht werden (können). Psychische Gesundheit und psychische Krankheit sind zwei Pole mit fließenden Übergängen – Menschen befinden sich irgendwo zwischen ihnen. Psychische Probleme oder Symptome wie körperliche und seelischen Erschöpfung, gedrückte Stimmung oder Ängste sind alltägliche Phänomene; sie sind normal und gehören als Befindlichkeitsstörungen zum Alltag. Ganz abgesehen davon, dass auch schwer psychisch (oder somatisch) erkrankte Personen weiterhin „gesunde“ Anteile oder „Ressourcen“ haben; die Gesundheit ist generell mehr als die Abwesenheit von Krankheit.

**Zur Logik psychiatrischer Diagnosen.** Psychische Probleme sind weitgehend subjektiv und im Vergleich zu körperlichen Symptomen objektiv nur schwer zu erfassen. Trotz intensivster Forschungen in den letzten Jahren und Jahrzehnten fehlen – von Ausnahmen wie Demenz- und Suchterkrankungen einmal abgesehen – weitgehend „biologische Marker“ zur Identifizierung psychischer Erkrankungen: Der Krankheitsstatus psychischer Störungen ist nicht an ein organisches Korrelat gebunden, sondern ergibt sich aus der diagnostisch festgestellten Beeinträchtigung klinisch relevanter psychischer Funktionsfähigkeiten (z.B. in den Bereichen zeitlich-räumliche Orientierung, Merkfähigkeit, Wahrnehmung, affektive Leistungen), welche ihrerseits die Bewältigung des Alltags beeinträchtigen und/oder die individuelle Leid verursachen (können).<sup>48</sup> Dass der/die Betroffene der externen Diagnose nicht immer zustimmt, ändert hieran nichts.<sup>49</sup> Die Diagnose selbst erfolgt über strukturierte klinische Interviews, in denen die Betroffenen über das eigene Denken, Fühlen und Verhalten berichten, und was man ergänzend von außen beobachten kann. Letztendlich gibt es nur mehr oder weniger ausgeprägte „Oberflächenmerkmale“, die zu Diagnosen zusammengefasst werden, wobei sich die Merkmale allerdings einer binären Ja-Nein-Logik weitgehend entziehen.<sup>50</sup> Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass Betroffene sehr häufig mehrere Diagnosen erhalten,<sup>51</sup>

---

<sup>47</sup> WHO (2019: 1).

<sup>48</sup> Heinz, Müller und Rosenthal (2016). In der englischsprachigen sozial-/ kulturwissenschaftlichen Forschung wird diesbezüglich zwischen *disease* (medizinisch festgestellte beeinträchtigte Funktionsfähigkeit als Grundvoraussetzung), *illness* (subjektives Krankheitsgefühl) und *sickness* (beeinträchtigte Alltagsfertigkeiten) unterschieden. Zur Differenzierung siehe: Wiley und Allen (2017: 15-21). Heinz et. al. plädieren in diesem Sinne dafür, dass die alleinige medizinische Feststellung einer Funktionsstörung (*disease*) noch keine klinisch relevante Erkrankung darstellen sollte. In diesem Sinne vertreten manche Fachexpert\*innen sogar die Meinung, dass „eine psychische Erkrankung bzw. Störung (...) sich [erst, AS] durch den Leidensdruck definiert, den der oder die Betroffene empfindet“ [<https://www.psychologinwien.com/psychisch-krank/> [letzter Abruf: 08.12.2022]]. Nimmt man medizinethnologische Forschungen zum Konstrukt der „chronischen Erkrankung“ zur Kenntnis, kann grundsätzlich hinterfragt werden, ob eine langfristige psychische Störung überhaupt als Bruch erlebt wird, der die Identität prägt – dies kann wohl, muss aber nicht sein (Fainzang, Hem und Risør 2010: 20-21).

<sup>49</sup> Allerdings verweist der Umstand der subjektiven Nicht-Anerkennung auf ein grundsätzliches Spannungsfeld. Während aus therapeutisch-psychiatrischer Sicht dies mit dem Konzept „fehlender bzw. mangelnder Krankheitseinsicht“ beschrieben wird, zeigt sich aus psychiatriekritischer Sicht hierin der (macht-)konstruktive Charakter psychiatrischer Diagnosen.

<sup>50</sup> Zudem können die Symptomatiken natürlich auch nur in abgeschwächter Form auftreten (z.B. Hypomanie). Liegen nicht alle Kriterien für das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung vor – sind aber merkliche Beeinträchtigungen der Befindlichkeit erkennbar –, wird zudem von subklinischen Störungsbildern gesprochen. Subklinische Depressionen sind gerade bei Älteren häufig zu finden.

<sup>51</sup> Einer jüngst vorgelegten Studie zufolge erhält ein\*e Patient\*in in einer psychotherapeutischen Ambulanz im Durchschnitt 2,7 Diagnosen (Henkel et al. 2018).



und die Unterschiede zwischen zwei Personen mit derselben Diagnose im Denken, Fühlen und Verhalten größer sein können als die zwischen zwei Personen mit einer unterschiedlichen Diagnose.<sup>52</sup>

In Deutschland werden Diagnosen anhand der ICD-10 / -11 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) vergeben.<sup>53</sup> Die ICD-10 / -11 ist eine von der WHO erarbeitete Einteilung anerkannter psychischer und körperlicher Erkrankungen (siehe Kap. 2.1.2). (Psychische) Krankheit sollte dabei nicht als Gegensatz zur „Normalität“ begriffen werden (siehe auch Kap. 1.4):<sup>54</sup> Psychische Erkrankungen sind – wie dies auch für somatische gilt – normal und gehören zum Alltag. Psychische (und somatische) Erkrankungen sind integraler Bestandteil der menschlichen Lebenserfahrung. Dies ist auch insofern wenig überraschend als soziale Faktoren (z.B. Armut) und belastende Lebensereignisse (z.B. Trauma) neben biologisch-genetischen und psychologischen Faktoren eine wesentliche Rolle bei der Herausbildung psychischer Erkrankungen spielen. So könnte man durchaus die Frage aufwerfen, ob in manchen Kontexten „psychische Erkrankungen“ nicht eine „gesunde“ Reaktion auf unhaltbare Zustände sein könnten.

**Zeitlicher Verlauf.** Die Vorstellung, dass psychische Erkrankungen stets (lang-)anhaltend sind („chronisch“), ist empirisch nicht haltbar.<sup>55</sup> Sie sind ebenso heilbar wie jede andere Krankheit. Dies gilt selbst für schwere Erkrankungen wie die „Schizophrenie, die in ca. zwei Drittel der Fälle einen günstigen Verlauf aufweist. Bestimmte Störungen (z. B. Anpassungsstörungen) können durch eine kurze Psychotherapie oder eine Krisenintervention erfolgreich behandelt werden. Viele psychische Erkrankungen wie z.B. affektive Störungen verlaufen wiederum in Episoden,“<sup>56</sup> zwischen denen keine psychischen Auffälligkeiten im Denken, Fühlen und Verhalten erkennbar sind. Selbst als „seelische Behinderung“ anerkannte psychische Erkrankungen (siehe Kap. 2.1.3) weisen oft eine deutlich temporale Struktur auf. Nicht zuletzt auch deshalb, weil Medikamente die psychischen Symptomaten durchaus „in Schach halten“ können – wenngleich oft auch auf Kosten mehr oder wenig ausgeprägter psychischer und/oder somatischer Nebenwirkungen. Abgesehen davon lässt die Dauer einer psychischen Erkrankung keine Rückschlüsse auf ihre Schwere oder die mit ihr verbundenen Alltagsbeeinträchtigungen zu.

Diese temporale Struktur psychischer Erkrankungen spiegelt sich auch im Selbsterleben vieler Betroffener wider (siehe in Kap. 2.3.2 den Beitrag eines Co-Forschers); sie wirft zudem grundsätzliche Fragen bezüglich der Angemessenheit des Behinderungsbegriffes im Kontext psychischer Erkrankungen auf (siehe Kap. 2.3)

## 2.1.2 Zur Häufigkeit psychischer Störungen in der Landeshauptstadt München (KVB-Daten)

**Aussagekraft der KVB-Daten.** Die verlässlichste Datenquelle zur Abschätzung der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Landeshauptstadt München stellen die stadtbezogenen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) dar. Ihnen liegen ihrerseits die Behandlungsdiagnosen (umgangssprachlich F-Diagnosen) der Ärzteschaft und der Psychotherapeut\*innen aus der ambulanten Versorgung zugrunde. Die Diagnoseziffern F00-F99 (siehe Tab. 2.1) sind in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) als Hauptgruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ gelistet und definiert. Die in dieser Hauptgruppe zusammengefassten Störungen sind hinsichtlich ihrer Symptome äußerst vielfältig: Zu ihnen gehören

<sup>52</sup> Gelitz (2022: 6).

<sup>53</sup> Zum 1. Januar 2022 ist die ICD-10 durch die ICD-11 abgelöst worden.

<sup>54</sup> Dies entspricht zum einen dem subjektiven Erleben vieler Betroffener (siehe Kap. 2.3) Zum anderen bleibt zu bedenken, dass etwas normal (im Sinne: statistisch sehr verbreitet) sein und dennoch einen Krankheitswert besitzen kann. Um Heinz et. al zu zitieren: „... wäre das anders, müsste angesichts des zunehmenden Auftretens von Demenzerkrankungen im höheren Lebensalter eine Demenz irgendwann ihren Krankheitsstatus verlieren, und zwar genau dann, wenn die Mehrheit der alternden Bevölkerung typischerweise Demenzerkrankungen ausbildet.“ (Heinz, Müller und Rosenthal 2016).

<sup>55</sup> Wobei anzumerken bleibt, dass der Begriff „chronisch“ mit Blick auf psychische Erkrankungen keineswegs einheitlich gefasst wird. Siehe: Schiffner (2021: 4-6).

<sup>56</sup> Heinz und Utschakowski (2006: 224).

unter anderen Depressionen, Angststörungen, die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ebenso wie kindliche Sprachentwicklungsstörungen, die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), der Autismus, die Schizophrenie, der Alkoholmissbrauch und die primär im Alter auftretende Demenz. Der Katalog der sogenannten F-Diagnosen umfasst damit nicht nur jene Diagnosen, die gemeinhin mit psychischen Erkrankungen verbunden werden. Dies betont die Notwendigkeit differenzierter Auswertungen.

Eine F-Diagnose lässt dabei keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die Alltagskompetenzen der Betroffenen oder die Schwere der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen mit Blick auf die gesellschaftliche und wirtschaftliche Teilhabe zu (siehe Kap. 2.1). Die auf Grundlage der KVB-Daten berechneten Jahresprävalenzen<sup>57</sup> überschätzen insofern deutlich den Anteil der Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in ihren Alltagsaktivitäten *erheblich* beeinträchtigt sind. Dass die KVB-Daten ausschließlich die gesetzlich Versicherten umfassen<sup>58</sup> und erfahrungsmäßig nicht jede\*r Betroffene eine Behandlung sucht, ändert hieran nichts.<sup>59</sup>

**Tabelle 2.1: Psychiatrische Behandlungsdiagnosen im Überblick (F-Diagnosen (F00-F99): ICD-10, Kapitel V)**

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), ICD-GM.

Da die Bezugsgröße der hier berechneten Prävalenzen stets die Gruppe jener gesetzlich Versicherten (GKV) ist, die innerhalb eines Kalenderjahres in mindestens zwei Quartalen eine ärztliche und/oder psychotherapeutische Praxis aufgesucht haben, verbietet sich jegliche Rückrechnung der unten berechneten Anteile auf die Wohnbevölkerung im Sinne <X,X% der Münchner Wohnbevölkerung sind psychisch krank>. Dies zumal, da keine Daten zur Anzahl der GKV-Versicherten in der Landeshauptstadt München vorliegen und im Allgemeinen „nur“ gut vier von fünf GKV-Versicherten einmal im Jahr eine ärztliche Praxis konsultieren.<sup>60</sup>

**Stadtweite Häufigkeiten.** Im Jahr 2021 wurde bei rund 274.000 in der GKV versicherten erwachsenen Münchner Bürger\*innen (ab 18 Jahren) in mindestens zwei Quartalen (sogenanntes M2Q-Kriterium) mindestens eine psychische oder Verhaltensstörung (F-Diagnose) ambulant diagnostiziert. Das entspricht einem Anteil von 27,1% an allen Münchner GKV-versicherten Erwachsenen mit Arztbesuch. Der Wert für Frauen liegt mit 30,4% dabei deutlich höher als der für Männer (23,0%). Diese Anteile entsprechen recht gut den entsprechenden Jahresprävalenzen, die auch für den

<sup>57</sup> Siehe Abkürzungsverzeichnis.

<sup>58</sup> Folgt man einer vom Verband der Ersatzkassen vorgelegten Auswertung waren im Juli 2022 von den mehr als 83 Millionen Menschen in Deutschland rund 74 Millionen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert, also rund 89%. Siehe: [https://www.vdek.com/presse/daten/b\\_verseicherte.html](https://www.vdek.com/presse/daten/b_verseicherte.html) (letzter Abruf: 19.09.2022).

<sup>59</sup> Dies gilt auch für den Umstand, dass die uns vorliegenden KVB-Daten nur die ambulanten Behandlungsfälle abbilden: Studien zeigen, dass die Behandlungen von psychischen Störungen gesetzlich Versicherter ganz überwiegend ambulant erfolgen; nur ein geringer Teil von Behandlungen wird voll- oder teilstationär erbracht. Siehe: StMGP (2017: 18).

<sup>60</sup> Auf letzteres deuten zumindest repräsentative Versichertenbefragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung seit 2006 hin, siehe: KBV (2021: 3).

Freistaat Bayern bzw. die Bundesrepublik Deutschland auf Basis der KVB-Daten in den letzten Jahren berichtet wurden.<sup>61</sup>

Insgesamt stehen mit je einem Drittel aller F-Diagnosen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) sowie affektive Störungen (F30-F39) im Vordergrund (siehe Tab. 2.2). Besonders häufig wurden hierbei depressive Episoden (F32), somatoforme Störungen (F45), also körperliche Störungen, die sich nicht oder nicht nur durch körperliche Ursachen erklären lassen, sowie Angststörungen (F33-F34) diagnostiziert. Bei der Interpretation der Tabelle ist zu beachten, dass Mehrfachdiagnosen möglich sind. Die 273.896 GV-Versicherten, die in zwei Quartalen des Jahres 2021 mindestens eine F-Diagnose erhalten haben, können auch mehrere Diagnosen aus unterschiedlichen F-Kategorien erhalten haben. So erklärt sich, dass die Summe aller Hauptdiagnosen bei 414.513 liegt.

---

<sup>61</sup> Eine umfassendere Darstellung der verschiedenen Datenquellen findet sich in: StMGP (2017: 10-15).

**Tabelle 2.2: Erwachsene Münchner GKV-Versicherte (ab 18 Jahren) mit ambulanter F-Diagnose (nach ICD-10) in mindestens zwei Quartalen, 2021**

F-Diagnose	insgesamt			weiblich		männlich	
	abs.*	in % an allen F-Diagnosen**	in % an GKV-Versicherten***	abs.*	in % an GKV-Versicherten***	abs.*	in % an GKV-Versicherten***
<b>Insgesamt (F-Diagnosen)</b>	<b>273.896</b>	---	<b>27,1</b>		<b>30,4</b>		<b>23,0</b>
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	20.774	5,0	2,1	13.006	2,3	7.768	1,7
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	47.955	11,6	4,7	21.996	3,9	25.959	5,8
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	9.176	2,2	0,9	5.231	0,9	3.945	0,9
Affektive Störungen (F30-F39)	130.611	31,5	12,9	87.494	15,5	43.117	9,7
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	156.872	37,8	15,5	106.195	18,8	50.677	11,4
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	24.999	6,0	2,5	12.688	2,2	12.311	2,8
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	12.087	2,9	1,2	7.556	1,3	4.531	1,0
Intelligenzstörung (F70-F79)	1.824	0,4	0,2	869	0,2	955	0,2
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	2.278	0,5	0,2	1.097	0,2	1.181	0,3
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	6.738	1,6	0,7	2.987	0,5	3.751	0,8
Nicht näher psychische Störungen (F99)	1.199	0,3	0,1	815	0,1	384	0,1
Depressive Episode (F32)	97.656	---	9,7	65.805	11,6	31.851	7,1
Somatoforme Störungen (F45)	69.713	---	6,9	47.273	8,4	22.440	5,0
Phobische und Angststörungen (F33-F34)	52.860	---	5,2	35.774	6,3	17.086	3,8
PTBS und Anpassungsstörung (F431-F432)	36.342	---	3,6	24.628	4,4	11.714	2,6
Demenz (F00-F03)	13.792	---	1,4	9.030	1,6	4.762	1,1
Schizophrenie (F20)	5.213	---	0,5	2.755	0,5	2.458	0,6
Zwangsstörung (F42)	4.274	---	0,4	2.512	0,4	1.762	0,4

\* Patient\*innen mit einer Diagnose aus der jeweils genannten Diagnosegruppe bzw. mit der oben aufgelisteten Einzeldiagnose in mindestens zwei Quartalen (M2Q).

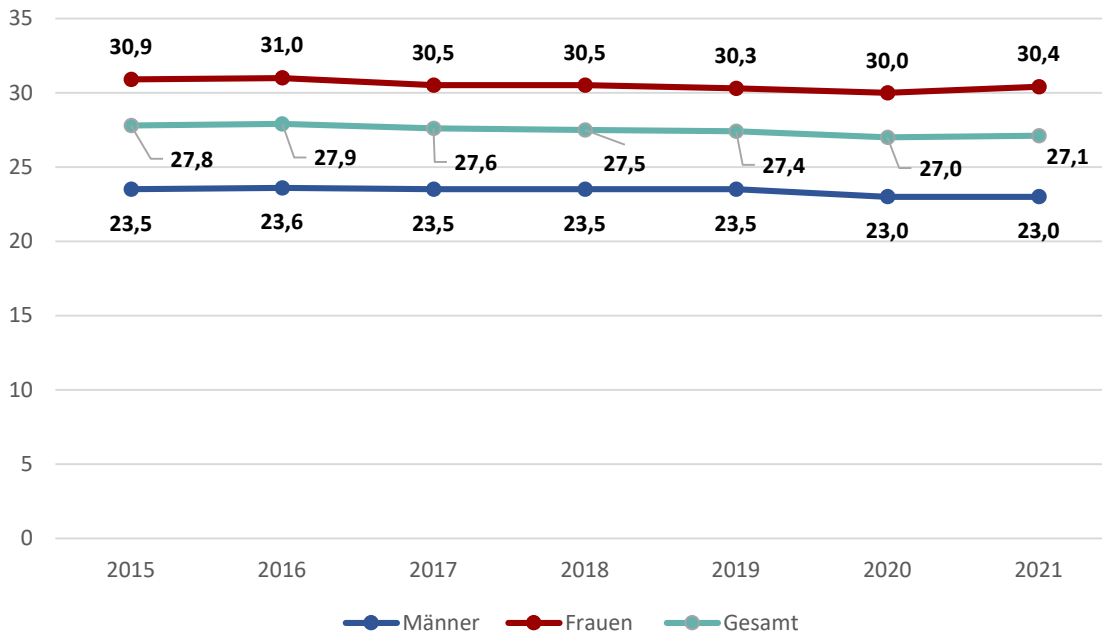
\*\* Prozentuiert wird auf die Gesamtzahl der Hauptdiagnosen (F00-09 bis F99; n=414.513); da keine Informationen über die Anzahl der erstellten Einzeldiagnosen vorliegen, werden deren Anteile hier nicht ausgewiesen).

\*\*\* an allen GKV-Versicherten mit mindestens einem Arztkontakt: n (insgesamt) = 1.010.368; n (weiblich) = 564.876; n (männlich) = 445.492.

Datenquelle: KVB (M2Q-Kriterium).

Die über die KVB-Daten definierte Häufigkeit psychischer Störungen ist – gemessen an den ambulanten Behandlungsfällen (Arztbesuchen) – in den letzten Jahren weitgehend stabil geblieben: Bei den Frauen schwankte der entsprechende Anteil im Zeitraum 2015 bis 2021 zwischen 31,0% und 30,0% und bei den Männern zwischen 23,6% und 23,0% (siehe Grafik 2.1).

**Abbildung 2.1:** Anteil GKV-versicherter Münchner Erwachsener mit ambulanter F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen an allen GKV-versicherten Arztbesucher\*innen nach Geschlecht, 2015-2021 (in Prozent)



Quelle: Daten: KVB (M2Q-Kriterium) | Berechnungen & Grafik: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

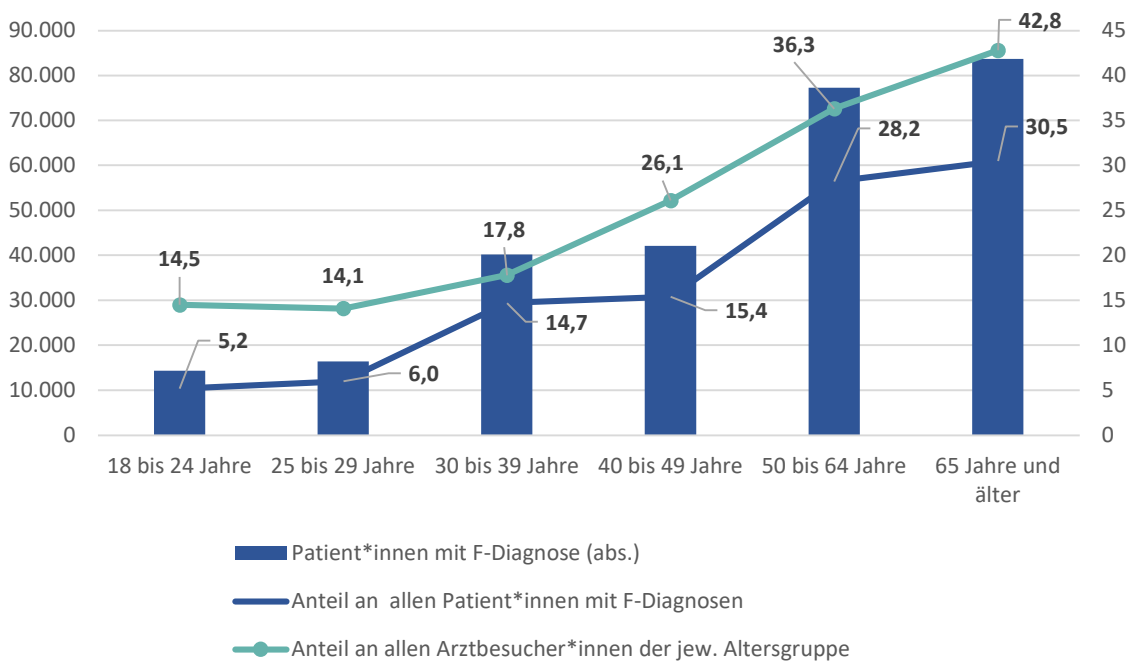
Die immer wieder berichtete Zunahme psychischer Belastungen und Störungen in bestimmten Altersgruppen im Zuge der Corona-Epidemie<sup>62</sup> bildet sich in den vorliegenden KVB-Daten nicht ab. Für 2020 zeigte sich sogar ein leichter *absoluter* Rückgang der erstellten ambulanten F-Diagnosen (um rund 2% gegenüber 2019); umgekehrt waren die ambulanten Behandlungsfälle insgesamt (also auch jenseits der F-Diagnosen) im selben Zeitraum jedoch nur unwesentlich gesunken (um 0,3%).<sup>63</sup> Dies könnte eventuell ein Hinweis darauf sein, dass Personen mit psychischen Störungen in der Pandemie weniger häufig ärztliche und/oder psychotherapeutische Praxen aufsuchten als die GKV-Versicherten insgesamt – trotz gesteigener Belastungen (siehe 2.3). Eine genauere Beurteilung der psychischen Coronafolgen könnten im Rahmen einer gezielten Analyse abgeklärt werden, ist an dieser Stelle aber nicht möglich.

**Alter.** Die KVB-Daten bestätigen den engen Zusammenhang zwischen der Diagnostizierung einer psychischen Störung und dem Alter. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Personen, die beim Arztbesuch eine entsprechende Diagnose erhalten: Liegt der Anteil bei den 30-39-Jährigen noch deutlich unter 20%, sind es bei den Senior\*innen (65 Jahre und älter) über 40%. Ein Teil dieses Anstiegs ist sicherlich durch die Zunahme von demenziellen Entwicklungen in dieser Altersgruppe bedingt, den Diagnosen F00-F09.

<sup>62</sup> Siehe überblicksmäßig: RKI (2021).

<sup>63</sup> Dieser Rückgang ist wenig überraschend, führten die Ängste in der Bevölkerung vor einer Ansteckung doch generell zu einem Rückgang der ambulanten Behandlungsfälle. Die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung spricht für 2020 gegenüber dem Vorjahr bundesweit sogar von einem Rückgang um sechs Prozentpunkte (KBV 2021: 3).

**Abbildung 2.2: GKV-versicherte Münchner Erwachsene mit ambulanter F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen nach Altersgruppen, 2021 (in Prozent)**

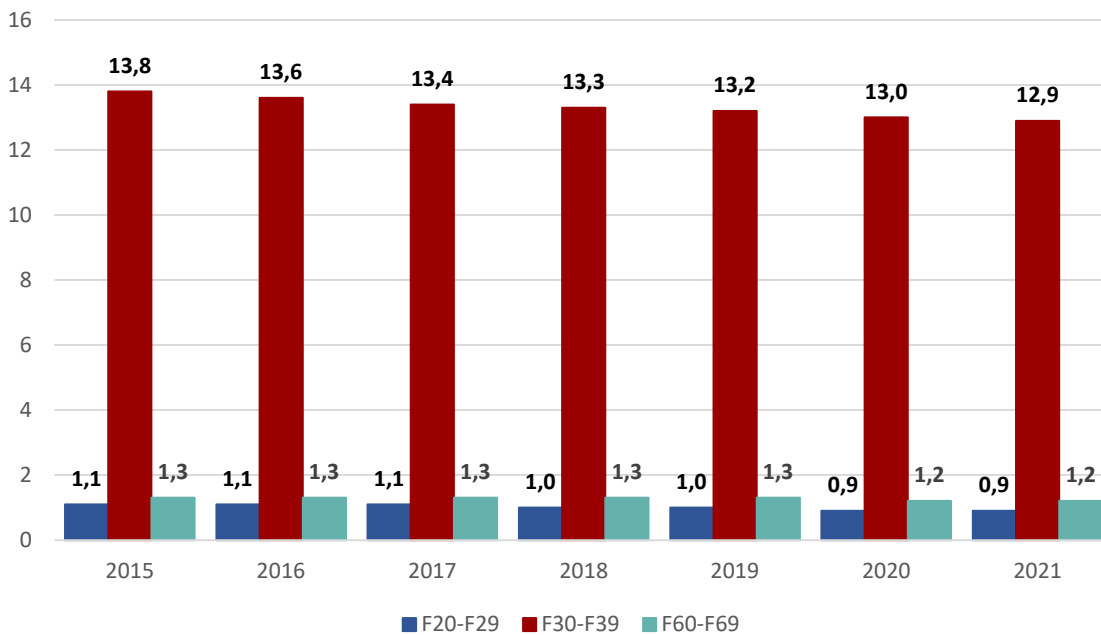


Quelle: Daten: KVB (M2Q-Kriterium) | Berechnungen & Grafik: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

**Diagnosespezifische Auswertungen.** Für das in der Studie bearbeitete Thema sind die Diagnosegruppen F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), F30-F39 (Affektive Störungen) sowie F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) von besonderem Belang. Da die neurotischen Belastungsstörungen in der Diagnosegruppe F40-F48 mit somatoformen Störungen zusammengefasst werden und somatoforme Störungen nicht nur quantitativ die Gruppe „dominieren“, sondern für die Betroffenen auch mit besonderen Erfahrungen einhergehen, soll diese Gruppe (F40-F48) trotz ihrer quantitativen Bedeutung hier ausgespart werden.

Wie im Fall der F-Diagnosen insgesamt (siehe Grafik 2.1) erweisen sich auch die Anteile der Personen mit den genannten Diagnosen an allen GKV-versicherten Besucher\*innen einer ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Praxis im zeitlichen Verlauf als relativ stabil.

**Abbildung 2.3: Anteil GKV-versicherter Münchner Erwachsener mit spezifischen F-Diagnosen in mindestens zwei Quartalen an allen GKV-versicherten Arztbesucher\*innen, 2015-2021 (in Prozent)**



Quelle: Daten: KVB (M2Q-Kriterium) | Berechnungen & Grafik: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

Bei den drei Diagnosegruppen zeigt sich teilweise eine spezifische Geschlechterverteilung: Frauen erhalten vor allem mit Blick auf affektive Störungen (F30-F39) eher eine entsprechende Diagnose als Männer (15,5% versus 9,7%). In allen drei Fällen steigt mit dem Alter der Anteil mit einer entsprechenden Diagnose (siehe Tab. 2.3).

**Tabelle 2.3: Anteil GKV-versicherter Münchner Erwachsener mit spezifischen F-Diagnosen in mindestens zwei Quartalen an allen GKV-versicherten Arztbesucher\*innen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2021 (in Prozent)**

Diagnose	Altersgruppe						Geschlecht	
	18-24	25-29	30-39	40-49	50-64	65+	weiblich	männlich
F20-F29	0,2	0,3	0,5	1,0	1,5	1,4	0,9	0,9
F30-F39	5,2	5,7	7,6	12,4	19,0	21,0	15,5	9,7
F60-F69	0,9	0,8	0,9	1,3	1,7	1,3	1,3	1,0

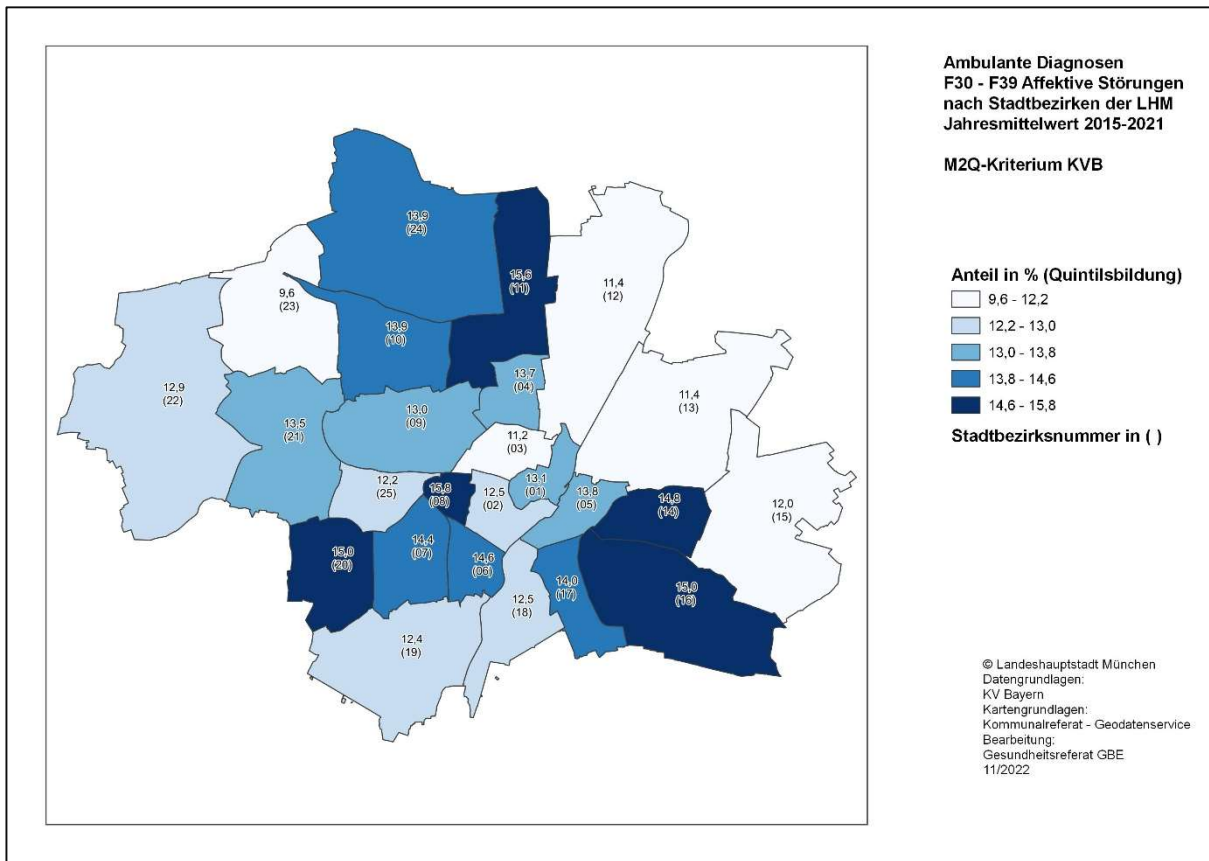
Quelle: Daten: KVB (M2Q-Kriterium) | Berechnungen: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

**Sozialräumliche Aspekte.** Bereits vor dem Hintergrund, dass die Münchner Stadtbezirke eine mitunter sehr unterschiedliche demographische Struktur aufweisen, überrascht es nicht, dass die Anteile der GKV-Versicherten mit ambulanter F-Diagnose über die verschiedenen Stadtbezirke stark streuen: Die KVB-Daten weisen für 2021 bezüglich der so berechneten Diagnoseprävalenz der gesamten F-Diagnosen eine Spannweite zwischen 23% und 31% aus. Vor dem Hintergrund der sehr großen inhaltlichen Bandbreite der F-Diagnosen wird zur Verdeutlichung der sozialraumbezogenen Unterschiede im Folgenden nicht auf die F-Diagnose insgesamt zurückgegriffen, sondern auf die GKV-Versicherten, bei denen in mindestens zwei Quartalen eine affektive Störung (F30-F39) diagnostiziert wurde, berechnet als Jahresmittelwert über die Jahre 2015-2021. Gemessen am Anteil an allen Arztbesucher\*innen der jeweiligen GKV-versicherten Stadtbezirksbewohner\*innen ergeben sich diesbezüglich Anteile zwischen 9,6% (Stadtbezirk 23) und 15,8% (Stadtbezirk 8). Vergleichsweise höhere Werte weisen neben dem Stadtbezirk 8 Schwanthalerhöhe auch die Stadtbezirke 11 Milbertshofen-Am Hart, 20 Hadern, 16 Ramersdorf-Perlach und 14 Berg am Laim auf. Dagegen verzeichnen neben dem Stadtbezirk 23 Allach-Untermenzing auch die Stadtbezirke 3 Maxvorstadt, 12 Schwabing-Freimann, 13 Bogenhausen und 15 Trudering-Riem vergleichsweise niedrigere Werte.



An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass es sich um ambulante Diagnosen handelt, die die Schweregrade der Störung/Erkrankung nicht wiedergeben.

**Abbildung 2.4: Anteil GKV-versicherter Münchner Erwachsener mit F30-39 Diagnosen (Affektive Störungen) in mindestens zwei Quartalen an allen GKV-versicherten Arztbesucher\*innen nach Stadtbezirken, Quintile, Jahresmittelwert 2015-2021**



Quelle: Daten: KVB (M2Q-Kriterium) | Berechnungen & Grafik: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung und Gesundheitsreferat-Gesundheitsberichterstattung.

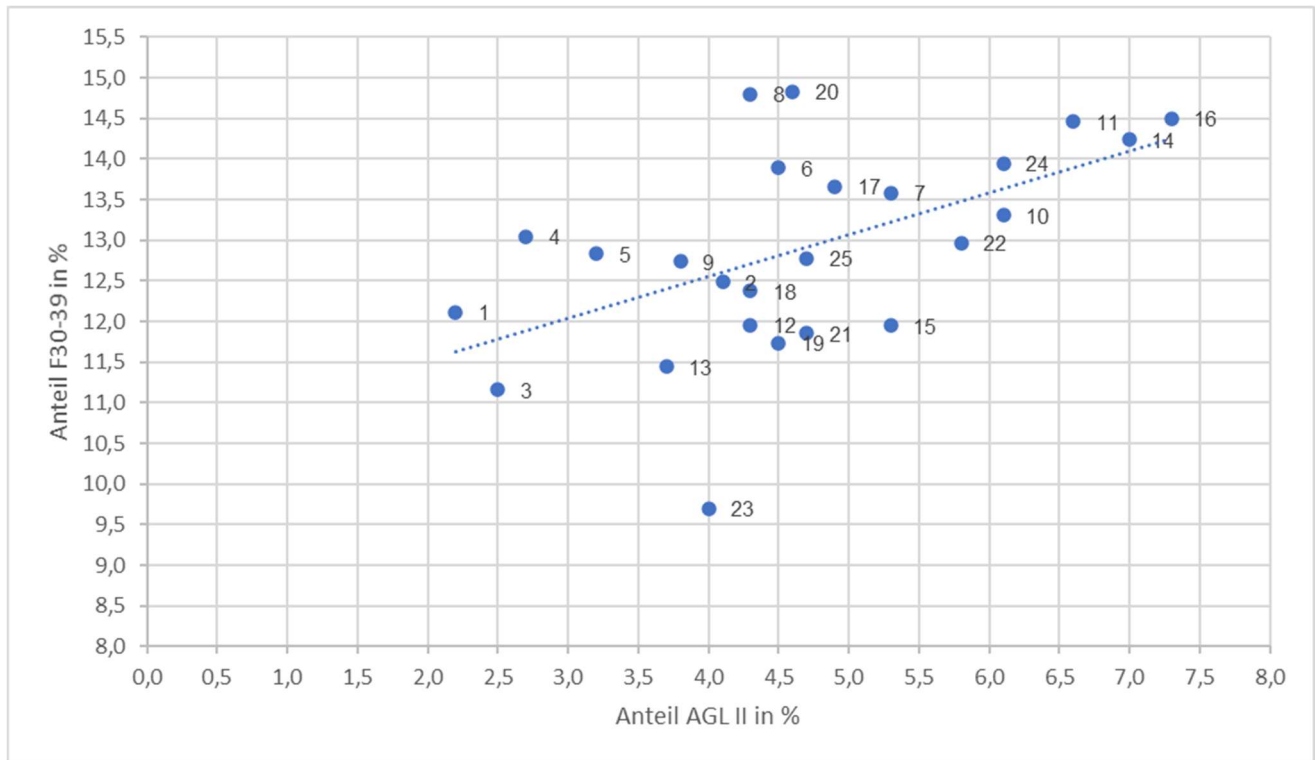
Die Frage des Zusammenhanges zwischen sozialer Lage und psychischer Erkrankung wird seit Jahren intensiv diskutiert (siehe auch Kap. 4.4). Die KVB-Daten lassen hier erste Rückschlüsse zu. Mit ihrer Hilfe wird in Grafik 2.5 – auf Ebene der Stadtbezirke – der Anteil der ALGII Empfänger\*innen mit den jeweiligen Anteilen an F-30-39 Diagnosen in Beziehung gesetzt. Es zeigt sich, dass ein höherer Anteil an ALG II-Empfänger\*innen in der Tat tendenziell mit einem höheren Anteil an gesetzlich Versicherten mit einer ambulanten Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen (F30-39) einhergeht. Mit anderen Worten: Je höher der Anteil an ALG II-Empfänger\*innen,<sup>64</sup> umso höher fällt in der Tendenz der Anteil der GKV-Versicherten mit F30-39 Diagnosen aus. Der Zusammenhang auf aggregierter Ebene der Stadtbezirke ist statistisch signifikant.<sup>65</sup> Ausdrücklich sei betont, dass, da es sich um aggregierte Daten handelt, keine Rückschlüsse auf die Ebene der Individuen möglich sind. Es gibt diverse Stadtbezirke, die nicht auf der sogenannten Regressionsgerade „liegen“, sondern deutlich ober- oder unterhalb. Unterhalb der Linie sind Stadtbezirke, die einen niedrigeren als den zu erwartenden Anteil an F30-F39 Diagnosen aufweisen. Dies gilt beispielsweise für die Stadtbezirke 23 Allach-Untermenzing, 19 Thalkirchen - Obersendling - Forstenried - Fürstenried - Solln, 21 Pasing-Obermenzing, 13

<sup>64</sup> Bezieher\*innen von Arbeitslosengeld II waren in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Ausnahmen galten nur, wenn als „letzte“ Versicherung der Betroffenen eine private Absicherung bestand. Die Beiträge für die GKV übernahm dabei das Jobcenter. Grundsätzlich ist hier jedoch zu beachten, dass es sich um aggregierte Daten handelt, d.h. mögliche Zusammenhänge nicht auf Ebene der Individuen, sondern nur auf der Ebene der Stadtbezirke bestehen. Hier besteht die Gefahr des ökologischen Fehlschlusses.

<sup>65</sup>  $p < .01$ ,  $R^2 = .298$ .

Bogenhausen und 15 Trudering-Riem. Oberhalb der gestrichelten Linie liegen Stadtbezirke, die einen höheren Anteil an Personen mit F30-39 Diagnosen aufweisen als zu erwarten wäre. Das gilt beispielsweise für die Stadtbezirke 20 Hadern, 8 Schwanthalerhöhe, 6 Sendling und 4 Schwabing-West.

**Abbildung 2.5: Anteil der GKV-versicherten Erwachsenen mit F30-39 Diagnosen (Affektive Störungen) in mindestens zwei Quartalen an allen GKV-versicherten Arztbesucher\*innen (2021) und ALG II-Empfängerdichte<sup>66</sup> nach Stadtbezirken (jeweils in Prozent)\***



\* Die y-Achse ist aus Darstellungsgründen abgeschnitten worden.

Quelle: Daten: Statistisches Amt der LHM (<https://www.mstatistik-muenchen.de/indikatorenatlas/atlas.html?indicator=i63&date=2021>), Bundesagentur für Arbeit, Kreisverwaltungsreferat (Einwohnermelderegister; KVB (Daten; M2Q-Kriterium) | Berechnungen & Grafik: SIM Sozialplanung & Quartiersentwicklung sowie Gesundheitsreferat-Gesundheitsberichterstattung

### 2.1.3 Zur Häufigkeit seelischer Behinderungen in der Landeshauptstadt München (ZBFS-Daten)

**Aussagekraft der ZBFS-Daten.** In der „Behinderten-Strukturstatistik“ des ZBFS (Zentrum Bayern Familie und Soziales) werden alle Personen mit einem festgestellten Grad der Behinderung (GdB) von 30 und mehr erfasst, gegliedert nach Alter, Geschlecht, Grad der Behinderung, Ursache und Art der Behinderung. Die Statistik bietet eine erste Orientierung über den Personenkreis mit einem behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf. Erfasst werden dabei natürlich nur jene Personen, die beim Versorgungsamt einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt haben und deren Antrag positiv beschieden worden ist. Da in der Regel nur solche Personen um eine amtliche Anerkennung ihres Schwerbehindertenstatus nachsuchen, die sich dadurch Vorteile erwarten bzw. die mit der Beantragung keine Ängste vor Stigmatisierung und Diskriminierung verbinden, ist mit einer mehr oder minder hohen behinderungsspezifischen Dunkelziffer zu rechnen. Dies gilt insbesondere für Personen mit einer seelischen Behinderung.<sup>67</sup> Umgekehrt berichten auch und gerade

<sup>66</sup> Definiert als Anteil der Arbeitslosengeld II-Empfänger\*innen bzw. erwerbsfähigen Regelleistungsberechtigten nach SGB II an der erwerbsfähigen Hauptwohnsitzbevölkerung im Alter von 15 bis unter 65 Jahren im Jahr 2021).

<sup>67</sup> Leider liegen keine präzisen Daten zu den behinderungsspezifischen Dunkelziffern vor. In einer früheren Studie waren die von uns befragten Fachkräfte aber weitgehend einig, dass vor allem mit Blick auf Personen mit psychischen Erkrankungen diesbezüglich von einer hohen Dunkelziffer auszugehen sei (siehe: Sagner 2013: Teil I: S. 25-27). Dies überrascht nicht, sei es aufgrund des situativen

Personen mit psychischen Erkrankungen immer wieder davon, trotz beträchtlicher (subjektiv erlebter) Einschränkungen nicht als „(schwer-)behindert“ anerkannt zu werden.

Zu bedenken ist zudem, dass die Kategorie „seelisch behindert“ unscharf ist: Zum einen, weil die in dieser Kategorie zusammengefassten Störungen hinsichtlich ihrer Symptome äußerst vielfältig sind – wie dies auch bei den F-Diagnosen der Fall ist. Denn die Kategorie der seelischen Behinderung wird ZBFS-intern über die Schlüssel 85 (körperlich nicht begründbare Psychosen), 86 (Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) sowie 87 (Suchtkrankheiten) definiert. Die Kategorie umfasst damit neben ausgeprägteren depressiven oder phobischen Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen auch Gesundheitsstörungen wie chronische Schmerzsyndrome oder funktionelle Organbeschwerden. Andererseits werden hirnorganische Psychosyndrome / Demenzen ZBFS-intern über andere Schlüssel kodiert. Hinzu kommt, dass die ZBFS-Systematik nicht auf den üblichen ICD-Diagnoseschlüsseln, sondern auf ZBFS-internen Zuordnungslogiken beruht (siehe Kap. 1.2.1).

**Stadtweite Häufigkeiten.** Nach der Strukturstatistik des Zentrums Bayern Familie und Soziales (ZBFS) waren Ende 2021 24.418 erwachsene Münchner\*innen „seelisch behindert“.<sup>68</sup> Nur in weniger als 5.000 Fällen stellt die seelische Behinderung dabei allerdings die einzige Behinderung dar. Gegenüber 2015 ist die absolute Zahl der betroffenen Menschen um 25,7% (von 19.419) gestiegen. Der Zuwachs liegt deutlich höher als bei der Gruppe der behinderten Menschen mit einem GdB von mindestens 30 insgesamt (+6,9%). Bezogen auf die Münchner Gesamtbevölkerung im Erwachsenenalter (Hauptwohnsitzbevölkerung) hat sich die Quote der so definierten seelisch behinderten Menschen infolgedessen leicht von 1,5% (2015) auf 1,8% (2021) erhöht. Die prozentuale Zunahme verteilt sich dabei gleichmäßig über die Jahre.

Die Quote steigt mit zunehmendem Alter (zunächst) erwartungsgemäß an: Während sie etwa bei den 35- bis 44-Jährigen bei 0,9% liegt, beläuft sie sich bei den 60- bis 64-Jährigen auf 5,0%. Schwierig zu deuten ist das deutliche Absinken der Quote bei den über 74-Jährigen (auf 1,4%). Dies umso mehr als sich bei den Personen mit einem GdB von 30 und mehr ein umgekehrtes Bild zeigt (siehe Grafik 2.6). Eine Rolle dürfte spielen, dass sich die diagnostische Zuordnung psychischer Störungen bei älteren Menschen tendenziell schwieriger als bei Jüngeren gestaltet; sei es, dass sich Symptome bei ihnen oft weniger eindeutig darstellen, sei es, dass psychische Erkrankungen im Alter (noch) häufiger durch andere Gesundheitsstörungen überlagert werden und körperliche Erkrankungen im Vordergrund stehen: In dem Sinne würde ein Absinken der Quote nur zum Ausdruck bringen, dass etwa körperliche oder sensorische Einschränkungen in ihren funktionellen Beeinträchtigungen nun stärker wiegen als etwaig vorhandene seelisch begründete Funktionsbeeinträchtigungen. Ein weiterer Faktor könnte sein, dass Personen im höheren Alter auf eine Verlängerung ihres Ausweises<sup>69</sup> bzw. einen Erstantrag verzichten – eben weil die Vorteile, die mit einem GdB einhergehen, zu diesem Zeitpunkt nicht mehr greifen.

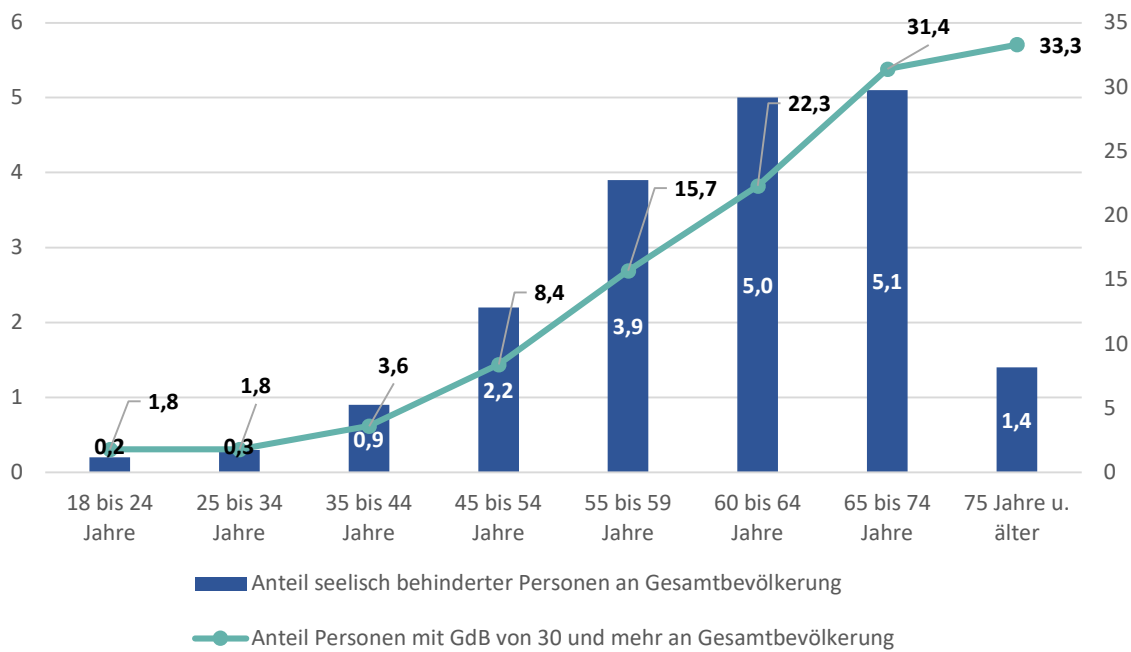
---

Charakters vieler psychischer Störungen (siehe Kap. 2.1.1.) oder sei es, dass die Angst vor Stigmatisierung bei dieser Gruppe erfahrungsgemäß besonders ausgeprägt ist (siehe Kap. 7).

<sup>68</sup> Berücksichtigt werden in der Statistik dabei nur Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 30, deren Hauptbehinderung (1. Behinderung) „seelischer“ Natur ist. Festzuhalten bleibt, dass die ZBFS-Daten im engeren Sinne keine Stichtagsprävalenz seelischer Behinderungen widerspiegeln. Sei es, weil die zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen nicht jährlich überprüft werden – ab 65 Jahre wird dies sogar nur noch in Ausnahmefällen getan. Sei es, weil selbst schwerere seelische Behinderungen gegenüber anderen Gesundheitsstörungen in ihren funktionellen Beeinträchtigungen sekundär werden können; in diesem Fall werden sie allenfalls noch als Zweit- oder Drittbehinderung statistisch erfasst. Ohne eine detaillierte Analyse der einzelnen Fälle lässt sich statistisch daher nicht exakt abbilden, wie viele Personen eine seelische Behinderung eines bestimmten Schweregrades haben (definiert über den GdB).

<sup>69</sup> Der Schwerbehindertenausweis wird längstens für fünf Jahre ausgestellt. Nur in den Fällen, in denen eine Neufeststellung des GdB wegen einer wesentlichen Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen, die für die Feststellung maßgebend gewesen sind, nicht zu erwarten ist, kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden. Dies scheint eher selten der Fall zu sein. Man kann den Ausweis zweimal ohne besondere Formalitäten verlängern lassen. Ist der Ausweis bereits zweimal verlängert worden, ist kein Verlängerungsfeld mehr frei. Dann muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

**Abbildung 2.6: Anteil (seelisch) behinderter volljähriger Personen an der erwachsenen Münchner Hauptwohnsitzbevölkerung nach Altersgruppen, 2021 (in Prozent)**



Quelle: Daten: ZBFS & Statisches Amt der LH München | Berechnungen & Grafik: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

## 2.2 Innenperspektiven

### 2.2.1 Zum Erleben psychischer Krankheiten I: Psychische Beeinträchtigung als „innere Barriere“

„**Innere Barrieren**“. Mit „innere Barrieren“ sind krankheitsbedingte Barrieren bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gemeint. Im Sinne der psychiatrischen Diagnosestellung können diese „inneren Barrieren“ als Folgewirkungen der Beeinträchtigungen klinisch relevanter psychischer Funktionsfähigkeiten in den Bereichen der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens oder auch des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung verstanden werden (siehe Kap. 2.1.1), und zwar indem sie Einfluss haben (können) auf<sup>70</sup>

- den eigenen Antrieb (von viel zu viel bis zu viel zu wenig)
- die Kontaktaufnahme und die Aufrechterhaltung von Kontakten
- das Verständnis für die eigene Situation und für
- das Erleben Anderer oder
- die Gestaltung des täglichen Lebens.

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die aktuell Betroffenen (siehe Kap. 1.2.2) gefragt, was sie als psychisch beeinträchtigte Person in ihrem Alltag am stärksten behindere. Hierbei wurden keine Antwortkategorien vorgegeben, sondern die Möglichkeit zur offenen Beschreibung in eigenen Worten. Mit 60% an erster Stelle der Antworten steht die psychische Erkrankung selbst bzw. deren Symptomatik (siehe Kap. 8.1.1). Insofern psychische Erkrankungen nicht nur den Bezug zur Welt prägen, sondern auch das eigene Zentrum in Frage stellen können, ist dies zunächst wenig überraschend (siehe auch unten). Bei den in der Online-Befragung genannten „psychischen Barrieren“ dominieren die Aspekte „Antriebs-/Energielosigkeit“, „geringe Belastbarkeit“ und „Ängste“. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass rund 80% der aktuell Betroffenen eine Depression als Diagnose angaben, gefolgt von Angststörungen (40,4%), Traumafolgestörungen (28,2%) und Burnout (22,9%).

Wie es Gottfried Wörishofer, der ehemalige Geschäftsführer der Münchner Psychiatrie-Erfahrenen (MüPE e.V.) formulierte:<sup>71</sup>

*„Durch die Erkrankung selbst, deren Medikation oder durch beides stellen wir die Absenkung des gesamten Energielevels fest. Minderung von Belastbarkeit, Interesse, Durchhaltevermögen, Freude am Tun, Schwinden von Sinnerleben und geistig-seelischer Präsenz bündeln sich zu einer <Barriere>, die sich als <schwankende Leistungsfähigkeit> zeigt.“*

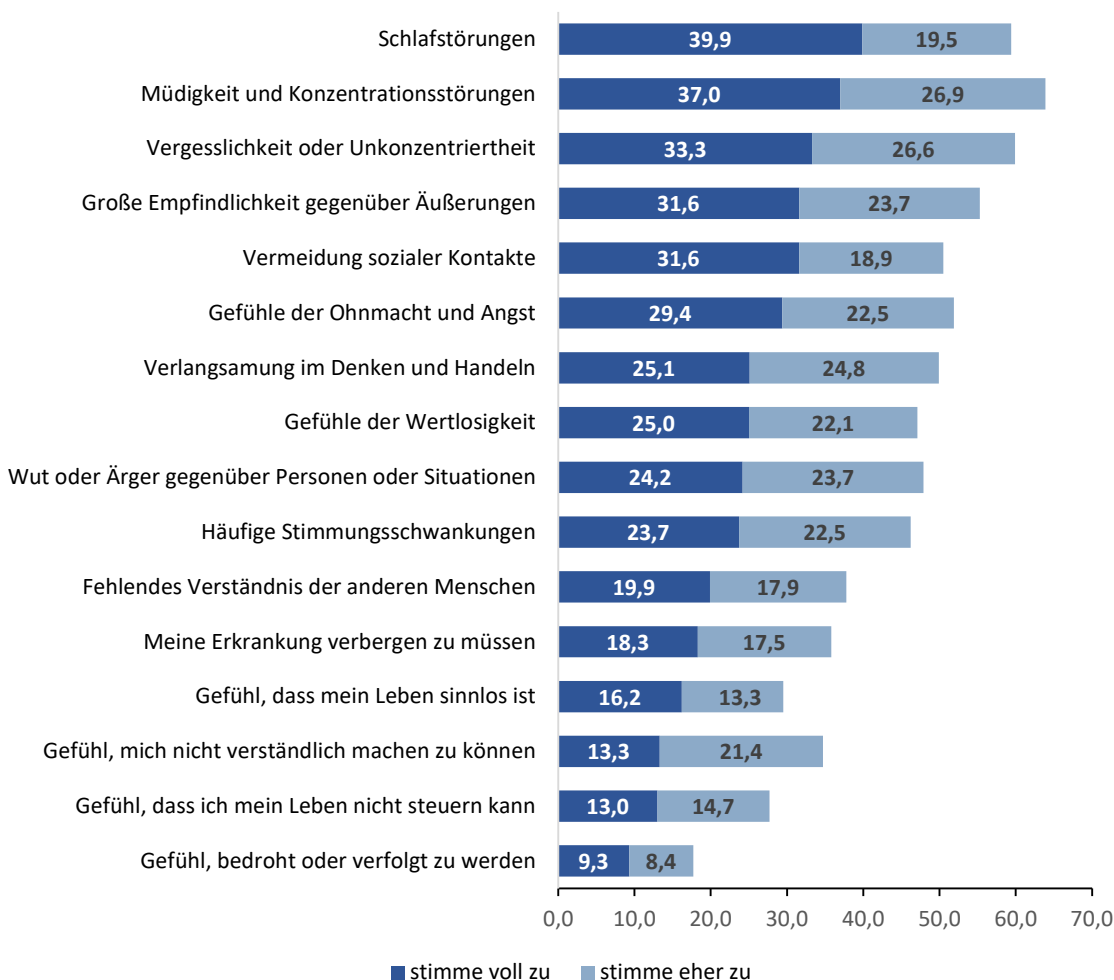
Ein etwas differenzierteres Bild liefert die ZBFS-Befragung. Um zu erfassen, inwieweit die Befragten sich durch eigene negative Gefühle, bestimmte Symptome und/oder durch Verhaltensweisen ihrer Mitmenschen in ihrer Alltagsbewältigung behindert fühlten, wurde ihnen eine Liste von 16 Antwortkategorien vorgelegt.<sup>72</sup> Die Ergebnisse machen deutlich, wie psychische Erkrankungen bzw. deren Symptomatiken direkt und unmittelbar die Handlungsräume und -möglichkeiten betroffener Menschen im Alltag einschränken. Sei es durch biologische Rhythmusstörungen (z.B. Schlafstörung, Erschöpfung, Antriebsverluste), sei es, dass Beziehungen zu anderen aber auch zu sich selbst gestört werden oder dass das Gefühl mächtig wird, der Welt eher passiv gegenüberzutreten zu müssen.

<sup>70</sup> Siehe: Scholten (2011).

<sup>71</sup> Wörishofer (2018: 35).

<sup>72</sup> Die Frage lautete: „Wenn Sie an die letzten drei Monate denken, inwieweit hindern Sie nachfolgende Gefühle oder Erfahrungen daran, ihren Alltag gut bewältigen zu können?“ Dabei kam eine fünfstufige Skala (von „stimme voll zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“) zum Einsatz, ergänzt um die Kategorie „kann ich nicht sagen“. Angemerkt sei, dass diese Liste, die gemeinsam mit dem Co-Forschungsteam entwickelt wurde, keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt (und erheben kann).

**Abbildung 2.7: Gefühle oder Erfahrungen, welche die Befragten in den letzten drei Monaten daran gehindert haben, ihren Alltag gut bewältigen zu können (in Prozent; nur Angaben „stimme voll“ oder „eher zu“) (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Häufig sind es Barrieren, die den Kontakt zum sozialen Umfeld erschweren bzw. die erst in der Begegnung bzw. in der Kommunikation mit Dritten hervortreten. Barrierefreiheit ist im Falle psychisch beeinträchtigter Personen eben nicht durch eine umfassend barrierefrei gestaltete Umwelt, sprich: den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt und/oder zu Informations- und Kommunikationstechnologien herzustellen.<sup>73</sup>

*„Die Barriere des Psychisch-behindert-Seins (...) ist mit technischen Mitteln nicht zu beseitigen, sie bedarf vielmehr einer bestimmten Art der menschlichen Hilfestellung, (...) die tendenziell immer wieder erfolgen muss, (...) im Unterschied zum behindertengerechten Bahnhof, der sich überdies noch publikumswirksam einweihen lässt.“<sup>74</sup>*

Barrierefreiheit heißt in ihrem Fall nicht zuletzt, gegebenenfalls vorhandene besondere Kommunikationsbedürfnisse und -modi Betroffener anzuerkennen und als normal zu respektieren. Kurzum: Ohne Lernprozesse auf Seiten Nicht-Betroffener und/oder die Einschaltung von Unterstützer\*innen (z.B. Behördenhelfer) ist Barrierefreiheit für psychisch erkrankte Personen in vielen Kontexten nicht herstellbar.

<sup>73</sup> So das klassische Verständnis von Barrierefreiheit, wie es auch in Artikel 9 der UN-BRK formuliert ist.

<sup>74</sup> Wörishofer (2018: 36).

## Wie wollen wir „seelisch Behinderten“ behandelt werden? Sekundäre Barrieren

### Persönlicher Beitrag eines Co-Forschers

Wie alle anderen Menschen auch, wollen auch wir „seelisch Behinderten“ „normal“ behandelt werden. Das heißt, es soll aufgrund unserer Behinderung kein Unterschied gemacht werden zwischen uns und den anderen („Nicht-Behinderten“), weder in positiver noch in negativer Hinsicht. Würde das nicht passieren, dann würde man uns nicht als Personen begegnen, sondern uns auf unsere „Behinderung“ reduzieren. Das wäre ein Akt der Diskriminierung, und, wenn sich dies verstetigt, Stigmatisierung, ein Verstoß gegen die Unantastbarkeit der Würde. Trotzdem gibt es Situationen, in denen es vorteilhaft ist, auf uns anders zu reagieren, als wir es im herkömmlichen Umgang untereinander gewohnt sind. Das hat aber nur insofern Sinn, als dadurch ein „normaler“ Umgang ermöglicht wird. Eine Barriere ist also etwas, das einen „normalen“ Umgang verhindert. Barrieren diskriminieren genau aus diesem Grund: Sie verhindern die „normale“ Begegnung, schlagen einen diskriminierenden Pfahl zwischen uns und den anderen. Insofern ist Barrierefreiheit die Bedingung der Möglichkeit einer „inkluisiven“ Gesellschaft.

Aber auch eine „normale“ Behandlung hat ihre Tücken. Denn nicht alles, was man für „normal“ hält, ist auch gesund. Im Gegenteil, eine normalisierende Behandlung, die dem Anderen Gewalt antut, nach dem Motto: Jetzt sei aber mal gesund, jetzt sei aber mal wieder normal, jetzt entspreche unserem Standard, ist eine kranke, eine krankmachende Beziehung. Ein solcher Umgang beschwört die Symptome herauf, wird eine „seelische Behinderung“ verstetigen und ist von daher als sekundäre Barriere zu bezeichnen. In einer „normalen Behandlung“ steckt also die Falle, wenn die „normale Behandlung“ zu einer „normalisierenden Behandlung“ wird, d. h., wenn versucht wird, uns nicht nur normal zu behandeln (das wären die primären Barrieren), sondern zu „normalen Menschen“, Menschen der Norm, zu machen.

Macht man aber alles richtig, beseitigt man die diskriminierenden Barrieren, so dass eine „normale“ Begegnung, eine Begegnung auf Augenhöhe, möglich wird, dann ist im „normalen“ Umgang mit uns auch eine Chance für die Gesellschaft enthalten. Denn der „normale Umgang“ orientiert sich an einem in der Gesellschaft gültigen Standard. Dieser Standard ist das, was gesellschaftlich als „ideal“ oder wünschbar gesehen wird. Das kann demokratische Elemente beinhalten, der Standard repräsentiert dann in diesen Elementen die Mehrheit, „was das Volk [als Basis der Politik] will“. Er kann aber auch undemokratische Elemente enthalten, wenn eine besondere Form, die innerhalb der Gesellschaft eigentlich eine Minderheit repräsentiert, als Mehrheit, das heißt als Norm hochgehalten wird. Das gilt für unsere (Welt-)Gesellschaft durchgehend, wenn es als „ideal“ oder wünschbar angesehen wird, das „man“ weiß, männlich, US-amerikanisch, nicht-„behindert“, „geistig gesund“, Christ etc. sein muss oder sein soll, und so keine Nachteile, keine Diskriminierungen, in Kauf wird nehmen müssen. Hier fängt nicht nur alle Diskriminierung an, wenn „seelisch Behinderte“ defizitär beschrieben werden, sondern potenziell auch jede *Pathologisierung* (als ein Ableismus, der uns „seelisch Behinderte“ betrifft; Pathologisierung = „Krankschreibung“, (ausschließliche) Zuschreibung einer/von Krankheit: Reduktion des Menschen auf als krank angesehene Symptome). Insofern ist uns wichtig, dass nicht nur die Barrieren beseitigt werden, die uns an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft behindern. Es ist darüber hinaus wichtig, dass eine „seelische Behinderung“ nicht per se als defizitär angesehen wird. Das geschieht dadurch, dass „wir“ in den Standard einfließen nach Maßgabe dessen, was für uns Barrierefreiheit heißt (wie für alle anderen Behindertengruppen analog): Unsere Barrierefreiheit kann als Bereicherung der Gesellschaft gelesen werden, als eine Ergänzung, die nicht nur wir brauchen, sondern wovon die gesamte Gesellschaft profitiert, ein Wert, der mit unserer Barrierefreiheit in den Kanon der Gesamtgesellschaft (ihren „Standard“) miteinfließt.



Schließlich noch ein letztes Wort zur Kehrseite dieser hier durch demokratische Mehrheiten als veränderlich vorgestellten Norm („Kanon“). Kehrseite des Standards ist nicht nur, dass, wer dem Standard, der Norm, nicht entspricht, defizitär bewertet und diskriminierend, d.h. ungleich behandelt wird; die Kehrseite betrifft darüber hinaus eine auch noch weiter gehende Form des Umgangs mit Minderheiten, d.h. die außerhalb eines normativen Kanons Stehenden. Gemeint ist der *Sündenbockmechanismus* (vgl. dazu René Girard als weiterführende Literatur). Denn Menschen ohne rationalen Grund als defizitär zu beschreiben ist ein Akt der „Verfolgung“ (Girard), der dazu dient, die Ordnung, den *status quo*, innerhalb der Gesellschaft wieder herzustellen bzw. mit Gewalt zu erhalten. Die vermeintlichen Mehrheiten in der Gesellschaft, die undemokratischen Mehrheiten, die eigentlich Minderheiten sind, wie z.B. die Superreichen, bedienen sich (bewusst oder unbewusst, direkt oder indirekt) einer „Minderheit“ (d. h. einer Gruppe außerhalb der „Norm“), beispielsweise der „seelisch Behinderten“, um in Abgrenzung zu ihnen ihre eigene Legitimität zu erhalten bzw. zu begründen, um sich als Standard aufzurichten und damit eine Herrschaft aufzubauen und zu zementieren, die sich der Kontrolle durch die Demokratie entzieht. Erst in diesem Sündenbockmechanismus (andere müssen zugunsten einer bestehenden Ordnung für diese Ordnung büßen) bildet sich der Standard aus, der dann wiederum den nicht dem Standard entsprechenden bei Bedarf vorgehalten werden kann, ein *Circulus vitiosus*, ein Teufelskreis, aus dem es für die, die einmal in seine Mühlen geraten sind, kaum ein Entrinnen gibt.

Mirko Bialas

**„Innere Barrieren“ im Wechselspiel.** Sicherlich können die „inneren Barrieren“ bereits *per se* die Teilhabe erschweren. Allerdings sollte nicht vergessen werden, dass soziale Teilhabeausschlüsse in der Regel erst im Wechselspiel mit dem Unverständnis, der Ungeduld und der Unsicherheit der Nicht-Betroffenen entstehen und durch Prozesse der Selbststigmatisierung („Ich bin psychisch krank, also bin ich unfähig, meine Lebensziele zu verfolgen“) verfestigt werden (können). So kann etwa der Verzicht auf soziale Aktivitäten auch Folge von Selbststigma als Übernahme von Stereotypen sowie von Scham über die eigene Erkrankung sein (siehe hierzu näher Kap. 7.3.1) – unabhängig von jeglicher depressiven Symptomatik.<sup>75</sup> Insofern verweist der hohe lebensweltliche Stellenwert „innerer Barrieren“ durchaus auch auf Ausgrenzungserfahrungen und Selbststigmatisierungen.

### 2.2.2 Zum Erleben psychischer Krankheiten II: Weitere Aspekte des Lebens mit einer psychischen Erkrankung

**Leben mit einer psychischen Erkrankung als „Alltags-Leistung“.** Das Leben mit einer psychischen Erkrankung stellt für viele Betroffenen eine jeden Tag aufs Neue zu bewältigende und kräftezehrende Herausforderung dar. Zu lernen, mit etwaigen Symptomen leben zu müssen, erfordert nicht nur, diese in sein Selbstbild zu integrieren, sondern häufig auch, diese im Sinne eines irgendwie funktionierenden Alltags immer wieder *aktiv* „überwinden“ zu müssen. Besonders offensichtlich ist dies bei Symptomen wie Antriebslosigkeit, Ängsten oder Zwängen. Die notwendigen Kraftanstrengungen enden hier aber nicht. Sei es, weil Betroffene zudem mit offenen Stigmatisierungen und Diskriminierungen zurechtkommen müssen (siehe Kap. 7) oder sich aufgrund der Tabuisierung und der negativen Bewertung psychischer Erkrankungen gezwungen sehen, ihre Erkrankung und ihre Symptome zu verbergen.

In unseren Gesprächen wiesen Betroffene häufig auf diesen kräfteraubenden alltäglichen Kampf, auf die Massivität der innewohnenden nicht-räumlichen und nicht-dinghaften Barrieren hin. Auch wenn es im Rahmen dieser Studie nicht möglich ist, diese subjektiv erlebten Mauern und deren Wirkmächtigkeit wirklich

---

<sup>75</sup> Rüsç (2021: 89-90).

sichtbar werden zu lassen,<sup>76</sup> vermögen die nachfolgenden Zitate (hoffentlich) doch einen kleinen Eindruck von dem damit verbundenen Lebensgefühl zu vermitteln, ein Lebensgefühl, das Nicht-Betroffenen insofern „fremd“ erscheinen muss, als es in der Regel kaum anschlussfähig an ihre Erfahrungswelten ist.

### Die Sicht Betroffener (Auszüge aus unseren Interviews)

„Ich bin manchmal so fertig, dass ich am Tag eigentlich gar keine Kraft habe, irgendetwas zu machen. Ich stehe irgendwann am Vormittag auf, oft total ermüdet, dass ich eigentlich den ganzen Tag im Bett liegen könnte und sagen könnte <Ihr könnt mich jetzt alle gernhaben>. (...) Manchmal fühle ich mich wie ein gespannter Bogen, der in der nächsten Sekunde losschnellt, aber eben immer noch überspannt ist. Und keine Erlösung findet. Den Alltag zu schaffen ist oft ... [Satz nicht beendet]. (Hauptdiagnose: Depression).

„Und das Schlimme ist, dass man hört, sieht, schmeckt, fühlt – alles ist erst einmal zehnmals so stark. Und man kann nicht mehr ausfiltern, was wichtig ist und was unwichtig ist. Und dann stürzt alles auf einen ein. Das kann man nicht mehr trennen. Das kann man nicht verkraften. Und deswegen macht das Gehirn dann Geschichten draus. Und deswegen macht man dann verrückte Sachen, weil man nicht mehr klarkommt irgendwie.“ (Hauptdiagnose: Schizophrenie).

„Ich finde es steht über einem. Es bestimmt das ganze Leben. Dass ich keine Zeit, keine Energie für irgendetwas Anderes habe. Weder für meine Interessen, die ich eigentlich habe, wenn ich gesund bin. Weil das halt alles bestimmt. Man muss dann viel mehr kämpfen, um etwas zu erreichen. Ständig.“ (Hauptdiagnose: Angststörung.)

„Das Gefühl ist so: Irgendjemand hat mir eine Glaskuppel übergestülpt und ich bin nicht mehr fähig, irgendetwas zu tun. Ich sehe immer nur <Um mich herum tut sich was> Ich selbst bin aber nicht mehr handlungsfähig. Und in mir ist so ein Gefühl von Aussichtslosigkeit. Schwere, Angst ... das ist ein Wust aus vielen Dingen, dass sie das Gefühl haben <Da komm ich nie wieder raus>. Ich kann nichts mehr tun. Ich hab kein Hunger mehr, keinen Durst. (...) Und das Nicht-Können ... aus dem Bett ... das wird gleichgesetzt mit Faulheit. Das ist schlimm.“ (Hauptdiagnose: Depression).

Vor dem Hintergrund dieser Selbst-Beschreibungen, die auf den alltäglichen Kraftakt verweisen, den Alltag trotz der inneren Barrieren irgendwie zu meistern, scheint es fast paradox, psychisch erkrankte Personen in unserer Gesellschaft als „leistungsschwach“ zu bezeichnen. Andererseits machen die Zitate auch die Größe der Herausforderung deutlich, die mit diesen Erfahrungswelten einhergehenden Barrieren, Nicht-Betroffenen zu vermitteln – allerdings eine Grundvoraussetzung, um Missverständnisse, Fehldeutungen und Ausgrenzungen abzubauen (siehe Kap. 7).

**Leben mit einer psychischen Behinderung als „Bereicherung“.** So einengend und herausfordernd psychische Erkrankungen auch sind, sie können im Laufe der Zeit doch den Blick Betroffener auf andere und auf sich selbst verändern. In unseren Gesprächen wurde immer wieder thematisiert, dass psychische Erkrankungen dadurch, dass sie etwas nehmen, sie andererseits auch wieder etwas geben können. Seien es neue Werte oder Lebenshaltungen. Oder sei es, dass man im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Erkrankung neue, als bereichernd erlebte Fertigkeiten (*skills*) erlernt. Wobei – auch dies machten Gesprächspartner\*innen uns klar – solche „Bereicherungen“ natürlich nichts an der negativen Symptomatik psychischer Erkrankungen änderten.

„Ich konnte nur die werden, die ich jetzt bin aufgrund meiner Geschichte, meiner psychischen Erkrankung. Ich habe durch die Auseinandersetzung ... für mich, in mir – mit der Zeit – einen neuen Sinn gefunden. Bin emphatischer, bin kämpferischer geworden. Das war und ist positiv. Aber die psychische Erkrankung ist natürlich trotzdem scheiße. Der Preis ist hoch. Und morgen kann ich darin [in psychischer Erkrankung, SIM] auch wieder verschwinden.“ (Betroffene\*r).

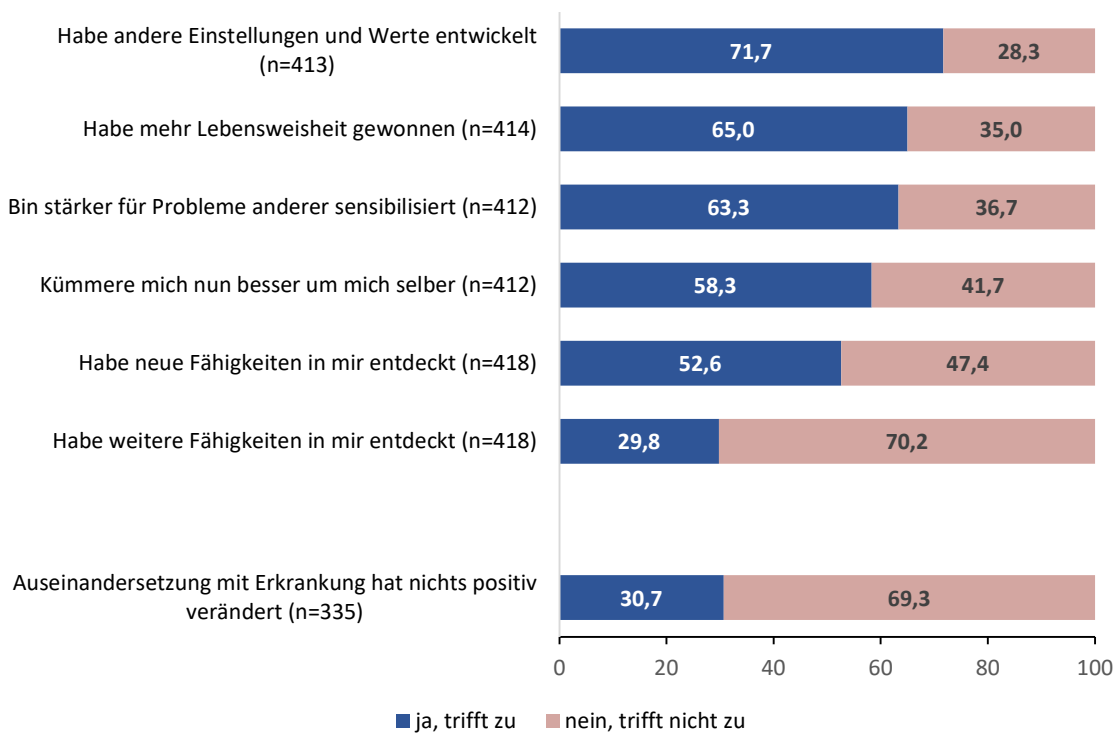
Um diese „Bereicherung“ zu erfassen, wurden die Befragten im Rahmen der ZBFS-Erhebung gebeten anzugeben, ob die Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung für sie auch positive Folge gehabt habe. Hierfür wurde ihnen eine kurze Liste von möglichen Veränderungen vorgelegt, ergänzt um die Kategorie „Durch die Auseinandersetzung hat sich für mich nichts positiv verändert.“<sup>77</sup> Nimmt man alle Befragten in den

<sup>76</sup> Hier sei auf Selbstzeugnisse Betroffener wie das von Melle (2020) verwiesen. Aus wissenschaftlich-phänomenologischer Sicht sei das kürzlich vorgelegte Buch von Thomas Fuchs (2021) empfohlen.

<sup>77</sup> Siehe Frage 10 des ZBFS-Fragebogens im Anhang.

Blick, die auf die Frage in irgendeiner Form antworteten (n=428), mochte nur rund jede\*r Zehnte (10,7%) *keinerlei* positive Aspekte durch die Auseinandersetzung mit der Erkrankung erkennen. Allerdings bejahte rund ein Drittel (30,7%) das Item „Durch die Auseinandersetzung hat sich für mich nichts positiv verändert“. Dies deutet darauf hin, dass viele Befragte durchaus positive Veränderungen sahen, diese aber letztlich als irrelevant werteten. An erster Stelle der positiven Veränderungen steht das Item „Habe andere Einstellungen und Werte entwickelt“, gefolgt von „Habe mehr Lebensweisheit gewonnen“ und „Bin stärker für Probleme anderer sensibilisiert.“ Rund zwei Drittel der Befragten stimmten dem jeweils zu. Dabei zeigt sich ein enger Zusammenhang mit der Dauer der psychischen Erkrankung: Je länger Betroffene über psychische Beeinträchtigungen berichten, desto stärker werden positive Veränderungen gesehen. Auffällig auch, dass Frauen – über alle Items hinweg – ein deutlich positiveres Bild zeichneten als Männer.

**Abbildung 2.8: Positive Aspekte durch die Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

## Der Binnenblick auf eine psychische Erkrankung

### Persönlicher Beitrag einer Co-Forscherin

Ich habe das Glück seit vielen Jahren kaum mehr Symptome zu haben. Das liegt auch an mir. Eine gerechte Verteilung von Krankheit bzw. Symptomen gibt es nicht.

Eine psychische Erkrankung zu erleben, prägt tief und lang, die Erfahrung in einer anderen Welt gewesen zu sein.

Als Erfahrung bleibt mir auch, hautnah, häufig, existentiell Lebensgrenzen zu erleben, ebenso davon gekommen zu sein und noch wichtiger: dass neues gutes Leben wieder möglich wurde, dass Leben gelingt in und mit den Brüchen. Schwer dabei empfand ich das Miterleben von psychischer Erkrankung in der Familie, bei Freund\*innen und bei Mitpatient\*innen.

Der Würdeverlust liegt im Innen und Außen. Ich konnte mir selbst nicht mehr die sein, die ich war und für andere konnte ich es auch nicht mehr.

Dass andere sich wegen mir schämten und mich abschrieben, war (und ist) traurig, genauso wie meine eigene Abstempelung, meine Selbstaufgabe, mein Selbsthass. Diese Doppelung von Würdeverlust innen und außen ist eine Paradoxie: ich stehe nicht zu mir und andere tun das auch nicht.

Ich will aufhören, immer wieder „beweisen“ zu müssen, wer ich bin, was ich kann. Doch es ist nicht so einfach.

*Ja*, ich bin sensibel, aber zu sehr soll ich es nicht sein, nicht zu problembewusst, nicht zu negativ. Als Künstlerin, Schriftstellerin darf ich exzentrisch-verschroben sein, labil, zweifelnd, anklagend und sollte dieses Image sogar irgendwie bedienen. Als Psychiatrie-Erfahrene soll ich rational, brav, leise bleiben, sonst werde ich wieder neu abgestempelt, eingeeignet auf meine Psychiatrieerfahrung?

*Ja*, es gibt Grenzen des Verstehens und Nachvollziehens, aber auch viele Grade der Empathie. Die Geschichten psychisch Erkrankter befremden, verstören, aber sie zeigen auch, was es heißt Mensch zu sein und was in größter menschlicher Not gelingt, dem Leben abgerungen wird, im Großen und Kleinen.

Viele Menschen erleben Existenzbrüche: tun wir uns zusammen für mehr Scheitern-Zeigen in Solidarität, für mehr leben und leben lassen.

Wir sind  
Lichter  
Schatten  
Ich Du  
Wir vielerlei  
Grau  
Komisch  
Bunt  
Alle Menschen

*Ja*, Rücksicht, Toleranz, Mitempfinden sind Grundlagen unseres Zusammenlebens. Unsere Menschenwürde bleibt, trotz aller gegenteiligen Erfahrungen. Aber ihre Umsetzung braucht Lobby, Lobby für psychisch Erkrankte.

*Ja*, ihr findet es mutig, wenn ich offen meine Wunden zeige. Ich entbinde euch damit nicht von eurer persönlichen Arbeit mit euren Brüchen.

**Wir** sind viele

**Wir** reden

**Wir** fordern unsere Rechte

Hört auf uns zu vergessen

Hört uns mehr zu als Lebenskünstler\*innen

Öffnet euch für unsere Krisenkraft

Fragt nach unsere Kunst mit und trotz Krankheit zu (über)leben

**Hört** unsere Weisheit

**Seht** unser Menschsein



Karolina De Valerio

## 2.3 Zum Begriff „Behinderung“

### 2.3.1 Sozialrechtliche Grundlagen und konzeptionelle Überlegungen

Mögen die meisten Betroffenen dem Begriff „Behinderung“ auch sehr kritisch gegenüberstehen bzw. ihn als Selbst- oder Fremdbezeichnung ablehnen, bedarf er doch einer kurzen Erörterung. Zum einen, da bereits die Ausgangsfragestellung der vorliegenden Studie explizit Bezug auf „Menschen mit seelischen Behinderungen“ nimmt (siehe Kap. 1.1). Zum anderen ist zu bedenken, dass dem Behinderungsbegriff in der fachlichen und politischen (Teilhabe-)Debatte ein hoher Stellenwert zukommt.<sup>78</sup> Abgesehen davon ist die Frage auch für die Selbstorganisation der Betroffenen von Bedeutung – eine Mitarbeit im städtischen Behindertenbeirat setzt zweifelsohne eine gewisse Anschlussfähigkeit an den Begriff voraus (nach innen und außen).

**Sozialrecht.** §2 (1) SGB IX definiert Menschen mit Behinderung als „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper und Gesundheitszustand vom dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen.“ Der Gesetzgeber hat sich mit diesem Begriffsverständnis, das die sozialen Folgen von gesundheitlichen Problemen betont, erkennbar an die 2001 von der WHO vorgelegte ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) angelehnt. Allerdings ist der in §2 SGB IX formulierte Behinderungsbegriff deutlich enger als jener der ICF.<sup>79</sup>

In diesem Sinne stellt auch der Begriff der „seelischen Behinderung“, der der Studie gewissermaßen zugrunde liegt, einen sozialrechtlichen *Terminus technicus* dar, der zur Begründung der Gewährung von Sozialleistungen dient. In der Erlebenswelt Betroffener findet er jedoch keine Entsprechung. In unseren Gesprächen wurde er mitunter als klar diskriminierend gewertet:

„Gut oder vielmehr schlecht, ich bin psychisch erkrankt. Das ist so. Kann ich nichts dran ändern. Aber dass meine Seele behindert sein soll. Was soll das? Das zu behaupten, das geht zu weit.“  
(Betroffene\*r)

**Das soziale Modell von Behinderung.** Das von körperlich beeinträchtigten Wissenschaftler\*innen entwickelte „soziale Modell (von Behinderung)“ sieht Behinderung als Ergebnis von sozialen Barrieren.<sup>80</sup> Im Sinne des Modells sind Menschen nicht aufgrund ihrer individuellen Beeinträchtigung behindert, sondern durch die Art und Weise, wie die Gesellschaft und das tägliche Leben organisiert sind. Kurzum: Menschen mit Beeinträchtigung *sind nicht* behindert, sie *werden* behindert.<sup>81</sup> Kurzum: Das Hauptproblem wird nicht in körperlichen Schädigungen oder psychischen Funktionsstörungen verortet,<sup>82</sup> sondern in der gesellschaftlichen Ausgrenzung betroffener Personen, die sich ihrerseits durch die *negative* Lesung ihrer Körper oder ihres Verhaltens begründet. Nach der Binnenlogik des Modells sind alle körperlichen (oder sonstigen) menschlichen „Seins-Formen“ *qua* ihrer Existenz vielmehr als „normal“ zu denken. Entsprechend sind Versuche, Betroffene zu „rehabilitieren“ oder zu „heilen“, aus Sicht des Modells stets als tendenziell diskriminierend zu hinterfragen – vor allem wenn sie gegen deren Willen erfolgen sollten.

Dieses Verständnis von Behinderung dürfte für die meisten Personen mit psychischer Beeinträchtigung anschlussfähig sein. Dies umso mehr als die „Gruppe“ der Personen mit psychischen Erkrankungen ihre einzige Gemeinsamkeit letztlich in der gemeinsamen Erfahrung von Stigmatisierung und Ausgrenzung hat. Damit soll das gemeinsame Faktum psychisch bedingter Funktionsstörungen nicht geleugnet werden. Allerdings generieren diese keine gemeinsame Gruppenerfahrung. In der Autismus-Szene gibt es den „geflügelten Spruch“ <Kennst Du einen Autisten, kennst Du genau einen>. Dies trifft auf die „Gruppe“ psychisch erkrankter Personen in noch stärkerem Maße zu, selbst wenn man die Betroffenen auf ihr gemeinsames Merkmal der

<sup>78</sup> So spricht der jüngste Teilhabebericht der Bundesregierung (BMAS 2021), der auch die Lebenslagen von psychisch erkrankten Personen untersucht, durchgängig von Menschen mit Beeinträchtigungen sowie von Menschen mit Behinderung.

<sup>79</sup> BMAS (2021: 24).

<sup>80</sup> Einen guten Überblick über die Anfänge des Modells bietet: Oliver (1996b).

<sup>81</sup> Wie es Mike Oliver (1996a: 42) prägnant formulierte: „Behinderung hat nichts mit dem Körper zu tun. Es ist Folge des gesellschaftlichen Scheiterns, den anderweitigen Bedürfnissen behinderter Personen Rechnung zu tragen und die Barrieren abzubauen, denen sie sich gegenübersehen.“ (Übersetzung AS).

<sup>82</sup> Körperliche Schädigungen und funktionelle Beeinträchtigungen werden dabei als objektive, klar abgrenzbare und (in ihren Auswirkungen) dauerhafte Einheiten verstanden. Hier zeigen sich durchaus Verbindungslinien zum sogenannten medizinischen Modell von Behinderung, das die Schädigungen als Ursache von Behinderung in den Mittelpunkt stellt.

psychischen Erkrankung reduzieren würde. Insgesamt scheint uns das Modell mit Blick auf psychisch erkrankte Menschen in konzeptioneller Hinsicht mangelhaft. Vor allem aus vier Gründen:

- Gerade bei psychisch erkrankten Personen sind Teilhabeausschlüsse nicht nur in ausgrenzenden und diskriminierenden Praktiken Dritter begründet, sondern auch in den häufig *per se* reduzierten Handlungsmöglichkeiten Betroffener („innere Barrieren“). Innere und äußere Barrieren sind dabei eng miteinander verwoben.
- Die diagnostizierten psychischen Funktionsstörungen haben in der Regel keine materielle Basis.<sup>83</sup> Und insofern die definitorischen Grundlagen von Diagnosen zudem Ergebnis sozialer (fachwissenschaftlicher) Aushandlungsprozesse sind und diagnostische Prozeduren keineswegs immer zu denselben Ergebnissen kommen (siehe oben), erweist sich der objektivierende Beeinträchtigungsbegriff des sozialen (und medizinischen) Modells generell als unpassend.<sup>84</sup>
- Psychisch beeinträchtigte Personen, deren Erkrankung unsichtbar ist, sind sehr oft bemüht, diese Unsichtbarkeit unter allen Umständen aufrechtzuerhalten. Sofern ihnen dies gelingt, können krankheitsbedingte Ausgrenzungen und Teilhabeausschlüsse tendenziell verhindert werden. Körper- / sinnesbehinderte Personen haben diese Möglichkeit naturgemäß nicht. Dass diese Unsichtbarkeit auf Seiten der Betroffenen mitunter einen enormen Kraftaufwand voraussetzt, ist dabei irrelevant.
- Viele psychische Funktionsstörungen zeichnen sich *per se* durch eine ausgeprägte zeitliche Plastizität aus (Stichwort: episodische Verläufe). Zudem erweisen sich selbst schwere chronifizierte Störungen als effektiv behandelbar, was die Frage aufwirft, inwieweit diese dann noch „Alltagsrelevanz“ beanspruchen können (etwa bezüglich der Schwierigkeit, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten oder das tägliche Leben effektiv zu gestalten). Kurzum, viele auch chronisch psychisch erkrankte Personen haben keine ständigen oder permanenten Gesundheitsprobleme oder negative psychische Symptomatiken. Hinzu kommt, dass manche negativen Folgewirkungen diagnostizierter psychischer Störungen strikt situationsgebunden sind: Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund einer „Verlangsamung im Denken und Handeln“ etwa tauchen häufig nur auf, wenn die Kommunikation unter Zeitdruck steht, den Betroffenen eben nicht die Zeit gegeben wird, die sie subjektiv brauchen – was typisch für unsere Leistungsgesellschaft ist.<sup>85</sup>

Ohne die Legitimität des sozialrechtlichen Begriffsverständnis leugnen zu wollen, scheint es daher fraglich, ob „Behinderung“ als analytischer wie auch als beschreibender Begriff für psychisch erkrankte Menschen überhaupt sinnvoll ist. Auch weil der Begriff bei der Mehrzahl der Betroffenen auf Widerstände stößt. Anstatt Menschen mit einer psychischen Erkrankung in das soziale (oder medizinische) Modell von Behinderung zu integrieren, sollten die konzeptionellen Bemühungen unseres Erachtens eher daraufgelegt werden, ein eigenständiges „soziales Modell psychischer Erkrankung“ zu entwickeln. Umso mehr als auch das ICF-Modell<sup>86</sup> den Besonderheiten psychischer Erkrankungen nicht gerecht wird. Für die *gemeinsame* politische Lobbyarbeit – von psychisch erkrankten Personen und Menschen mit Behinderungen – würde sich unseres Erachtens der zusammengesetzte Begriff wie „Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischen Erkrankungen“ empfehlen. Er würde die gemeinsamen Ausgrenzungserfahrungen transportieren - ohne problematische Gleichsetzungen zu implizieren.

Der Begriff „Behinderung“ kann natürlich noch aus anderen Perspektiven hinterfragt werden. Wie es ein Mitglied unseres Studienteams formulierte:

---

<sup>83</sup> So findet sich in den Klassifikationskriterien des aktuellen „Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen“ (DSM-V) kein einziger biologischer Test (Nesse 2020: 24).

<sup>84</sup> Siehe hierzu auch: Penson (2015). Aus Sicht der Evolutionspsychiatrie könnte der Begriff der Beeinträchtigung (*impairment*) mit seinen negativen Konnotationen ebenfalls hinterfragt werden, siehe: Nesse (2020).

<sup>85</sup> Siehe hierzu weitergehender auch die folgende Textbox „Psychische Behinderung als temporale Behinderung“.

<sup>86</sup> Das ICF-Modell erhebt den Anspruch, die Zusammenhänge zwischen körperlichen bzw. psychischen funktionellen Schädigungen, dadurch bedingten Leistungs-/ Handlungseinschränkungen im Alltagsleben und multifaktoriell begründeten Teilhabeausschlüssen fach- und länderübergreifend zu beschreiben. Für eine kurze Zusammenfassung siehe etwa den Dritten Teilhaberbericht der Bundesregierung, dem es auch als eine konzeptionelle Grundlage dient (BMAS 2021: 21-23).



## Eine „psychische Behinderung“ gibt es nicht: Zur Dekonstruktion des Begriffs „Behinderung“

### Persönlicher Beitrag eines Co-Forschers

Bevor der eigentliche Text beginnt, soll folgendes vorausgeschickt werden: Um die Sache nicht noch zu verkomplizieren, wird an dieser Stelle nicht wie im Fachjargon üblich von einer *seelischen*, sondern vielmehr von einer *psychischen Behinderung* gesprochen. Der Begriff „Seele“ ist theologisch belegt und kann kaum ohne entsprechende Assoziationen verwendet werden. Die Translation „Psyche“ ist in ihrer Wahl nicht sehr viel besser, doch fehlen dem Wort *Psyche* Konnotationen, die den säkularen Begriff *Behinderung* unnötig belasteten. „Psyche“ ist nicht sehr viel besser, denn auch bei dem Begriff *psychische Behinderung* wird grundsätzlich zum Problem, dass er „paradox“ ist, denn wie kann das Subjekt, die Psyche, nicht funktionsfähig, also „behindert“ sein?<sup>87</sup>

Ein „psychisch kranker Mensch“ akzeptiert seine Erkrankung nicht. Das ist gut, soweit es die Erkrankung selbst betrifft. Hier geht es aber auch um das *Wording*. Denn kein „psychisch Erkrankter“ akzeptiert für sich das Etikett „psychisch krank“. Inwieweit das mit seinem „Willen zur Gesundheit“ zu tun hat, muss sich erst noch zeigen. Zwar gibt es immer wieder Menschen, die aus opportunen Gründen heraus das Etikett übernehmen. Aber alles in allem ist das hervorstechende Merkmal (Symptom) einer „psychischen Erkrankung“ die „Krankheitsuneinsichtigkeit“. Da aber eine „psychische Behinderung“ laut Definition eine „chronifizierte psychische Erkrankung“ ist, gibt es in der hier entscheidenden Perspektive der Betroffenen die „psychische Behinderung“ ebenfalls nicht, denn die, von denen wir da sprechen, identifizieren sich nicht damit.

Darüber hinaus vermögen Medizin wie Psychologie nicht zu sagen, was eine psychische Krank- oder Gesundheit sein soll, was höchstproblematisch ist, denn mittels einer undefinierten Begrifflichkeit werden Menschen klassifiziert und Schicksale entschieden, z. B. in Form von gesellschaftlichen Chancen, die für Menschen mit einem Psychriaufenthalt dann ungleich verteilt sind. Undefinierte Begriffe wirken wie ein Einfallstor für Un- oder Halbwissen („Küchenpsychologie“, Vorurteile, Stigmatisierung). Es fehlt dann aber ebenfalls die nötige Trennschärfe, um Geheilte von (noch) Erkrankten zu unterscheiden, was wiederum die gesellschaftliche Ansicht nährt, ein „psychisch Kranker“ könne nicht genesen.

Für psychisch gesunde Menschen trifft das Wort „psychische Erkrankung“ ebenfalls nicht zu, da es sich kontradiktorisch ausschließt.

Trotzdem gibt es die „psychische Erkrankung“.<sup>88</sup> Aber eine „psychische Erkrankung“ hat in unserem Diskurs immer nur Sinn für die anderen, über die in Hinblick der Erkrankung *nicht* gesprochen wird. Wenn wir den Slogan der Behindertenbewegung ernst nehmen wollen, „nicht ohne uns über uns“ zu sprechen, dann sollte die Perspektive derjenigen, über die gesprochen wird, berücksichtigt werden. Und diese Perspektive dekonstruiert den Begriff „psychische Erkrankung“.

<sup>87</sup> Eva Illouz (2020: 292): „Wie Michel Foucault in *Sexualität und Wahrheit* lakonisch anmerkt, ermutigt die Sorge um sich, einmal in die medizinische Metapher der Gesundheit gegossen, paradoxerweise die Vorstellung eines ‚kranken‘ Selbst, das der Korrektur und Transformation bedarf.“

<sup>88</sup> Einen Hinweis auch auf eine Definition gibt Kierkegaard in seiner Schrift *Die Krankheit zum Tode*. Hier spricht der Psychologe und Philosoph von „Gesundheit ist überhaupt, Widersprüche lösen zu können.“ (Kierkegaard 2019). Das könnte man verwenden, um so etwas wie eine psychische Erkrankung/Gesundheit einzugrenzen. Z. B. ergibt sich daraus, dass Menschen in einer akuten Krise Probleme anhäufen, statt sie zu lösen. Ein Rest dieses Gedankens von Kierkegaard ist evtl. noch in der heutigen Idee der „Resilienz“ enthalten.

Denn wenn eine „psychische Erkrankung“ allein eine Fremdetikettierung ist, welches Recht haben wir dann so zu reden? Darf die Eigenwahrnehmung in diesem Zusammenhang denn keine Rolle spielen? Oder wie müssen wir sprechen, damit „psychisch Erkrankte“ (ich verwende das Wort aus Konventionsgründen) nicht fremdbestimmt und integriert sind?

Es ist, wie gesagt, durchaus so, dass der Begriff seinen Sinn hat. Selbst psychisch erkrankte Menschen etikettieren sich manchmal untereinander so. Es geht bei ihm darum, das Unnennbare zu benennen, das Tabu an einem (psychischen) Ort zu sein, an dem man selbst sein darf. Und so geschieht die „Benennung“ immer „differentialdiagnostisch“, differentiell, d. h. um „die Kranken“ von anderen abzugrenzen und um zu sagen, was oder wer sie *nicht* sind, nämlich kriminell (ein „psychisch Kranker“ verhält sich *wie* ein Mensch, der kriminell ist, also Böses tut; aber es wird ihm die böse Absicht fehlen und das markiert das „psychisch krank“, einen eigenständigen, positiven Inhalt findet man am Begriff meines Wissens nicht)<sup>89</sup>.

Aber was heißt das für die medizinische Praxis, wenn mit einem Begriff operiert wird, mit dem sich die „Patient\*in“ gar nicht gemeint fühlen können? Steht und fällt nicht der ganze Heilungsprozess damit, dass etwas als „krank“ gelabelt und von den (dann) Patient\*in akzeptiert wird? Wenn der Patient\* die Institution nicht anerkennen kann, die für ihn vorgesehen ist, beginnt mit der Einweisung in die Klinik dann nicht auch die Stigmatisierung (d. h. eine bleibende Trennung zwischen denen, für die der Begriff ganz „natürlich“ ist und denen, die gar nicht wissen, wie ihnen geschieht)? Wird aber eine Stigmatisierung durch die Institution befördert und dadurch eine „Heilung“ behindert, dann sollte es nicht wundern, dass es im Krankenhaus auch zu Gewalt kommt. „Patient\*en“, die nicht dem Skript folgen, das von der Gesellschaft für sie vorgesehen ist, müssen schließlich zur Einhaltung ihrer Rolle gezwungen werden, und das geschieht ab einem kritischen Punkt mit Gewalt. Es wirkt wie ein Relikt aus den Zeiten der *Schwarzen Pädagogik*, als man meinte, mit Schlägen Menschen erziehen zu können.

Bezogen auf den Behinderungsbegriff haben wir es hier also mit einer Behinderungs-„Art“ zu tun, die wie bei anderen Behinderungen einen defizitären Behinderungsbegriff ablehnt („ich bin nicht, ich werde behindert“). Der Begriff verliert letztlich jeden subjektiven Sinn. Der Begriff der Behinderung wird damit dekonstruiert, wenn die „psychisch Behinderten“ ihn als pure Fremdetikettierung offenbaren, was so von den anderen Behinderungsgruppen nicht geleistet wird, was wohl auch damit zu tun hat, dass ihre spezifische Art des „wie werde ich behindert“, d. h. des „wie und warum werde ich nicht ‚normal‘ behandelt“, nicht leicht greifbar ist<sup>90</sup>. Aus diesem Grund scheint es notwendig, den Begriff „Behinderung“ zu überdenken, um schließlich einen weniger strittigen zu verwenden. Einen Hinweis scheint der der „Krise“ zu geben (der aber natürlich nicht auf „Behinderungen“ verallgemeinerbar ist).

Der Begriff „psychische Behinderung“ sollte aber auch deswegen überdacht werden, weil er den Zustand einer Behinderungs-„Art“, den er ja schließlich einfangen will, nicht zu beschreiben vermag und ihn damit *entsubjektiviert*. D. h., eine Inklusion, die anhand dieser Begrifflichkeit geschehen soll, findet schlussendlich keinen Ort, weil sie im Begriff selbst ausschließt, was mit ihm eingeschlossen werden soll. Damit geschieht ein weiterer „Drop out“ (allmählicher gesellschaftlicher Ausschluss) von Menschen in einer länger dauernden psychischen Krise. D. h., ihre soziale Ungleichheit wird verstärkt und nicht verhindert, wie es sich die UN-Behindertenrechtskonvention vorgenommen hatte.

---

<sup>89</sup> Deshalb auch die Schwierigkeiten, die die meisten „psychisch Erkrankten“ und oft auch ihre Angehörigen mit der Berichterstattung in den Medien haben: Kriminalität in einem Zusammenhang mit „psychischen Krankheiten“ zu erwähnen ist paradox.

<sup>90</sup> Siehe dazu meinen Beitrag „Eine ‚seelische Behinderung‘ ist eine ‚Behinderung‘ an Zeit“ (Kap. 2.3.2).

Was heißt das Ganze für die psychische Gesundheit? Wenn ein Begriff kursiert, der die Bezeichneten entsubjektiviert (d. h. hier: ihre Subjektivität, „der Begriff passt für mich nicht“, nicht berücksichtigt), dann fördert das strukturell die Erkrankung. Die Zurückweisung des Begriffs ist also ein Reflex, der nach dem Gesagten durchaus als „gesund“ beschrieben werden kann. Zwar würde jeder „Erkrankte“ besser fahren, wenn er nicht von der Gesellschaft getrennt wäre, aber dann muss sie schon etwas bieten, was ihn in seiner Subjektivität abholt, z. B. „andauernde“, „biographische Krise“ oder „Ver-rücktheit“<sup>91</sup>. Sonst wird sich der Erkrankte nur aufgrund der Vorteile, die an das Label gebunden sind, mit seiner „Erkrankung“ arrangieren und damit den Kampf aufgeben, der für die Genesung notwendig ist.

Mirko Bialas

### 2.3.2 Eine „Seelische Behinderung“ ist eine „Behinderung“ an Zeit: Persönlicher Beitrag eines Co-Forschers (Mirko Bialas)

*Die Zeit denken ist eine unumkehrbare Reise machen, im Verlauf welcher es nötig ist, dass das Denken sich selbst erfasst; die Zeit denken ist reflexiv die Operation des Denkens denken [...].*

Vladimir Jankélévitch (Jankélévitch und Berlowitz 2008)

*Was zeitlich ist, ist immer in gewissem Grade kryptisch.*

Vladimir Jankélévitch (Jankélévitch und Berlowitz 2008)

Die Studie SICHTBAR wurde beauftragt, die Barrieren für Menschen mit einer sog. „seelischen Behinderung“ zu identifizieren.<sup>92</sup> Der Titel der Studie leitet sich von der Tatsache ab, dass die Barrieren für Menschen mit einer „seelischen Behinderung“ bisher unbekannt und damit unsichtbar waren. Indem sie aber unsichtbar blieben, blieben sie auch *unsagbar*. Ihre Unsagbar- wie Unsichtbarkeit sind, mit dem französischen Soziologen und Historiker Michel Foucault gesprochen, Effekte einer Macht, die Phänomene wie den Wahnsinn oder die Armut nur in ihrer Randzone, in der Peripherie dulden kann. Wahnsinn gehört auch deshalb zu den gesellschaftlich marginalisierten Phänomenen, als seine Subjekte, die „Wahnsinnigen“, „Psychotiker“ oder „Psychos“ diejenigen sind, die am wenigsten Anteil an Macht haben. Menschen in psychischen Krisen sind deswegen aber nicht gleich Spielbälle von Macht, sie wissen sich zu wehren. Dennoch fehlt ihnen selbst jede Stabilität (das wäre schließlich *eine* Definition von Krise: das Prekär-Werden aller Lebenszusammenhänge), die zur Machtausübung befähigen würde. Denn um Macht zu „haben“, braucht es ein zurechenbares Subjekt, einen Adressaten, der die Durchsetzung der Macht durch stabile soziale Beziehungen hindurch garantiert.

Sind also „Verrückte“, „Wahnsinnige“ oder „Schizophrene“ in erster Linie in der *Machtausübung* gehandicapt? Ist der fehlende Zugang zu Macht ihre (Haupt-)Barriere, diejenige, von der aus sich alle weiteren ableiten?

<sup>91</sup> Ein von allen „psychisch Erkrankten“ gleichermaßen akzeptierter Begriff für den außerregulären Zustand steht noch aus. Auch der popularisierte Begriff der „Krise“ scheint sich nur dahingehend zu bewähren, dass er toleriert, aber nicht akzeptiert wird, d. h. dem zwar nicht widersprochen, der aber auch von den Betroffene\*n kaum genutzt wird. Vielleicht lässt sich eine „psychische Krise“ gar nicht begrifflich einholen und muss somit als Leerstelle gelten. Auch der in der Antipsychiatriebewegung übliche Begriff der „Ver-rücktheit“ stößt an die Grenzen seiner umgangssprachlichen, negativen Konnotation. Dabei beschreibt das „Ver-rückte“ nach Kant ganz gut, was „Wahnsinn“ ist. Nach Kant sind die Maximen des Ver-rückten nicht verallgemeinerbar, worin er dem Kriminellen gleiche. Man könnte ergänzen, durch den Mechanismus, dass der Ver-rückte sich seine Ver-rücktheit nicht freiwillig wählt, sondern per „normalisierender Gewalt“ dazu gebracht wird, unterscheidet er sich vom Kriminellen. – Wir haben es auch hier mit einer schwierigen Lage zu tun: Seit Kant wissen wir, was der Wahnsinn ist, können aber den so Titulierten keinen Begriff anbieten, den sie für sich selbst akzeptieren würden, nur den umgangssprachlichen „Ver-rückte“ (mit Bindestrich), der gesellschaftlich aber, bei einem falschen Verständnis, stigmatisierend wirkt.

<sup>92</sup> „Behinderung“ und „Erkrankung“ werden hier wie im gesamten Text in Anführungszeichen gesetzt, da diese Konzepte für Menschen, deren quasi erstes Symptom eine *Uneinsichtigkeit* ist, nur schwer und oft nur unter überredenden Einflussnahmen als mit ihnen identisch zu erkennen sind.

Gesellschaftlich am wenigsten über Macht zu verfügen ist ein bemerkenswerter Umstand, der Subjekte bereits definieren könnte. Hier käme es aber auf einen Gesellschaftsbegriff an, um zu sagen, welchen Stellenwert die Mindermächtigkeit der „Psychos“<sup>93</sup> hat, auf eine gesellschaftliche Analyse, die genau benennt, wie weitreichend dieses Handicap ist. Effekte von Macht sind aber wohl kaum allein konstitutiv für unsere weitflächig zergliederte Gesellschaft. Oder spiegelt sich in der Mindermächtigkeit der „Psychos“ eine Ungerechtigkeit wider, die selbst als ein Effekt ihrer inhärenten Behinderung durch eine „Erkrankung“ zu verstehen ist?

Um also zu extrapolieren, was in der Studie SICHTBAR konzeptionell angelegt ist, nämlich die Barrieren von „seelischen Behinderungen“ sichtbar zu machen, muss die Studie in dieser

Doppelung von Sag- und Sichtbarmachung auch das Schweigen durchbrechen, das sich mit den psychischen Krisen verbindet. Insofern könnte die Studie auch Studie SAGBAR heißen.

Methodisch versucht die Studie das Schweigen zu brechen, indem sie Menschen, die eine diagnostizierte psychische Krise durchlebten, zu Co-Forscher\*in macht. Insofern lebt die Studie von der Kommunikation zwischen den Studiendurchführenden und ihren Co-Forscher\*in. Ob das Studienergebnis hält, was es verspricht, nämlich „Barrieren“ aufzufinden, liegt insbesondere daran, inwieweit es den Co-Forscher\*in gelingt, das Schweigen zu beenden und eine Stimme zu finden.

Dass der Untersuchungsgegenstand, die Barrieren, im Gegensatz zur herkömmlichen Auffassung nicht im körperlichen Bereich liegen kann, ist offensichtlich, schließlich ist eine Seele nicht fassbar. Seelisch ist nicht gleich körperlich, die beiden Kategorien schließen sich gegenseitig aus. Trotzdem kann oder muss eine Verbindung, ein Konnex oder „Link“ zwischen körperlich/seelisch angenommen werden, schließlich bildet die Seele mit dem Körper eine Einheit in der *Person*. Diese „Basis“, Referenz, der Konnex zwischen Körper und Seele (oder Geist), kann als *Hirn* bezeichnet werden. Die Medizin irrt nicht komplett, entgegen einem nicht nur unter Betroffenen weit verbreiteten Vorurteil, wenn sie auch in seelischen Belangen körperbasiert operiert. Trotzdem stellt sie den Körper einseitig heraus, agiert „geistvergessen“. Es geht hier nicht darum, zu kritisieren. Hinsichtlich der Barrieren wirkt aber die Praxis, die Psyche allein mit dem neurologischen Geschehen (Botenstoffe im Gehirn) in Verbindung zu bringen, zu abstrakt, da es um Inklusion, um die gleichberechtigte Teilhabe der „Psychos“ geht, also um lebensweltliche Belange. Insofern muss umgedacht werden, nicht nur in Bezug auf die körperbasierte Medizin, die mit ihrer Analyse häufig außer Acht lässt, was gesellschaftlich, politisch, sozial auch hinsichtlich Genesungsprozessen relevant ist, sondern auch hinsichtlich der bisherigen Art sich behinderungsbedingte Barrieren vorzustellen, die ebenfalls vornehmlich innerhalb eines *Paradigmas des Körpers* gesucht werden. Wo aber verstecken sich die Barrieren, wenn sie nicht fassbar sind?

*Sichtbarkeit* ist ein unmittelbarer Verweis auf den Raum; nur was räumlich ist, wird sichtbar. Foucault zeigt<sup>94</sup>, dass der nahezu vollkommen transparente Raum, der Raum, der *alles* sichtbar macht, einer besonderen Anordnung unterliegt. Im Gefängnis mit seinen langen, überschaubaren, weithin ausgeleuchteten Gängen, in denen jede Abweichung vom Erwartbaren, jede potenzielle Delinquenz unmittelbar erkennbar wird, ist diese Dystopie architektonisch realisiert. Und doch versteckt sich auch in diesen langen Gängen das „Andere der Vernunft“, der Wahnsinn. Denn diese Barriere, die den „Psycho“ gesellschaftlich von den anderen trennt und ein Leben nach seinen Möglichkeiten verhindert („seelische Behinderung“), ist auch mit dem ubiquitären Auge der Macht, durch Überwachung, nicht fassbar. Damit ist das „Andere der Vernunft“ in seiner Körperlosigkeit auch das „Andere von Macht“ (z. B. der überwachenden Disziplinar- oder Kontrollmacht).

---

<sup>93</sup> Hier wie im Folgenden wird changierend von „„Psychos““ oder „Menschen in einer (psychischen) Krise“ (o. ä.) gesprochen (der ausschließende Begriff „Psycho“ wird von uns dabei immer *i r o n i s c h* verwendet). Da ein zufriedenstellender Begriff für Menschen mit einer psychischen „Erkrankung“ noch aussteht haben wir die (etwas zu) drastische fremdbeschreibende wie die (etwas zu) brave selbstbeschreibende Formulierung „Psycho“ bzw. „(psychische) Krise“ gewählt. Gemeint sind aber in der Regel *alle* psychischen „Erkrankungen“ (alle Diagnosen, so nicht organisch), auch wenn hier gelegentlich der Blickwinkel derjenigen angenommen zu sein scheint, die auf „Schizophrenie“ diagnostiziert sind. Der unserer Meinung nach einzig zutreffende Begriff *Ver-rückte* (mit Bindestrich) ist zu umgangssprachlich, als dass er sich für ein flüssiges Lesen anböte.

<sup>94</sup> Foucault (1993).

Wenn aber der „Psycho“ derjenige ist, der sich der Macht entzieht und seine Barrieren unsichtbar bleiben, aber trotzdem von „seelischer Behinderung“ gesprochen werden soll, dann finden sich seine Barrieren in den Zentren von Macht. Barrieren zu identifizieren, heißt also unmittelbar Gesellschaftskritik zu üben. Insofern ist die Aufgabe der Studie sehr hoch gehängt. Um eine Kritik auch nur ansatzweise plausibel zu machen, braucht es einen belastbaren Begriff für „seelische Behinderung“. Wird dies verfehlt, verlieren sich die Aussagen der Studie mehr oder weniger in Belanglosigkeit, die Ergebnisse werden niemandem weh tun (außer den „Psychos“) und können bequem zu Machtzwecken benutzt werden. Der Ausgangspunkt der Studie, die Situation der chronifizierten „Psychos“ zu bessern, wird nicht erreicht, wenn die Inklusion nicht in die praktische Machtausübung mit einfließt.

Bisher haben wir uns gesellschaftlich „Behinderung“ immer körperlich-räumlich vorgestellt: Rollstuhlfahrer brauchen eine Rampe, um mobil zu bleiben, Blinde einen Stock, um sich zu orientieren, Einarmige Prothesen, um zu greifen. Es geht im Zugang zu den „Behinderungen“ paradigmatisch um den Körper. Bereits das Wort „Barriere“ beinhaltet eine körperlich-räumliche Vorstellung. Was aber, wenn jemand psychisch „behindert“ ist, die „Behinderung“ also grundsätzlich unsichtbar bleibt?

Denkinhalte, die wir hier als Seele verstehen, bleiben dem Auge verschlossen. Und doch finden wir einen Zugang zu ihnen, wir begegnen der Seele täglich z. B. im inneren Monolog. Auch in diesem Moment entwickeln wir vor Ihren Augen psychische Inhalte. Indem wir uns mitteilen und kommunizieren, gibt es Zugänge zum Subjekt. Was aber, wenn diese Inhalte „krank“ sind, das Denken krisenhaft wird? Wie äußert sich ein krisenhaftes Abgleiten weg von der Realität? Wie können die inneren Barrieren auch *für uns Äußere* (be-)greifbar werden? Wie handhabt man ein krisenhaftes Denken, ohne seinen Träger, das Subjekt des Wahnsinns, auf Defizite, auf seine Symptome, zu verkleinern, zu reduzieren, und damit der Entwicklung seines Denkens im Weg zu stehen, d. h. Barrieren aufzubauen?

Die Krise bleibt das Unsichtbare, sie ursächlich zu erkennen muss dem Subjekt des Wahnsinns überlassen sein. Das entspräche auch gar nicht dem inklusiven Interesse derjenigen, die die Teilhabe der Menschen in einer psychischen Krise ermöglichen und dafür die Barrieren eibebnen wollen, sie folgen keinem therapeutischen Auftrag. Wir können also nur den Abglanz dessen sehen, was die Krise ausmacht. In der Differenz, im Vergleich zu uns könnten wir aber einen Zugang zum krisenhaften Anderen, zu seiner Person finden (soweit wir nicht projizieren, d. h. uns für ihn erkennen). Das könnte genügen, um die Barrieren zu identifizieren, ihrer habhaft zu werden und sie schließlich zu beseitigen. Wir erreichen dieses Ziel, indem *wir am Anderen teilhaben* und ihn damit *inkludieren*. Wir gehen also den umgekehrten Weg, nicht ein anderer soll an uns und unserer Welt teilhaben, sondern wir haben an ihm teil und teilen mit ihm unsere Welt wie ein Stückchen Brot. Das scheint der einzige Weg zu sein, „seelisch Behinderte“ in ihrer Mindermächtigkeit, d. h. in ihrer „Minorität“, in ihrer „gesellschaftlichen Minderwertigkeit“ zu inkludieren. Wir können den „Psycho“ nicht groß machen und zu uns ziehen; sondern wir müssen ihm entgegenkommen und uns mit ihm „klein“, *mineur* machen, um seine „Behinderung“ zu (er-)leben.

In dieser Teilhabe am anderen partizipieren wir dann auch an seinem krisenhaften Denken, indem und in dem er sich mitteilt und kommuniziert, und erkennen so eine *Verdoppelung* desjenigen, dessen (krisenhaftes) Denken sich vor uns entwickelt. Denn die Person besteht nicht nur aus ihrem Denken (ihrer Seele), sondern das Denken ist gewissermaßen flankiert von den Umständen, die seine Krise ausmachen. *Denken* und *Umstand*, dieser Art ist die seelische, die innere Krise. Der Mensch in der (psychischen) Krise berücksichtigt immer seinen Umstand, sein Denken nimmt immer diesen krisenevozierenden oder -konstitutiven Umweg über den Umstand, es findet mithin eine Verdoppelung im Subjekt statt, eine „Verschiebung“ (Michel Serres) des Denkens. Wir verstehen die psychische Krise in unserem inklusiven Interesse als ein zu unserer Realität verschobenes Denken, weil es dazu den Umweg eines Umstands geht.<sup>95</sup>

Wenn wir in einer konkreten Situation, z. B. auf einem Amt, über die „Behinderung“ eines „seelisch behinderten Menschen“ hinweg zu gehen suchen, um mit ihm inklusiv, i. S. v. „normal“ zu kommunizieren, erleben wir, was die Studie verhindern soll: Symptome machen sich bemerkbar, das Gegenüber fängt vielleicht

---

<sup>95</sup> Es können auch mehrere Umstände eine Rolle spielen, wir sehen von dieser Differenzierung an dieser Stelle der Einfachheit halber ab, weil das hier nichts an der Sache ändert.



zu stottern an, zeigt sich fahrig, unsicher, anmaßend, seine ganze Existenz, sein ganzes Wesen wirkt komisch, „seelisch behindert“. Wird aber bedacht, dass es sich um keinen „normalen“ Menschen handelt, sondern gewissermaßen um die Doppelung *Krise* und *Mensch*, um jemanden, der fortwährend, auch oder gerade in einer Situation auf einem Amt, mit seiner Krise ringt, der vor uns sein krisenhaftes Denken zu entwickeln, zu beherrschen sucht, dann wird klar, dass wir dem Menschen nur dann keine Barriere sind, wenn wir ihm die Freiheit seiner Krise lassen und darauf warten bis er seinen Umstand wenigstens im Ansatz bewältigt hat und nicht unter Ungeduld, Druck und Stress der Umstand ihn. „Umstandhaftes krisenhaftes Denken“, „seelische Behinderung“, bedeutet, dem Menschen die Zeit zu geben, die er zu seiner Besinnung braucht, sonst werden wir ihn in der konkreten Gesprächssituation nie verstehen (sondern ihn pathologisieren, d. h. auf seine „Erkrankung“ festschreiben). Wir müssen dem „Psycho“ diese Zeit zugestehen, damit er über den Umweg seines Umstands zurück zu uns findet und in Bezug auf unsere Kommunikation seinen Gedankengang entwickeln kann. Dieser Gedankengang wird für uns in aller Regel verstehbar sein, denn der Mensch in einer (psychischen) Krise ist nicht aus der Welt, auch ein „Psycho“ hat immer auch Weltbezug, d. h. nimmt an den Dingen teil, nur – meist in einem weit verzögertem Maße.

Dieses Phänomen des ungleichen Zeitzugangs ist wie beim Lesen eines Textes, der uns etwas Neues sagt, z. B. einem philosophischen oder einem Gedicht, d. h. eines Textes mit einem gewissen Genius. Denn darin stimmen Genie und Wahnsinn überein, dass sie beide ver-rückt sind, zu unserer Realität im Widerspruch. Das Genie, weil es gewissermaßen „mehr Realität“ mit sich führt, unsere allgemeine Wirklichkeit voran zu bringen vermag, indem etwas Neues, etwas Innovatives, Konstruktives mitteilt, etwas verallgemeinerbares, das unsere Welt *in tutto* neu zu bereichern im Stande ist. Der Psycho, weil er etwas glaubt, von etwas überzeugt ist, was ebenfalls quer zu unserer Realität steht, was sie aber gewissermaßen verarmt, weil es nur für ihn gültig bleibt, nicht verallgemeinert werden kann. Das Genie geht der Gesellschaft voraus, der Psycho bleibt hinter der Gesellschaft zurück, beides ergibt eine Schräglage zur geteilten Realität. Weil es quer steht, braucht man bei der Lektüre von etwas Neuem etwas mehr Zeit, Zeit, sich darauf einzulassen und mitzukommen, der Text geht nicht so glatt ein, entspricht nicht unserer Gewohnheit. Ähnlich mit den ver-rückten Inhalten des „Psychos“: Auch seine Denk- oder Glaubensinhalte sind etwas verrutscht, zwar nicht glücklich ins Neue (auch wenn er das glaubt), sondern unglücklich hinter das bereits gesellschaftlich als real Anerkannte. Auch er entspricht zwar nicht unserer Gewohnheit, aber im Vergleich zum Genie gewissermaßen mit umgekehrten Vorzeichen. Wir kommen immer wieder zu etwas, das nur er glaubt, als zu unproduktiven Loops, Schleifen, Wiederholungen. Trotzdem braucht es auch hier ganz ähnlich wie beim Genius Zeit, um ihn beharrend zu verstehen und seine Gedanken sich entwickeln zu lassen, einmal für uns, um mitzukommen, einmal für ihn, um ihn nicht zurück zu lassen.

Aber nicht nur in Situationen eines konkreten Gesprächs auf dem Amt wird diese temporale, mit der Zeit verbundene, (hier nicht: „temporäre“, vorübergehende) Behinderung erkennbar, d. h., wenn Handlungsweisen personal zurechenbar sind. Auch in der Struktur, z. B. was die Vereinbarung von Terminen o. ä. angeht, merken wir diese ganz besondere Art von „Behinderung“. Menschen in einer seelischen Krise kommen nicht nur zu spät zu den verabredeten Zeiten (hier ist eher das Gegenteil der Fall: sie kommen weniger zu spät als zu früh), sondern sie lassen auch ihre Termine ausfallen, Fristen verstreichen, halten sich nicht an den üblichen Tagesablauf etc. pp.: all das strapaziert Zeit, das Problem *Zeit* zieht sich wie ein roter Faden durch die Begegnungen, Kontakte mit Menschen in einer (psychischen) Krise.

Diese Versäumnisse sollten den „Psychos“ aber nicht negativ ausgelegt werden, es handelt sich in der Regel um keine böse Absicht. Würden wir das dem „Psycho“ ankreiden, würden wir, wie es leider oft geschieht, die Grenze zwischen „Psycho“ und Delinquenten einebnen und dem „Psycho“ Gewalt antun. Bleibt also nur die Interpretation: Alle diese Versäumnisse in der Zeit dürfen als „seelische Behinderungen“ ausgelegt werden, der „Psycho“ kann sich am üblichen Tempo nicht beteiligen, er braucht, wenn wir ein inklusives Interesse verfolgen möchten, Zeit, die wir ihm zur Verfügung stellen müssen.

Wir müssen Menschen in der Krise an unserer *Zeit* teilhaben lassen, alle räumlichen Konzepte schlagen bei der unsichtbaren und nicht anfassbaren Seele fehl. Sie an unserer Zeit teilhaben lassen, unsere Zeit mit ihnen zu teilen und sie damit zu gleichberechtigten Akteuren unserer Gesellschaft zu machen, heißt ihnen die Freiheit zu geben, die gesellschaftliche Kommunikation über ihre Umwege zu beantworten. Eine „seelische

Behinderung“ ist, zugespitzt, eine „Behinderung in der Zeit“, oder anders, weniger räumlich formuliert: *an* Zeit, weil sie Umstände, Verletzungen, zu verarbeiten hat, die den „gewöhnlichen“ Menschen unserer Gesellschaft fehlen. Menschen in der Krise brauchen etwas mehr an Zeit und insofern sind die Barrieren für Menschen in einer Krise, deren Beseitigung ihre Person und Persönlichkeit voll zur Geltung bringen und damit eine Teilhabe in der Gesellschaft ermöglichen sollen, zeitliche Einschnitte: Fristen, Termine, Tempo, Rhythmen, Takt, Ungeduld, Stress; all das können sich zu wahrhaften Barrieren für die auswachsen, die in einer seelischen Krise (fest-)stecken, und für die für eine gelungene Inklusion eine *zeitliche Toleranz* aufzubringen nötig wäre.

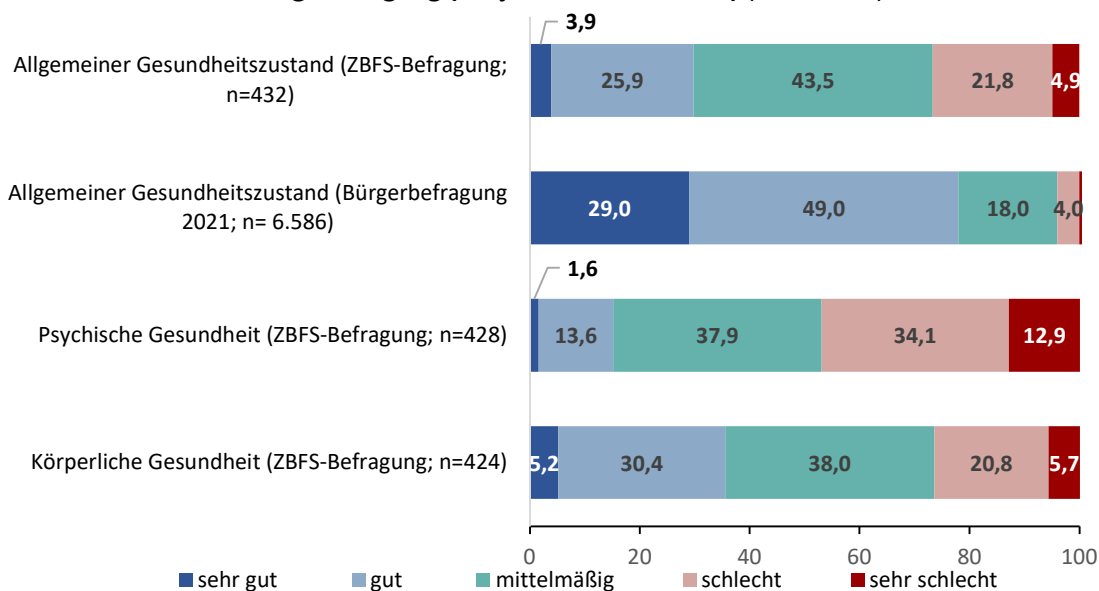
Das hieße aber auch, den Anspruch unserer überhitzenden Gesellschaft in Frage zu stellen. Die „seelisch Behinderten“ als zu inkludierende Gruppe stellen uns, wie die ökologische Bewegung, vor die Entscheidung, ob wir weiter machen wollen wie bisher, oder ob wir nicht entschleunigen, verlangsamen wollen, um *die Verzögerung* als gesellschaftlichen Wert zu erkennen. Damit wäre nicht nur unserer Natur gedient, sondern auch ein Gutteil derjenigen Menschen in die Gesellschaft zurückgeholt, die bisher durch das Zeitregime ausgeschlossen waren und in seiner Peripherie nomadisieren.

## 2.4 Weitere gesundheitsbezogene Aspekte

### 2.4.1 Anmerkungen zur gesundheitlichen Lage (subjektive Gesundheit der ZBFS-Befragten)

**Überblick.** In der ZBFS-Befragung wurde neben dem allgemeinen Gesundheitszustand auch nach dem körperlichen und psychischen Befinden gefragt. Der Gesundheitszustand im Allgemeinen wird von gut einem Viertel der Befragten (29,8%) als (sehr) gut bezeichnet. Im Vergleich zur Münchner Bevölkerungsbefragung 2021 ergibt sich damit – wenig überraschend – ein deutlich schlechteres Bild: In der Allgemeinbevölkerung sind es fast dreimal so viele Personen, die ihren Gesundheitszustand positiv bewerten; umgekehrt beurteilt in der Münchner Bevölkerungsbefragung weniger als fünf Prozent ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht; dagegen tun dies mehr als 25% der ZBFS-Befragten. Erwartungsgemäß beurteilen die ZBFS-Befragten ihre körperliche Gesundheit dabei deutlich positiver als ihre psychische Gesundheit.

**Abbildung 2.9: Gesundheitszustand aus Sicht der Befragten im Vergleich zur Münchner Bevölkerungsbefragung (subjektive Gesundheit) (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung); Referat für Stadtplanung und Bauordnung (Bevölkerungsbefragung 2021)

Die Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes wird – wenig überraschend – durch die jeweilige psychische bzw. körperliche Gesundheit nachhaltig geprägt. Ebenfalls eine Rolle spielt die Diagnose: Während etwa Befragte mit einer Zwangsstörung ihre allgemeine bzw. psychische Gesundheit deutlich negativer als der



Durchschnitt einschätzen, gilt für Menschen mit den Diagnosen Psychose oder bipolare Erkrankung das Gegenteil.<sup>96</sup> Weitergehende Analysen der ZBFS-Befragung zeigen, dass soziodemographische Faktoren wie Alter,<sup>97</sup> Geschlecht oder Haushaltszusammensetzung für die subjektiv empfundene Gesundheit im Allgemeinen und die psychische Gesundheit im Besonderen hingegen keine entscheidende Rolle spielen. Dies unterscheidet die ZBFS-Befragten von der im Rahmen der Bevölkerungsbefragung betrachteten Allgemeinbevölkerung, bei der sich durchaus entsprechende Unterschiede finden lassen. Dass sich der bekannte Zusammenhang mit der Einkommenssituation beobachten lässt (siehe unten), ändert hieran nichts.

Nach Migrationshintergrund ergeben sich ebenfalls keine stärkeren Zusammenhänge. Differenziert man jedoch ergänzend nach Staatsbürgerschaft, zeigt sich, dass Befragte ohne deutsche Staatsbürgerschaft in allen Dimensionen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Während etwa mehr als jede zweite Person ohne deutsche Staatsbürgerschaft (52,0%) ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „(sehr) schlecht“ bezeichnet, sind es bei den Vergleichsgruppen 22,7% (Deutsche ohne Migrationshintergrund) bzw. 27,1% (Deutsche mit Migrationshintergrund).

**Körperliche und psychische Gesundheit.** Liest man die schlechte körperliche Gesundheit als Ausdruck einer somatischen Komorbidität, hat mindestens ein Viertel der Befragten auch mit somatischen Erkrankungen zu tun. Das psychische Befinden ist eng mit dem körperlichen Befinden verknüpft.

*„Die Motivationslosigkeit bei depressiven Menschen geht noch weiter ... sie führt auch zu weniger Körperpflege. Man tut sich schwerer, zum Arzt zu gehen. Da ist eine Hemmschwelle – also für Zahngesundheit zu sorgen, Vorsorgeuntersuchungen anzunehmen.“ (Co-Forscherin)*

Es zeigt sich ein sehr starker Zusammenhang zwischen der selbst berichteten körperlichen und psychischen Gesundheit: Eine (sehr) schlechte psychische Gesundheit geht tendenziell mit einer (sehr) schlechten körperlichen Gesundheit einher und umgekehrt. Betrachtet man den Menschen als geistig-seelisch-sozial-körperliche Einheit, ist dies per se wenig überraschend. Studien zeigen, dass schwerer psychisch erkrankte Personen in Folge von sozial benachteiligten Lebenssituationen (z.B. höheres Armutsrisiko), eines ungesunden Lebensstils, eines problematischen Gesundheits- und Vorsorgeverhaltens, der Nebenwirkungen von Medikamenten, aber auch aufgrund patho-physiologischer Prozesse, die manchen psychischen Erkrankungen zugrunde liegen, in der Tat einen vergleichsweise schlechten physischen Gesundheitszustand aufweisen.<sup>98</sup> Forschungen zeigen, dass schwerer psychisch erkrankte Personen (z.B. Schizophrenie, schwere Depression, bipolare Störungen) im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung eine geringere Lebenserwartung von 10-25 Jahren haben.<sup>99</sup> Neben der Erkrankung an sich spielen soziale Belastungsfaktoren, krankheitsbedingte Verhaltensweisen aber auch die metabolischen Nebenwirkungen von Medikamenten hier eine wichtige Rolle.

Der Zusammenhang von psychischer und körperlicher Gesundheit verweist auf die Bedeutung der Zusammenarbeit von (Sozial-)Psychiatrie und somatischer Medizin. Hier besteht durchaus noch „Luft nach oben“. Wie es Steinhart prägnant formulierte:<sup>100</sup> „Insgesamt zeigt sich, dass die Themenfelder körperliche Gesundheit bzw. komorbide körperliche Morbidität bei den Bemühungen um Wiederherstellung und dem Management der psychischen Gesundheit noch allzu oft in den Hintergrund treten. Die erforderliche Verhaltens- und vor allem die Verhältnisprävention sind für diese Zielgruppe nicht ausreichend“ aufgestellt. Internationale Forschungen bestätigen dies.<sup>101</sup> Auch vor dem Hintergrund der hohen Fallzahlen (siehe Kap. 2.1.2) ist es daher bedauerlich, dass psychische Erkrankungen im Leitfadens Prävention der Gesetzlichen Krankenkassen nur indirekt Erwähnung finden.<sup>102</sup>

<sup>96</sup> Nimmt man z.B. die psychische Gesundheit in den Blick, ergibt sich Personen mit einer Zwangsstörung ein über die fünf Kategorien (von sehr gut (1) bis sehr schlecht (5)) berechneter Mittelwert von 3,98 und für Personen mit der Diagnose Psychose von 3,09. Der Mittelwert insgesamt beläuft sich auf 3,43.

<sup>97</sup> Ein gewisser Zusammenhang zeigt sich allenfalls bei der psychischen Gesundheit: Senior\*innen (60 Jahre und älter) bewerten diese mit 30% im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen seltener als schlecht oder sehr schlecht (18-39 Jahre: 49,1%; 40-49 Jahre: 50,6%; 50-59 Jahre: 48,1%) bzw. häufiger als (sehr) gut (20,0% versus 11,8% - 16,0% in den anderen Altersgruppen).

<sup>98</sup> Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, Speck & Steinhart (2018: 94-95).

<sup>99</sup> Siehe zusammenfassend etwa: Fiorillo & Sartorius (2021); Chang et. al. (2011).

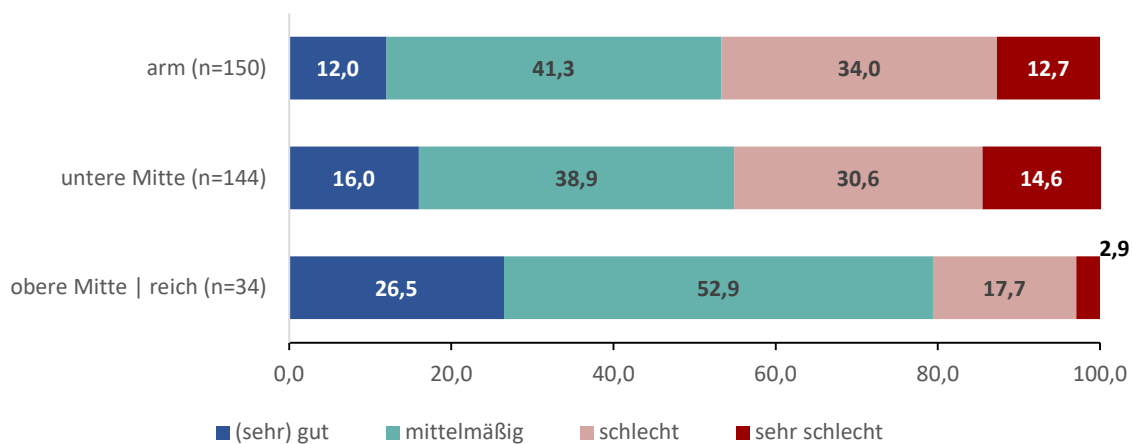
<sup>100</sup> Steinhart (2018a: 96).

<sup>101</sup> Chew-Graham et al. (2021).

<sup>102</sup> Der Leitfaden benennt vier Handlungsfelder: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Siehe: GKV (2023: 69-104).

**(Psychische) Gesundheit und Armut.** Der Zusammenhang zwischen materiellen Notlagen und dem Gesundheitszustand ist in der Forschung seit langem bekannt: Je schlechter die Einkommenslage, desto schlechter der Gesundheitszustand.<sup>103</sup> Die ZBFS-Befragung weist für alle drei Dimensionen – allgemeiner Gesundheitszustand, psychische und körperliche Gesundheit – einen ausgeprägten sozialen Gradienten auf. Besonders ausgeprägt ist der Zusammenhang mit Blick auf den körperlichen Gesundheitszustand. Der soziale Gradient zeigt sich aber auch bezüglich der psychischen Gesundheit: Während nur 12,0% der Personen aus armen Haushalten einen (sehr) guten psychischen Gesundheitszustand angeben, sind es bei Personen aus Haushalten der oberen Mitte bzw. aus reichen Haushalten 26,5%.<sup>104</sup>

**Abbildung 2.10: Subjektiver psychischer Gesundheitszustand nach Einkommen (n=328; in Prozent)<sup>105</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Dieser Zusammenhang gilt für beide Geschlechter. Allerdings geben Männer aus armen Haushalten mit 52,5% häufiger einen (sehr) schlechten Gesundheitszustand an als Frauen (42,2%). Bei Haushalten aus der unteren Mitte zeigt sich jedoch ein entgegengesetztes Bild (Männer: 41,5%; Frauen: 46,6%), so dass die erstgenannte Verteilung nicht überbewertet werden sollte.

Nach Migrationshintergrund zeigt sich das bereits oben erwähnte Muster: Personen aus armen Haushalten mit ausschließlich ausländischer Staatsbürgerschaft berichten mit 65,4% deutlich häufiger einen (sehr) schlechten psychischen Gesundheitszustand als Deutsche ohne oder mit Migrationshintergrund aus armen Haushalten (42,8% bzw. 41,7%).

<sup>103</sup> Für die Landeshauptstadt München siehe hierzu die Ausführungen in den beiden letzten Münchner Armutsberichten: Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2017: 171-172); Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2022: 225-226) sowie diverse Analysen der Münchner Gesundheitsberichterstattung: <https://stadt.muenchen.de/infos/gesundheitsberichterstattung.html>.

<sup>104</sup> Zu methodischen Fragen rund um die Berechnung der Einkommenslagen siehe Kap. 4.4.

<sup>105</sup> Aufgrund der geringen Fallzahlen verbietet sich leider eine getrennte Auswertung der beiden oberen Einkommenskategorien (obere Mitte (n=28) und reich (n=6)). Aus demselben Grund mussten die Kategorie „gute“ (n=44) und „sehr gute“ (n=6) psychische Gesundheit zusammengefasst werden.

## 2.4.2 Medikamente

Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva, Antipsychotika, Antidementiva) gelten in der Psychiatrie als ein wichtiger Baustein in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Als unverzichtbar werden sie insbesondere bei der Behandlung schwerer psychischer Störungen wie Schizophrenie oder Bipolarer (manisch-depressiver) Erkrankungen oder schwerer depressiver Störungen gesehen. Auch bei der Therapie starker Angst- und Zwangsstörungen kommt ihnen gemeinhin eine wichtige Rolle zu.<sup>106</sup> Es überrascht daher nicht, dass nur 6,4% der ZBFS-Befragten berichteten, noch nie Psychopharmaka genommen zu haben. Zwischen den Geschlechtern bzw. nach Migrationshintergrund ergeben sich diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede. Erwartungsgemäß gilt aber: Je schlechter die psychische Gesundheit eingeschätzt wird, desto höher die Wahrscheinlichkeit der Medikamenteneinnahme. Der Anteil der Befragten, der noch nie Psychopharmaka eingenommen hat, schwankt zwischen 14,3% (sehr gute psychische Gesundheit) bis 1,8% (sehr schlechte psychische Gesundheit). Ob bzw. inwiefern diese Medikamente stets wirkmächtig sind und/oder stets adäquat verschrieben werden, ist an dieser Stelle nicht zu beantworten.<sup>107</sup> Dies gilt auch für die Frage, ob die Befragten die ihnen verschriebenen Medikamente immer wie verschrieben einnehmen oder nicht (Compliance / Adherence).<sup>108</sup>

Unter der Annahme, dass psychisch schwerer erkrankte Personen höhere Dosierungen bzw. stärkere Medikamente verschrieben bekommen – mit der Folge ausgeprägterer Nebenwirkungen, einschließlich steigender Abhängigkeitsrisiken –, überrascht es nicht, dass dieser Personenkreis Medikamente deutlich kritischer bewertet als die anderen Befragten. Ein rundes Viertel von ihnen (25,9%) sieht in den Medikamenten sogar mehr Nachteile denn Vorteile.

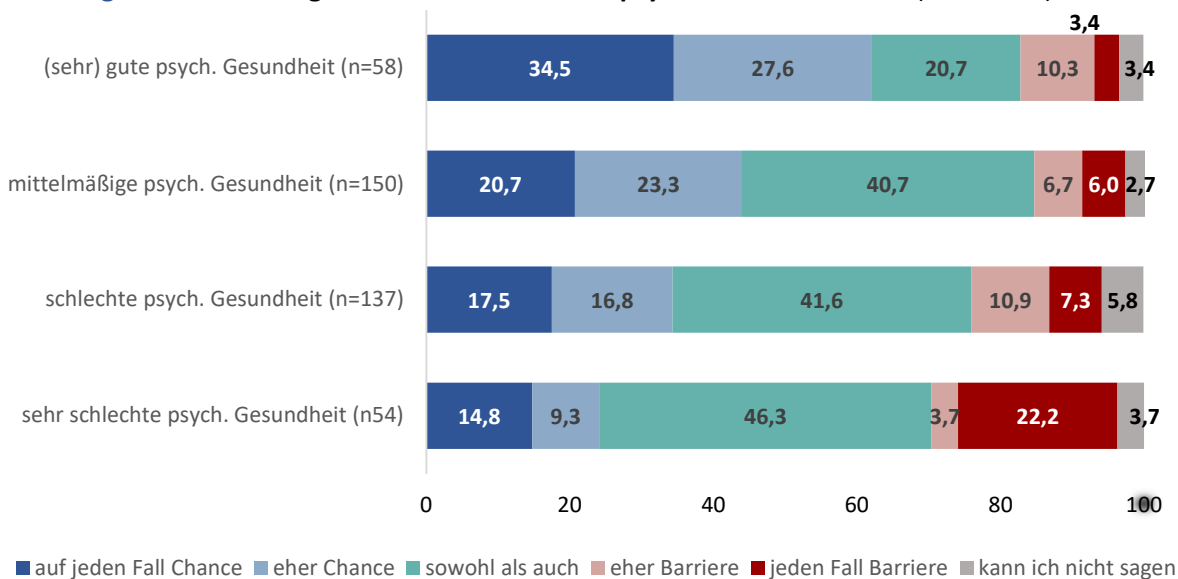
---

<sup>106</sup> Siehe: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/therapie/pharmakotherapie/> [letzter Abruf: 17.02.23]. Allerdings soll nicht verschwiegen werden, dass selbst innerhalb der Fachszene mittlerweile immer wieder von einer Krise der Psychopharmaka gesprochen wird (siehe etwa: <https://www.deutschlandfunk.de/teufel-und-beelzebub-die-krise-der-psychopharmaka-100.html>, letzter Abruf: 17.02.23). Einer der Hauptkritikpunkte ist dabei, dass Psychopharmaka in der Regel nur eine Symptomunterdrückung leisteten (z.B. Dämpfung starker Gefühle) und bei ihrer Vergabe mögliche Einschränkungen in der Lebensqualität der Patient\*innen (Stichwort „Nebenwirkungen“) zu wenig Berücksichtigung fänden. Die Frage, wann Medikamente wem helfen, ist auch vor dem Hintergrund des weiterhin geringen Wissens über die Neurobiologie psychischer Erkrankungen in der Tat noch nicht abschließend zu beantworten. Von Seiten Psychiatrie-Erfahrener werden Medikamente auch insofern kritisch gesehen, als man damit praktisch „das Feuer gegen sich selber“ eröffne, alternative Wege des Umgangs mit psychischen Erkrankungen bzw. Krisen damit verschlossen würden (BPE o.D.: 1).

<sup>107</sup> In unseren Gesprächen mit Betroffenen wurde diesbezüglich etwa kritisiert, dass man eine zu hohe Dosis über einen zu langen Zeitraum habe einnehmen müssen (oder aktuell einnehmen solle), dass eine Akutmedikation oftmals wohl ausreichen würde, um „wieder runterzukommen“.

<sup>108</sup> Es ist davon auszugehen, dass letzteres oftmals nicht der Fall ist. Folgt man der einschlägigen Literatur, machen betroffene Patient\*innen dabei immer wieder folgende Gründe geltend: (a) Negative Erfahrungen mit Nebenwirkungen, sich nicht ausreichend informiert und aufgeklärt zu fühlen, (b) Unzufriedenheit mit der Beziehung zur behandelnden Person, (c) Unzufriedenheit mit der Behandlung generell, (d) das Gefühl, dass der Arzt / die Ärztin nicht zuhört und sie nicht in Entscheidungsprozesse einbezieht sowie (e) die Überzeugung, dass die Behandlung ihnen nicht helfen würde. Insgesamt lässt sich die Unzufriedenheit mit der bisherigen Behandlung als Prädiktor für Non-Compliance erkennen (Bach 2017: 5-6).

**Abbildung 2.11: Bewertung der Medikamente nach psychischer Gesundheit (in Prozent)<sup>109</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Ohne den Nutzwert von Medikamenten generell in Frage stellen zu wollen – sei es mit Blick auf schwere Erkrankungen, wo sie durchaus das „kleinere Übel“ darstellen können, oder sei es, dass sie oft eine Basis für eine psychotherapeutische Behandlung und weitere Behandlungen (wie z.B. Soziotherapie) legen –, kann doch kein Zweifel bestehen, dass sie bzw. die von ihnen verursachten Nebenwirkungen als „innere Barrieren“ erlebt werden, welche die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren.<sup>110</sup> In diese Richtung deutet auch das Ergebnis, dass die Medikation umso besser eingeschätzt wird, je weniger für den Alltag hinderliche Gefühle oder Erfahrungen (siehe Kap. 2.2.1) berichtet werden. Auch unter Teilhabegesichtspunkten ist es daher kritisch zu werten, dass – wie es Befragte formulierten, Ärzt\*innen oft zu schnell auf Medikamente setzten, diese zu häufig nicht als Ergänzung, sondern als primäre Therapie sähen (siehe Kap. 3.1.2). Im Falle von Dauermedikationen (Langzeitprophylaxen von mehreren Jahren) kommt hinzu, dass durch die Dauerruhigstellung durchaus die Selbstheilungskräfte erlahmen (können).

<sup>109</sup> Die Frage (F 6) lautete: „Sehen Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen Medikamente eher als Chance, Ihr Alltagsleben selbstbestimmt zu gestalten oder eher als Barriere (z.B. wegen Nebenwirkungen wie Schwindel, Antriebslosigkeit, Gewichtszunahme)?“ Befragte, die angaben, noch nie Medikamente genommen zu haben, werden bei der Darstellung nicht berücksichtigt.

<sup>110</sup> Diesbezüglich sei angemerkt, dass Psychopharmaka neben dem „Verlust“ von Gefühlen (Schutzschildeffekt), unter anderem auch zu sexueller Lustlosigkeit oder sexuellen Funktionsstörungen führen können – unter Umständen auch noch nach Absetzen der Medikation.



### Kapitel 3

## Das Behandlungs- und Unterstützungssystem



### 3. Das Behandlungs- und Unterstützungssystem

#### 3.1 Grundlagen

##### 3.1.1 Überblick über die Struktur des (sozial-)psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungssystems in der Landeshauptstadt München

**Grundlagen.** Die medizinische Behandlung und Versorgung psychisch erkrankter Menschen erfolgt, rechtlich gesehen, über das SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), während die rehabilitative und die Leistungen zur Teilhabe, einschließlich der Eingliederungshilfe, über das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) gesteuert wird.<sup>111</sup> Nimmt man allerdings die (sozial-)psychiatrischen Leistungen und Angebote einzelner Zielgruppen in den Blick (z.B. ältere Menschen; Familien mit psychisch erkrankten Kindern; Obdachlose), lassen sich durchaus Abgrenzungsprobleme zu anderen Sozialgesetzbüchern (SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe), XI (Soziale Pflegeversicherung) und XII (Sozialhilfe)) bzw. zwischen den Leistungsträgern beobachten. Dies kann durchaus die Gewährung bestimmter Leistungen bzw. die Entwicklung neuer zielgruppenübergreifender Angebotsbausteine behindern. Dies wurde auch in unseren Gesprächen immer wieder thematisiert.<sup>112</sup>

Aus Sicht der Betroffenen erweist sich das System als sehr komplex. Sei es aufgrund des Spektrums an Leistungen und Angeboten, sei es aufgrund der Vielzahl der Leistungserbringer. Grob formuliert lässt sich das Behandlungs- und Unterstützungssystem von Menschen mit psychischen Erkrankungen in vier Säulen gliedern: Beratung, Behandlung, Teilhabeleistungen sowie Selbsthilfe. In all diesen Feldern gibt es wiederum eine Vielzahl von Angeboten bzw. Anbietern. Berücksichtigt man zudem die zeitlich oft beschränkten (Modell-)Projekte in den einzelnen Bereichen, ergibt sich ein unübersichtliches, kaum überschaubares Feld<sup>113</sup>, auch für Fachkräfte:

*„Also manchmal kommt man selbst als Fachkraft mit dem Angebotsdschungel nicht zurecht. Also es gibt Projekte, die werden finanziert, dann verschwinden sie, dann gibt es etwas, dann nicht mehr. Es gibt tolle Sachen, die verschwinden dann wieder, weil es keine Finanzierung mehr gibt. Man muss immer suchen, welche Angebote gibt es und welche gibt es nicht.“ (Interview | Sozialpsychiatrische Fachkraft)*

**Zuständigkeiten.** Sieht man von der Verantwortung der Krankenkassen für Behandlungsleistungen bzw. der kassenärztlichen Vereinigung für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Angebote einmal ab, liegt die Zuständigkeit für die Angebote für psychisch erkrankte Personen in Bayern bei den Bezirken. Der Bezirk Oberbayern ist zuständig für die regionale Psychiatrieplanung und ist unter anderem Hauptkostenträger für

- Sozialpsychiatrische Dienste, Gerontopsychiatrische Dienste und Tagesstätten (ambulanter Bereich)
- Tag-/ Nachtkliniken (teilstationärer Bereich | Behandlung)
- kbo - Kliniken des Bezirks Oberbayern (stationärer Bereich | Pflichtversorgung)<sup>114</sup>
- Werkstätten für behinderte Menschen (Leistungen der Eingliederungshilfe)
- Betreutes Einzelwohnen, therapeutische Wohngemeinschaften (Leistungen der Eingliederungshilfe)
- Krisendienst Psychiatrie (Soforthilfe | Leistungsträger für die ambulanten Beratungstermine und die mobilen Einsätze vor Ort).

<sup>111</sup> Bis zum Inkrafttreten der dritten Reformstufe des Bundesteilhabegesetzes zum 01.01.2020 war die Eingliederungshilfe noch in die Sozialhilfe (SGB XII) eingebettet. Mit diesem Wechsel haben sich für Betroffene deutliche Verbesserungen hinsichtlich der Anrechnung von Einkommen und Vermögen sowie des Zugangs zu Hilfen wie dem Betreuten Einzelwohnen ergeben. Zur diesbezüglichen Bedeutung des Bundesteilhabegesetzes siehe: Rosemann (2018: 25-31).

<sup>112</sup> Beispielhaft sei hier auf die „Lebensräume“ verwiesen, ein bundesweites Leuchtturmprojekt für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder. Da sich das Angebot gleichermaßen an die psychisch erkrankten Eltern wie deren Kinder richtet, stellte sich die Frage der sozialrechtlichen Zuständigkeit (SGB VIII versus SGB IX). Siehe hierzu auch die Ausführungen zur Wohnungslosenhilfe in Kapitel 5.

<sup>113</sup> Dies ist natürlich keine neue Erkenntnis. Bereits im zweiten Aktionsplan der Landeshauptstadt München zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention findet sich die Forderung nach einer Verbesserung, der Informationslage über Angebote für Menschen mit seelischen Behinderungen (siehe auch Kap. 3.5.1). Die Umsetzung der Maßnahme hat sich coronabedingt allerdings verzögert.

<sup>114</sup> Die stationäre Behandlung wird von den Krankenkassen bezahlt.

Die Zuständigkeiten der Landeshauptstadt München im Bereich der psychiatrischen Behandlung sind infolgedessen beschränkt. Zu nennen sind hier neben ergänzenden und freiwilligen Förderungen von Diensten bzw. Angebotsbausteinen (z.B. Traumahilfezentrum, Münchner Bündnis gegen Depression, Münchner Woche für seelische Gesundheit) vor allem:

- Verschiedene Angebote für suchtkranke Menschen einschließlich einer Suchtberatung in eigener Trägerschaft
- Trägerschaft für den Sozialpsychiatrischen Dienst München-Mitte
- Koordination für Psychiatrie und Suchthilfe (Gesundheitsreferat)
- Kreisverwaltungsaufgaben im Bereich des Vollzugs des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfegesetzes<sup>115</sup> sowie als Vollzugshilfe für das Betreuungsgericht und für rechtliche Betreuer\*innen oder Bevollmächtigte (Gesundheitsreferat)
- Fachstelle für Psychiatrie und Sucht (Sozialreferat)
- Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen - Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FOA | „Heimaufsicht“ für stationäre Alten- und Behindertenhilfeeinrichtungen und betreuten Wohngemeinschaften der Alten- / Behindertenhilfe) (Kreisverwaltungsreferat)
- Fachplanung Wohnungslosenhilfe / Prävention (Sozialreferat)
- Betreuungsstelle (Sozialreferat).

Eine wichtige Rolle spielt die Landeshauptstadt zudem im Bereich der Selbsthilfe und Selbstorganisation.

**Behandlungs- und Unterstützungsstruktur in München.** Folgende Abbildung gibt, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, einen groben Überblick über die zentralen Leistungen und Angebote, die es in der Landeshauptstadt München für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gibt. Das in der Stadt München vom Bezirk Oberbayern und der Kommune getragene Unterstützungssystem genügt von seiner strukturellen Abdeckung ohne Zweifel hohen Ansprüchen. Hierin waren sich die meisten der von uns kontaktierten Fachexpert\*innen auch weitgehend einig.

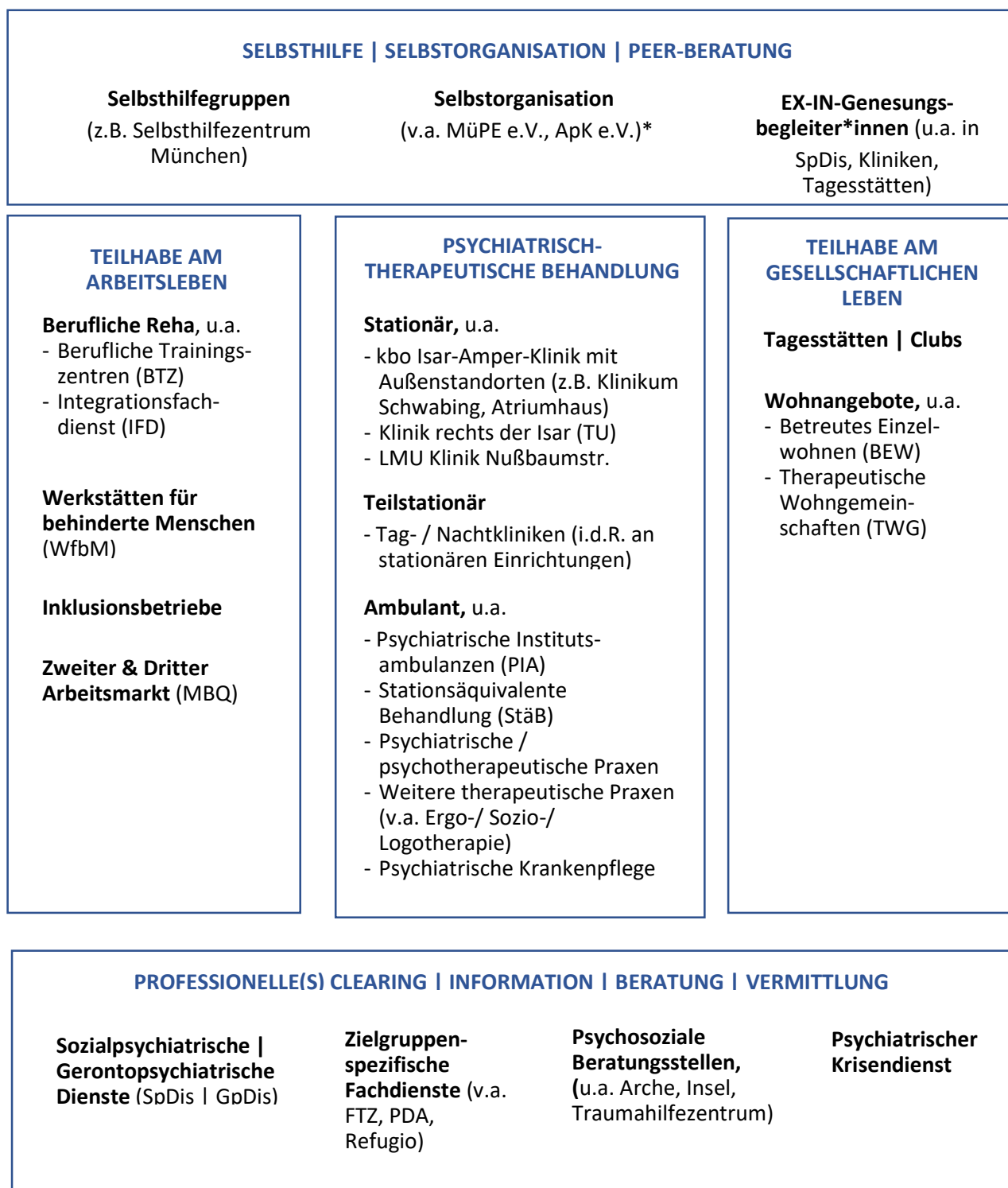
*„Grundsätzlich möchte ich sagen: Wir haben grundsätzlich ein gutes System. Also, wirklich gut. Da gibt es Kommunen, die haben es weitaus schwerer. Ich kann mit Blick auf Bezirk und Stadt eigentlich nichts Kritisches sagen. Beide sind bemüht, das gut zu machen. Das ist einfach so. Aber klar ... mehr geht immer. Und manche Gruppen ... da ist es manchmal schwer.“ (Interview | Fachkraft Sozialer Arbeitsmarkt).*

---

<sup>115</sup> In dieser Funktion fungiert das Gesundheitsreferat als Sicherheitsbehörde mit der Befugnis, freiheitsentziehende Maßnahmen gegenüber psychisch erkrankten Personen anzuordnen, die infolge ihrer Erkrankung eine erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung (Gefahr für Leib und Leben) darstellen.



**Abbildung 3.1: Ausgewählte Bausteine der Leistungen und Angebote in München für psychisch erkrankte Menschen**



\* MüPE e.V. = Münchner Psychiatrieerfahrene e.V.; ApK e.V. = Angehörige psychisch erkrankter Menschen e.V.

Quelle: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

Die Bereiche „Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ werden in den Kapiteln 4 bis 6 näher dargestellt. Kapitel 3 thematisiert ausschließlich die Felder „Behandlung, Beratung und Selbsthilfe“.

### 3.1.2 Das psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungs- und Unterstützungssystem:<sup>116</sup> Systeminterne Barrieren

**Globale Bewertung (ZBFS-/ Online-Befragung).** Wenngleich das psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungssystem nicht in die Steuerungsverantwortung der Landeshauptstadt München fällt und daher thematisch eigentlich außerhalb der Studie steht (siehe Kap. 1.1), stellt es doch eine zentrale Rahmengröße dar: Zeitnahe Zugänge ins psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungs- und Unterstützungssystem bzw. zu adäquaten Behandlungsmöglichkeiten entscheiden nachhaltig über die Teilhabemöglichkeiten der Betroffenen. In diesem Sinne kann das Behandlungs- und Unterstützungssystem selbst als teilhabeblockierende Barriere wirken. Orientiert man sich an unseren Befragungen ist dies in der Tat der Fall. Gefragt, wo ihrer Meinung nach im „professionellen Unterstützungsangebot für psychisch erkrankte Menschen in München“ derzeit die größten Lücken seien,<sup>117</sup> stand das psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebot im Vordergrund der Kritik. An erster Stelle wurde dabei die mangelnde zeitnahe Zugänglichkeit der ambulanten Versorgungsstrukturen bzw. des psychotherapeutischen Behandlungssystems kritisiert. Vor allem, da mit der Wartezeit auch die Gefahr der Chronifizierung steige.

**Tabelle 3.1: Die größten Probleme im professionellen Unterstützungsangebot aus Sicht der Betroffenen** (absolut (Zahl der Codierungen) & in Prozent (auf Befragte; n=297); offene Frage (Mehrfachcodierungen möglich))

	abs.	in %
<b>Fehlende Angebotsbausteine, davon</b>	<b>202*</b>	<b>68,0</b>
– Psychotherapeutische Behandlungsplätze im Allgemeinen (lange Wartezeiten...)	106	
– Diagnosespezifische Therapie-/ Behandlungsangebote (v.a. Trauma)	21	
– Stationäre Behandlungsplätze	20	
– Ambulante Therapieplätze	19	
– Fachärzt*innen; Psychiater*innen	19	
– Sozialräumliche Verteilung	13	
– Akute Notlagen / Krisen	13	
<b>Intransparenz des Angebots (“Informationspolitik”)</b>	<b>49</b>	<b>16,5</b>
<b>Kritik an Behandlung / fachlicher Kompetenz der professionellen Fachkräfte</b>	<b>48</b>	<b>16,2</b>
<b>Finanzierungsregelungen / Bürokratie, davon</b>	<b>42</b>	<b>14,1</b>
– Zu lange Bearbeitungsdauern / Bürokratie	14	
– Benachteiligung von Kassenpatient*innen	13	
<b>Gesellschaftliche Diskriminierung / Vorurteile</b>	<b>18</b>	<b>6,1</b>

\* Die übergeordneten Kategorien enthalten keine Mehrfachnennungen. D.h. im vorliegenden Fall verwiesen 202 Personen auf einen oder mehrere fehlende Angebotsbausteine.

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Ein ähnliches Bild zeichnen die Ergebnisse der Online-Befragung. Die Frage, ob sich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Behandlung Problemen gegenübersehen, beantworteten rund zwei Drittel der Betroffenen (62,4%) mit „ja, oft“ und ein knappes Viertel (22,0%) mit „ja, ab und zu“. Orientiert man sich an der Online-Befragung, stellt das ambulante Behandlungssystem – zusammen mit den ausschließenden Mechanismen des Arbeitsmarktes – die zentrale Teilhabebarriere dar (siehe Kap. 8.1). Fachkräfte und Angehörige psychisch erkrankter Personen sehen dies ähnlich (siehe Abb. 8.1).

<sup>116</sup> Die Struktur des psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungs- und Unterstützungssystems kann und soll an dieser Stelle nicht ausführlicher dargestellt werden. Dies ist von fachlich kompetenter Seite schon wiederholt und hinreichend geleistet worden. Siehe etwa: (Brieger 2019).

<sup>117</sup> Siehe Frage 13 der ZBFS-Befragung.

**Tabelle 3.2: Die größten Probleme in der ambulanten psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Behandlung** (absolut (Zahl der Codierungen) & in Prozent (auf Befragte; n=187 (aktuell Betroffene) und n=484 (Gesamt)); offene Frage (Mehrfachcodierungen möglich))

	Aktuell Betroffene		Gesamt	
	abs.	%	abs.	%
<b>Angebotslücken (strukturell), davon</b>	<b>152*</b>	<b>81,3</b>	<b>397</b>	<b>82,0</b>
– Therapieplätze fehlen generell (keine weitere Differenzierungen)	111		281	
– Fehlende ambulante Therapieplätze	23		84	
– Diagnosespezifische Therapie-/ Behandlungsangebote fehlen (v.a. Trauma) / schwere Fälle nicht angenommen	15		27	
– (Teil-)Stationäre Behandlungsplätze fehlen	12		30	
– Fachärzt*innen, Psychiater*innen fehlen	11		44	
<b>Negative Konsequenzen der Angebotslücken, davon</b>	<b>23</b>	<b>12,3</b>	<b>44</b>	<b>9,1</b>
– Wegen Überforderung Verzicht auf Suche nach therapeutischer / psychiatrischer Hilfe (=Verschlechterung der Erkrankung)	17		25	
– De facto Aufhebung der therapeutischen / psychiatrischen Wahlfreiheit / Passung (Patient*in – Therapeut*in) nicht zu gewährleisten (=therapeutisch-psychiatrisches Potential nicht ausgenutzt)	6		11	
<b>Nutzungshindernisse   Zugangsbarrieren</b> (v.a. Erreichbarkeit (Telefon...); eingeschränkte Therapiewahl; zulässige GKV-Stundenzahlen ungenügend)	<b>20</b>	<b>10,7</b>	<b>43</b>	<b>8,9</b>
<b>Informationspolitik ungenügend</b> (v.a. fehlende Anlauf-/ Beratungsstellen)	<b>15</b>	<b>8,0</b>	<b>33</b>	<b>6,8</b>
<b>Zielgruppenspezifische Lücken</b> (v.a. Kinder, Jugendliche & junge Erwachsene; Migrant*innen)	<b>6</b>	<b>3,2</b>	<b>28</b>	<b>5,8</b>
<b>Kritik an Behandlung / fachlicher Kompetenz der professionellen Fachkräfte</b> (z.B. Reduktion der Behandlung auf Medikamentenabgabe)	<b>8</b>	<b>4,3</b>	<b>22</b>	<b>4,6</b>
<b>Diskriminierung</b> (v.a. Benachteiligung von GKV-Patient*innen)	<b>9</b>	<b>4,8</b>	<b>16</b>	<b>3,3</b>

\* Die übergeordneten Kategorien enthalten keine Mehrfachnennungen. D.h. im vorliegenden Fall verwiesen 152 Personen auf eine oder mehrere strukturelle Angebotslücken.

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

Dass rund zehn Prozent der online befragten Betroffenen angaben, wegen der langen Wartezeiten bzw. der eingeschränkten Zugänglichkeit des ambulanten Systems auf therapeutische und/oder psychiatrische Hilfe verzichtet zu haben, ist kritisch und verweist auf die Notwendigkeit, die existierenden Bedarfsrichtwerte im Bereich der ambulanten Versorgung kritisch zu hinterfragen. Zur Verdeutlichung der Problematik seien hier zwei Betroffene direkt zitiert:

„Es war sehr belastend, dass ich zweimal von der Psychologin abgelehnt wurde. Danach habe ich aufgegeben.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Menschen mit psychischer Erkrankung können sich oft nur schwer um Termine kümmern. Wenn sie dann ständig abgewiesen werden bzw. Klinken putzen müssen, nehmen sie oft erst recht keine Hilfe in Anspruch. Es erscheint, als würde der Zugang absichtlich erschwert, damit nicht zu viel Hilfe in Anspruch genommen wird und man den Bedarf kleinreden kann.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

Umgekehrt formulierten die Befragten immer wieder die Gefahr, dass man Therapeut\*innen „nehmen“ müsse, zu denen man eigentlich kein Vertrauen habe oder deren Fachlichkeit man anzweifle. *De facto* hebeln die strukturellen Versorgungslücken die Freiheit bei der Wahl eines/einer Therapeut\*in aus:

*„Therapeutenmangel und lange Wartezeiten führen dazu, eine/n Therapeutin\*en zu nehmen, die/der von der Art nicht zu einem passt. Die Folge kann sein, dass die Therapie keinen Erfolg hat, oder selbst Ängste auslöst.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).*

*„Man hat auch das Gefühl, nicht auf die wirkliche Passung achten zu können, da man an Therapie das nehmen muss, was man bekommt. Doch die Passung ist essenziell. Ist diese nicht vorhanden, kann die Therapeuten-Klienten Beziehung m.E. nach viel mehr Schaden anrichten“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).*

In unseren Gesprächen wurde mitunter auch der Bedarf an therapeutischen Angeboten zur Überbrückung oder Ergänzung wie Ergotherapie, Soziotherapie oder Stabilisierungsgruppen vorgebracht. Besonders hervorgehoben wurde hier die mobile Ergotherapie.

Ergotherapie gehört zum sozialpsychiatrischen Angebotsstandard und kommt in unterschiedlichen Settings - stationär, teilstationär (Tagesklinik), ambulanten Praxen, aber auch in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation – zur Anwendung. Mobile Ergotherapie richtet sich als aufsuchendes sozialpsychiatrisches Angebot dabei an Menschen, denen der Gang in eine ergotherapeutische Praxis aufgrund ihrer psychischen Erkrankung (z.B. wegen Angst- oder Panikstörungen) schwerfällt.<sup>118</sup> Ziel ist die Alltagskompetenzen dieser Personen zu erhalten und zu verbessern bzw. „innere Barrieren“ wie Ängste durch kreative, lebenspraktische und kognitiv übende Tätigkeiten abzubauen. Im Rahmen des Angebots „THEA mobil“ finanziert das städtische Gesundheitsreferat für leistungsberechtigte Personen – allerdings erst ab 60 Jahren – ergänzend zu den Krankenkassenleistungen koordinative Leistungen, also Leistungen, die auf den Aufbau individuell angepasster Hilfenetze abzielen.<sup>119</sup> Eine wichtige Zielgruppe sind dabei Ältere, die ohne Hilfenetz vor der Entlassung aus der stationären Psychiatrie stehen. Folgt man unseren Gesprächen, scheint „THEA mobil“ die Nachfrage leistungsberechtigter psychisch erkrankter Personen aber nicht abdecken zu können. Wobei sich das Problem auch dadurch ergibt, dass es nach dem Erreichen des ergotherapeutischen Behandlungsziels oftmals nicht gelingt, die Klient\*innen in sozialräumliche Hilfenetze zu vermitteln. Dies verweist nochmals auf die Bedeutung, Sozialraumakteur\*innen für die Bedarfe und Anliegen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu sensibilisieren (siehe Kap. 7.3.1). Wie es eine sozialpsychiatrische Fachkraft eines Anbieters von THEA mobil formulierte:

*„Wir haben eine lange, lange Warteliste. Und eigentlich ist die Idee, THEA steigt im Rahmen vom Entlassmanagement ein und hat relativ schnell einen Platz. Die Koppelung mit dem Entlassmanagement kriegen wir nicht so hin, weil wir können keine freien Kapazitäten vorhalten. Das ist echt frustrierend. So toll das Konzept ist. (...) Wir könnten den Durchlauf erhöhen, wenn es möglich wäre, die Klientinnen gut abzugeben ins Versorgungssystem. Und das gelingt häufig nicht gut.“ (Interview | sozialpsychiatrische Fachkraft)*

Insoweit wäre sowohl eine quantitative Ausdehnung des Angebots wie auch eine Ausdehnung des städtischen Angebots zusätzlicher koordinierender Leistungen im Rahmen der krankenkassenfinanzierten mobilen Ergotherapie auf jüngere Zielgruppen, besonders auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, wünschenswert.

---

<sup>118</sup> Wie es eine Fachkraft ausdrückte: „Wir trainieren z.B. dass eine Person mit Angststörungen es wieder schafft, aus der Wohnung zu gehen. Dass sie wieder die Treppe runter geht, zur Bushaltestelle geht und dass sie zwei Haltestellen fährt, wo der Supermarkt ist.“ Angemerkt sei aber, dass sich mobile Ergotherapie natürlich auch an Personen mit körperlichen Erkrankungen richtet (z.B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Verletzungen).

<sup>119</sup> Die Krankenkassen übernehmen diese koordinierenden Leistungen im Gegensatz zur eigentlichen mobilen Ergotherapie nicht.

**Systeminterne Nutzungsbarrieren.** Im Folgenden soll kurz auf einzelne Kritikpunkte, die als systeminterne Nutzungsbarrieren verstanden werden können, näher eingegangen werden:

- **Lange Wartezeiten | Mangel an Therapieplätzen.** Jüngste Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) bestätigen für die ambulante Psychotherapie die langen Wartezeiten.<sup>120</sup> Folgt man der KVB-Analyse, vergehen zwischen dem ersten Sprechstundenkontakt und dem eigentlichen Therapiebeginn bayernweit im Durchschnitt 139 Tage (etwa 20 Wochen); der Median<sup>121</sup> liegt bei 97 Tagen (knapp 14 Wochen). In München fallen die Wartezeiten mit einem Median von 82 Tagen *relativ* gering aus. Wobei anzumerken bleibt, dass die Wartezeit zwischen der ersten Kontaktaufnahme und dem ersten Sprechstundentermin hierbei *nicht* eingeschlossen ist.
- **Erkrankungsbilder.** Aus Sicht von Betroffenen und Fachkräften wird der Zugang ins ambulante Behandlungssystem durch Auswahlentscheidungen mancher Therapeut\*innen zusätzlich erschwert: Betroffene äußerten immer wieder die Vermutung, dass viele Psychotherapeut\*innen „bevorzugt leichte Fälle“ behandelten, anstatt den wirklich Bedürftigen mit schweren psychischen Störungen zu helfen.<sup>122</sup> Um drei Stimmen aus unserer Online-Befragung zu zitieren:
  - „Ich wurde mehrmals wegen der Diagnose Borderline von Therapeuten abgelehnt.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
  - „Oft auch Ablehnung durch Therapeuten bei DBT<sup>123</sup>, Trauma usw., sprich: bei "schwerwiegend, schwierig zu behandelnd" erscheinenden psychischen Erkrankungen.“ (Online-Befragung | Fachkraft im BEW).
  - „Manche Persönlichkeitsstörungen werden auch von Therapeut\*innen stigmatisiert. Wieder: Wir sind keine Monster!“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **Erschwerte Kontaktaufnahme.** Die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme wurden immer wieder kritisiert. Sei es, weil man „wochenlang“ hinterhertelefonieren müsse, sei es weil eine Kontaktaufnahme nur während der zeitlich begrenzten Sprechzeiten möglich sei oder sei es – damit verbunden - weil alles noch „analog laufe“.
- **Mangelnde technische Barrierefreiheit.** Das ambulante Behandlungs- und Unterstützungssystem wird in seiner Zugänglichkeit generell nicht als barrierefrei erlebt. Kritisiert wurde hier insbesondere die zu geringe Digitalisierung. Konkret, dass es zu wenig Möglichkeiten gebe, sich digital über das Angebot zu informieren (Online-Plattformen) und/oder mit Fachkräften (Therapeut\*innen, Ärzt\*innen) digital in Kontakt zu treten (Online-Terminvergabe, Chat). Umgekehrt geriet aber auch der zunehmende Trend zur Digitalisierung in die Kritik (siehe auch Kap. 6.3.2). Letztendlich setzt technische Barrierefreiheit voraus, dass es stets verschiedene Kontaktmöglichkeiten (etwa Telefon, E-Mail, Internet, face-to-face Sprechstunden) gibt und jede\*r den Zugangsweg wählen kann, der für ihn/sie der passende ist. Inwieweit dies in der Praxis stets sichergestellt werden kann, sei dahingestellt. Die Antworten sind aber ein klares Indiz dafür, nicht einseitig auf nur einen „Kanal“, wie etwa den der Digitalisierung, zu setzen. Zu berücksichtigen ist, dass Behandler\*innen hier nicht völlig frei sind in der Wahl der Mittel, sondern verschiedene Regelungen dazu zu beachten haben.

<sup>120</sup> Ritter-Rupp et al. (2023). Hierbei wurden die GKV-Abrechnungsdaten der Jahre 2019 bis 2021 untersucht.

<sup>121</sup> Der Median oder Zentralwert ist der Wert, der genau in der Mitte einer nach Größe geordneten Datenverteilung liegt. D.h. die eine Hälfte aller Daten liegt über dem Wert, die andere darunter. Im Gegensatz zum ‚Durchschnitt‘ (arithmetisches Mittel) erhalten bei der Berechnung des Medians die ‚extremen‘ Werte („Ausreißer“) kein so starkes Gewicht.

<sup>122</sup> Fachkräfte aus der Wohnungslosenhilfe äußerten zwar ähnliche Vorbehalte: „Als Einrichtung der Wohnungslosenhilfe haben wir schon die Erfahrung gemacht, dass so unsere Klient\*innen nicht sehr beliebt sind bei den Therapeut\*innen. Weil es vielleicht im Wartezimmer etwas auffälliger war, sich unsere Klient\*innen nicht ganz adäquat benommen haben“ (Interview | Fachkraft Wohnungslosenhilfe). Jüngste Studien decken – mit Blick auf Patient\*innen mit Schizophrenie – diese These allerdings nicht (Kullmann et al. 2023; Kampmann 2022; Nübling et al. 2023; Schlier et al. 2017): Von einer psychotherapeutenseitig häufigeren Ablehnung dieses Personenkreises könne nicht gesprochen werden. Dass nur ein geringerer Teil eine entsprechende Behandlung erhalte, habe eher strukturelle Gründe (Probleme der Krankenkassenbewilligung; unzureichende Ausbildungen der Psychotherapeut\*innen) bzw. liege in der Einstellung Betroffener hinsichtlich des Nutzen von ambulanten Psychotherapien begründet. Unabhängig davon ist zu bedenken, dass eine möglichst frühe Behandlung auch leichter Fälle wünschenswert ist und nicht verurteilt werden sollte.

<sup>123</sup> DBT steht für „Dialektisch-Behaviorale-Therapie“, ein verhaltenstherapeutischer Ansatz.

- **Regelungsbedingte Einschränkungen.** Hierunter verbirgt sich vor allem die Kritik an den von den Krankenkassen maximal genehmigten Therapiestundenbudgets und die Genehmigung einer nur beschränkten Zahl von Therapieformen.
- **Kritik an Behandlungsansätzen.** Hier wurde mit Blick auf Psychiater\*innen vor allem auf die zu schnelle Abgabe von Medikamenten und das Fehlen ganzheitlicher Behandlungsansätze abgestellt. Kritisiert wurden aber auch mitunter unqualifizierte Diagnosestellungen:

„Bessere und mehr „qualifizierte“ Psychiater, weg von klassischer Medikamentengabe zur ganzheitlichen Weiterbildung in dem Bereich.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Meines Erachtens werden psychische Krankheiten zu oft zu schnell mit Medikamenten behandelt, weil nicht genügend Therapeuten verfügbar sind, um die hohe Nachfrage zu stillen. Mit Medikamenten anzufangen ist einfach, aber sie wieder abzulegen ist schwer.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

„Grundsätzlich herrscht eine sehr schulmedizinisch orientierte Herangehensweise vor, die wenig Interesse daran hat, die Lebenssituation als Ganzes zu verstehen. In der Regel defizitorientierte Bewertung.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

„Frauen und andere marginalisierte Personen werden oft mit Depressionen abgespeist ohne wirkliche Hilfe. Viel Bias.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

**Stationärer Bereich | Entlassmanagement.** Eingedenk der Zielsetzung der Studie (siehe Kap. 1.1) soll auf eine differenzierte Darstellung der von den Befragten vorgebrachten Kritik an der klinisch-stationären Versorgung verzichtet werden. Die in unseren Interviews gemachten Anmerkungen spiegeln grundsätzlich die Erfahrungen wider, die auch die Unabhängige Beschwerdestelle Psychiatrie München (UBPM) in ihren Jahresberichten immer wieder nennt.<sup>124</sup> Ausdrücklich hingewiesen sei jedoch auf den Kritikpunkt „Entlassmanagement“: Entgegen den Vorgaben (§39 Abs. 1a SGB V) könne, so die immer wieder artikulierte Kritik, von einem adäquaten Entlassmanagement häufig nicht gesprochen werden; eine gezielte Vermittlung an das ambulante Behandlungs- und Unterstützungssystem finde oftmals nicht statt. Ehemalige Patient\*innen bzw. deren Angehörige sähen sich immer wieder auf sich allein gestellt.

„Dass Leute nach wie vor entlassen werden, ohne überhaupt zu schauen, in welcher Situation die leben und ob es überhaupt möglich ist, diese Menschen überhaupt nach Hause zu schicken. Und das habe ich in den letzten Jahren nicht nur ein- oder zweimal erlebt. Das ist absolut skandalös. Dass man da nicht weitergekommen ist, obwohl man seit 30 Jahren über Case Management-Konzepte diskutiert.“ (Interview | Angehörige\*r).

„Häufig werden die Menschen einfach entlassen. Die geben ihm [Patient, SIM] dann für eine Woche Medikamente mit und sagen <Gehen Sie zu Ihrem Psychiater, damit er Ihnen Medikamente verschreibt>. Er findet keinen Arzt, nimmt keine Medikamente. Alles geht wieder runter. Und er kommt wieder ins Krankenhaus. Natürlich dauert es, bis die Krise kommt. Aber irgendwann kommt sie. So chronifizieren psychische Erkrankungen und die Menschen bekommen Hilfe viel zu spät.“ (Interview | Sozialpsychiatrische Fachkraft).

Die fehlende proaktive Einbindung in das Behandlungs- und Unterstützungssystem kann die Teilhabechancen Betroffener nachhaltig unterminieren. Positiv ist, dass sich Träger\*innen stationärer und ambulanter Dienste und auch das Jobcenter dieser Problematik in den letzten Jahren mehr und mehr angenommen haben.

<sup>124</sup> In ihrem Jahresbericht 2021 (MüPE e.V. 2022: 3) werden etwa genannt: „gegen den Willen verabreichte Medikamente als einzige Behandlungsmethode“, „Gewaltanwendung durch Fixierung, Isolierung und Zwangseinweisung“, „Gesellschaftlich stigmatisierende Diagnosen, welche den Patient\*innen und ihren Angehörigen zudem nicht ausreichend erläutert werden.“



### 3.2 Wege ins Behandlungs- und Unterstützungssystem: Weitere Barrieren und Strategien

**Barrieren im Überblick (ZBFS-Befragung).** Um die einschlägigen Erfahrungen Betroffener empirisch abbilden zu können, wurde im Rahmen der ZBFS-Befragung folgende Frage gestellt: „Denken Sie bitte an die Zeit zurück, als Sie erstmalig nach professioneller Unterstützung suchten. Welche der folgenden Aussagen trafen da auf Sie zu?“ Bei der Interpretation der Antworten (Tabelle 3.3.) ist zu beachten, dass der fragliche Zeitpunkt bei den meisten Befragten bereits etliche Jahre zurücklag. Wenngleich die Antworten insofern nicht als Gradmesser für die gegenwärtige Situation dienen können, belegen sie doch eindrücklich die Schwierigkeit, schnell die gewünschte fachliche Hilfe zu erhalten bzw. sich mit seinen Sorgen und Fragen ernst genommen zu fühlen. Dass ein knappes Drittel (30,6%) der Befragten erklärte, schnell eine geeignete fachärztliche Praxis (Psychiatrie, Neurologie) gefunden zu haben, ändert hieran nichts Grundsätzliches. Auch weil wir nicht wissen, wie viele Befragte überhaupt eine solche Praxis gesucht hatten. Das ambulante Behandlungssystem erweist sich – durchaus erwartungsgemäß – als schwerer zugänglich als das stationäre System. Erwähnenswert ist auch, dass die Frage der Wohnortnähe von Praxen und Diensten insgesamt nur eine untergeordnete Rolle spielt. Vor dem Hintergrund des in München gut ausgebauten öffentlichen Nahverkehrs überrascht dies nicht. Hinzukommt, dass Betroffene aus Angst vor Diskriminierung im sozialen Nahraum häufig womöglich auch lieber weiter entfernte Praxen aufsuchen.

**Tabelle 3.3: Suche nach Hilfe: Strukturelle Defizite und hemmende Kontextfaktoren im Bereich der Behandlung und Unterstützung** (absolut (Zahl der Codierungen) & in Prozent (auf Befragte, n=431); offene Frage (Mehrfachkodierungen möglich))

Insgesamt, davon	abs.	in %
<b>Erfahrungen mit dem Versorgungssystem</b>		
– Ich telefonierte mehrere Wochen hin und her, um einen ambulanten Psychotherapieplatz zu finden.	119	27,6
– Auf meine Fragen und Sorgen im Zusammenhang mit meiner Erkrankung und der Behandlung wurde lange Zeit nicht genügend eingegangen.	107	24,8
– Ich habe lange Zeit keine passende Beratungsstelle gefunden.	70	16,2
– Ich habe lange auf einen Platz zur stationären Behandlung warten müssen.	54	12,5
– Ich konnte keine wohnortnahe professionelle Unterstützung finden, obwohl mir das wichtig gewesen wäre.	48	11,1
<b>Kontextfaktoren</b>		
– Ich wusste lange Zeit gar nicht, wo ich mich mit meinem Problem hinwenden sollte.	199	46,2
– Ich konnte mir meine Probleme zunächst selbst nicht eingestehen und habe die Suche nach Unterstützung deshalb hinausgezögert.	162	37,6
– Ich hatte Angst, bei Aufnahme einer Behandlung Nachteile am Arbeitsplatz zu bekommen.	129	29,9
– Ich wollte im privaten Bereich nicht als „Psycho“ abgestempelt werden, deshalb habe ich erst einmal keine Unterstützung gesucht.	104	24,1
– Ich hatte Bedenken, dass ich unter rechtliche Betreuung gestellt werde, wenn ich Unterstützung suche.	45	10,4
– Meine Suche nach medizinischer Betreuung wurde dadurch erschwert, dass ich mich in Wartezimmern von Arztpraxen sehr unwohl fühle.	45	10,4

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Folgt man den Antworten, scheint die Suche nach Hilfe insgesamt also weniger durch Lücken im Behandlungs- und Unterstützungssystem gehemmt worden zu sein als durch persönliches Nicht-Wissen um die Behandlungs- / Unterstützungslandschaft (siehe auch Kap. 3.3.1), innere Barrieren und die Angst vor negativen Reaktionen Dritter. Dies verweist noch einmal auf die Bedeutung von Informationsstrategien und Anti-Stigma-Arbeit (siehe auch Kap. 7).



**Weitere Inanspruchnahme-Barrieren.** Näher eingegangen sei an dieser Stelle auf fünf Barrieren, die nicht direkt im Behandlungssystem liegen, dieses jedoch flankieren:

- **Begrenztes Vermittlungsangebot.** In München gibt es eine Vielzahl von Anlauf- und Beratungsstellen, an die sich Betroffene bzw. deren Angehörige mit ihren Fragen wenden können. Mit den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Koordinationsstelle Psychotherapie in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern gibt es zudem zentrale Vermittlungsstellen, an die sich Jede\*r wenden kann. Viele dieser Stellen haben umfangreiche Webseiten, in denen detailliert über die Leistungen und Angebote in der Stadt in München bzw. das Behandlungssystem an sich aufgeklärt wird.<sup>125</sup> Folgt man den Befragungen und Gesprächen wird dieses Angebot – wohl eben aufgrund seiner Vielfalt – von vielen Betroffenen, aber auch von Angehörigen als intransparent und überfordernd erlebt<sup>126</sup> – sofern es überhaupt bekannt ist (siehe Kap. 3.3.1). Unabhängig hiervon wurde moniert, dass entsprechende Stellen in der Regel nicht *aktiv* in das psychiatrisch-psychotherapeutische System vermittelt bzw. sie den Anfragenden keine klare Empfehlungen in Richtung Therapie und geeigneten Therapeut\*innen geben könnten. Das derzeitige Beratungssystem stoße hier teilweise an seine Grenzen.

*„Eigentlich bräuchten fast alle, die bei uns anrufen, eine Vermittlung, eine Hilfe, um eben das Passende zu finden. Um ein Beispiel zu nennen: Also eine ältere Dame hat gesagt <Ja, jetzt habe ich die Adressen von der Krankenkasse bekommen, aber was soll ich jetzt eigentlich machen?> (...) Auch gibt es keine Aufklärung, welche Therapieart geeignet wäre. Also in die Hilfe zu kommen, ist schon ein Akt. (...) Da gibt es wenig vermittelnde Stellen. Also wir können das auch nicht. Ich könnte nicht bei einem Therapeuten für eine Klientin anrufen. (...) Uns sind extrem die Hände gebunden bei der Vermittlung von Therapie.“ (Interview | Fachkraft einer Anlaufstelle).*

Folgt man den Befragten, scheinen auch Ärzt\*innen ihrem Weitervermittlungsauftrag nicht immer gerecht zu werden, sei es aufgrund mangelnder diagnostischer Kenntnisse und Kompetenzen,<sup>127</sup> sei es aufgrund mangelnden Wissens über das Gesamtsystem. Ob bzw. inwieweit in den (hausärztlichen) Praxen ausliegende Informationsmaterialien oder Kurzschulungen der in den Praxen tätigen medizinischen Fachangestellten (MFA; früher: „Arzthelfer\*innen“) über die Struktur der sozialpsychiatrischen Angebotslandschaft die Vermittlungsproblematik eingrenzen könnten, muss offenbleiben.

- **Subjektive Überforderung.** Die mitunter langen Wartezeiten, die skizzierten Zugangsprobleme ins Hilfesystem bedeuten für viele Betroffene eine Überforderung. Auch und gerade in Krisen. Subjektive Überforderung als Wechselspiel zwischen inneren Barrieren und der Struktur der Behandlungs- und Unterstützungslandschaft wurde in den Befragungen und Gesprächen immer wieder als zentrale Nutzungsbarriere identifiziert.

*„Kliniken, niedergelassene Fachärzte usw. sind komplett überlaufen, es dauert teilweise über ein Jahr einen Termin zu bekommen - wenn überhaupt. Der Aufwand, der dazu nötig ist (Unmengen Mails, Telefonate, Adressen suchen, Rückschläge, Absagen) wären für psychisch unauffällige Menschen schon schwer zu verdauen - mit einer psychischen Störung wird die Suche fast unmöglich, ohne zu resignieren.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r)*

<sup>125</sup> Wie es die Mitarbeiterin einer diagnosespezifischen Anlaufstelle formulierte: „Unsere Webseite bildet alles ab. Wir haben alle Angebote gesammelt. Ob man das immer drei- viermal machen muss, da bin ich eigentlich auch nicht der Meinung.“ (Interviews | Fachkraft).

<sup>126</sup> Gelegentlich wurden mit Blick auf die Anlauf-/ Beratungsstellen auch (zu) lange Wartezeiten beklagt. Es ist an dieser Stelle nicht zu klären, ob letztere Kritik primär negative Einzelerfahrungen widerspiegelt oder auf eine systematische Überlastung bzw. einen zu geringen Ausbau des Beratungssystems verweist. Nach unseren Gesprächen mit entsprechenden Dienstleistern scheinen längere Wartezeiten aber eher die Ausnahme darzustellen.

<sup>127</sup> In der Fachliteratur wird ebenfalls davon ausgegangen, dass bei Hausärzt\*innen, die für viele psychisch erkrankte Patient\*innen die erste und wichtigste Anlaufstelle darstellen, „nur ca. 50% der depressiven Störungen korrekt diagnostiziert werden und davon lediglich 10% adäquat behandelt werden.“ (Watschöder und Scheuermann 2023: 19). Gleichzeitig werden einschlägige Fortbildungen, wie sie etwa vom Bündnis für Depression (und anderen Interessensorganisationen) immer wieder angeboten werden, von diesen kaum nachgefragt.

Insofern diese Überforderung auf krankheitsbedingte Barrieren zurückzuführen ist, ist sie letztendlich nur durch persönliche Assistenzen (Lotsenkräfte) zu lösen, also dass Betroffene „an die Hand genommen werden“ und ihnen *zugehend* der Weg ins System geebnet wird.<sup>128</sup>

- **Mobilitäteeinschränkungen.** Mobilitäteeinschränkungen aufgrund der psychischen Erkrankung (siehe auch Kap.6.3.1) schlagen natürlich auch auf die Nutzungsmöglichkeiten des ambulanten bzw. teilstationären Behandlungsangebotes zurück. Um diesbezüglich einen Betroffenen zu zitieren:

„Tageskliniken kommen bei Krisen leider nicht in Frage, da ich niemanden hätte, der mich regelmäßig fahren könnte. Die Angebote sind gut, nur leider hapert es – zumindest bei mir – von A nach B zu kommen“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

- **Angst vor (struktureller) Diskriminierung | Verbeamtung.** Dass die Angst vor (struktureller) Diskriminierung die Entscheidung, sich in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu begeben, negativ beeinflusst, ist bereits dargestellt worden (siehe Tab. 3.3). Ein Aspekt sei aber noch erwähnt, nämlich die Frage der Verbeamtung. Sicherlich ist nach § 9 Beamtenstatusgesetz, formal gesehen, die Inanspruchnahme einer Psychotherapie, die über die Krankenkasse finanziert wird, *per se* kein Ausschlusskriterium für die Übernahme in ein Beamtenverhältnis. Wie es in der jüngst vorgelegten Antwort der Bayerischen Staatsregierung auf eine entsprechende Anfrage heißt:<sup>129</sup> „Den Untersuchungsverlauf bestimmt der Amtsarzt für jeden Einzelfall selbst, sodass keine Aussage dazu getroffen werden kann, inwieweit bestimmte (psychische) Erkrankungen die Einstellung in ein Beamtenverhältnis beeinflussen.“ Unsere Gesprächspartner\*innen – Betroffene wie Fachkräfte – waren sich jedoch weitgehend einig, dass eine solche Behandlung durchaus negative Konsequenzen zeitige; die Erfahrung bestätigte dies.

„Verbeamtung bei nachgewiesener psychischer Erkrankung... Pech gehabt. (...) Ich kann es durchaus nachvollziehen, dass man als junger Mensch, der eine Beamtenlaufbahn anstrebt, keine Therapie macht.“ (Interview | Fachkraft einer Anlaufstelle).

- **Angst vor Stigmatisierung.** Die nach wie vor bestehende grundsätzliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen (siehe Kap. 7) und die mit ihr oft einhergehenden Schamgefühle schlagen negativ auf die Inanspruchnahme von einschlägigen Hilfsangeboten zurück. Unterstützung wird in Folge oft erst nachgesucht, wenn es gar nicht mehr anders geht. Hinzu kommt ein weiterhin verbreitetes negatives Bild der Psychiatrie, vor allem stationärer Behandlungsangebote. Wie es eine Fachkraft aus dem Beratungskontext formulierte:

„Ich bekomme oft zu hören: Warum soll ich Therapie machen? Ich bin doch nicht verrückt. (...) Es ist auch eine große Angst da – vor Therapie, vor stationärer Behandlung. Eingewiesen zu werden, das alte Bild der klinischen Psychiatrie.“ (Interview | Fachkraft einer Beratungsstelle).

**Grundsätzliche Systemablehnung.** Wenngleich Personen, die sich dem psychiatrischen System bewusst verweigern, vermutlich an den Befragungen nicht teilgenommen haben, bleibt doch darauf hinzuweisen, dass manche Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – auch und gerade mit schwereren – keine Unterstützung, geschweige denn eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen wollen. Unabhängig davon, ob man dies als Ausdruck mangelnder Krankheitseinsicht ansieht oder als Ausdruck negativer Erfahrungen mit dem Behandlungssystem legitimiert – das System stößt hier notgedrungen an seine Grenzen. Dies spiegelt den hohen Stellenwert der Selbstbestimmung in unserem demokratischen Rechtsstaat wider. So hat das Bundesverfassungsgericht im Rahmen einer seiner jüngsten Entscheidungen zum Thema Zwangsbehandlung klargestellt, dass die Freiheitsgrundrechte auch das Recht auf „Freiheit zur Krankheit“ einschließen „und damit das Recht, auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen, selbst wenn diese nach dem Stand des medizinischen Wissens dringend angezeigt sind.“<sup>130</sup> Dass dieser hohe Stellenwert der

<sup>128</sup> Im Bereich der Arbeit mit psychisch erkrankten Migrant\*innen haben sich entsprechende Lotsensystem entsprechend bewährt (siehe Kap. 3.5.1).

<sup>129</sup> Bayerischer Landtag (2022: 50, Punkt 1.23).

<sup>130</sup> Bundesverfassungsgericht (2021).

Selbstbestimmung für manche Personen auch negative Konsequenzen haben kann sei aber ergänzend angemerkt. Wie es ein\*e Angehörige\*r uns gegenüber formulierte:

*„Es ist sich jeder einig, dass der Patientenschutz und der Schutz der Selbstbestimmung sehr hohe Güter sind, aber wenn Menschen nicht mehr imstande sind, sich selbst zu bestimmen – was bei psychisch erkrankten Menschen phasenweise der Fall ist – und niemand erkennt das und niemand ist bereit, die Verantwortung dafür zu übernehmen, dann hat das absurde Konsequenzen. Wenn jemand zehnmal eingeliefert worden ist und jetzt selber entscheidet, welche Medikamente er nimmt und welche nicht. Das kann nicht funktionieren. Da spreche ich aus persönlicher Erfahrung.“ (Interview | Angehörige\*r)*

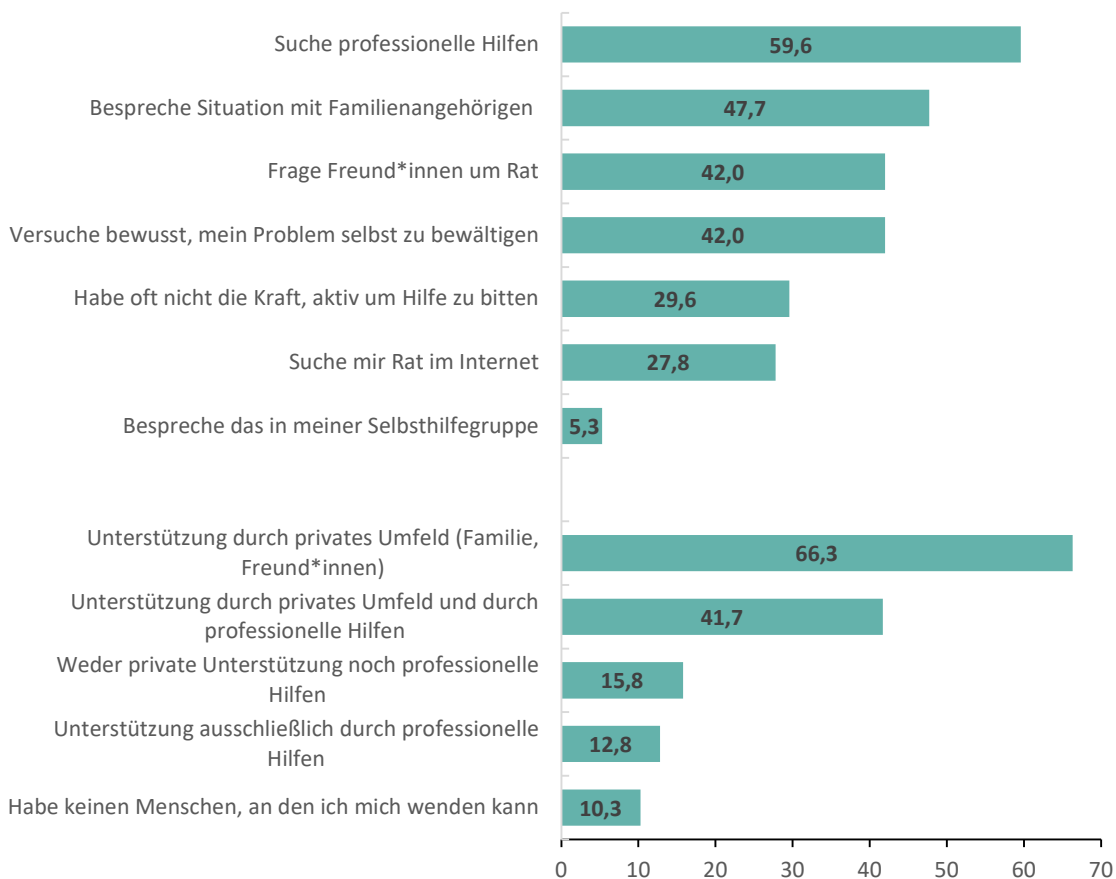
**Handlungsstrategien im Krisenfall.** Im Rahmen der ZBFS-Befragung wurde auch gefragt, wie man sich verhalte, wenn man ein ernstes Problem habe.<sup>131</sup> Folgt man den Antworten, steht der Rückgriff auf professionelle Hilfen (z.B. Krisendienst, Sozialpsychiatrische Dienste, Ärzt\*innen) mit knapp sechzig Prozent an erster Stelle, gefolgt von der Kontaktierung von Familienangehörigen (47,7%) (Abbildung 3.2). Gut vierzig Prozent (41,7%) erklärten, in solchen Fällen sowohl professionelle Hilfe als auch Unterstützung durch das soziale Umfeld (Familie, Freund\*innen) zu suchen. Die Antworten verweisen auf ein gewisses „Stufenverhalten“: Erst versucht man, sein Problem selbst zu bewältigen (z.B. durch Einsatz von Selbstmanagementstrategien); reicht dies nicht, werden Familie und Freunde eingeschaltet, um dann in einer dritten Stufe, professionelle Hilfe zu holen. Entsprechend vertrauten nur 12,8% aller Befragten *ausschließlich* auf professionelle Hilfe.

Jede\*r Sechste (15,8%) gab jedoch an, sich weder um professionelle noch um privat-informelle Unterstützung zu bemühen. Zwei Drittel von ihnen deshalb, weil man keinen Menschen im sozialen Umfeld (Familie, Freund\*innen) hat, an den man sich wenden kann. Während diesbezüglich kein Zusammenhang mit dem Geschlecht besteht, fühlen sich Befragte mit ausschließlich ausländischer Staatsbürgerschaft (14,5%) und Deutsche mit Migrationshintergrund (11,4%) in solchen Krisensituationen (etwas) häufiger auf sich allein gestellt als Deutsche ohne Migrationshintergrund (8,9%). Dies gilt auch für alleinlebende Befragte (13,7%), aber auch für Betroffene, die alleine mit ihrem Kind zusammenleben (17,4%). Letzteres ist mit den zur Verfügung stehenden Daten allerdings schwierig zu deuten.

---

<sup>131</sup> Zum genauen Wortlaut siehe Frage 11 des ZBFS-Bogens im Anhang.

**Abbildung 3.2: Handlungsstrategien Betroffener im Krisenfall (n=436; in Prozent; Mehrfachnennungen möglich)<sup>132</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

### 3.3 Professionelle Beratungs- und Unterstützungsangebote

#### 3.3.1 Wissensstand und Informationsbedarf

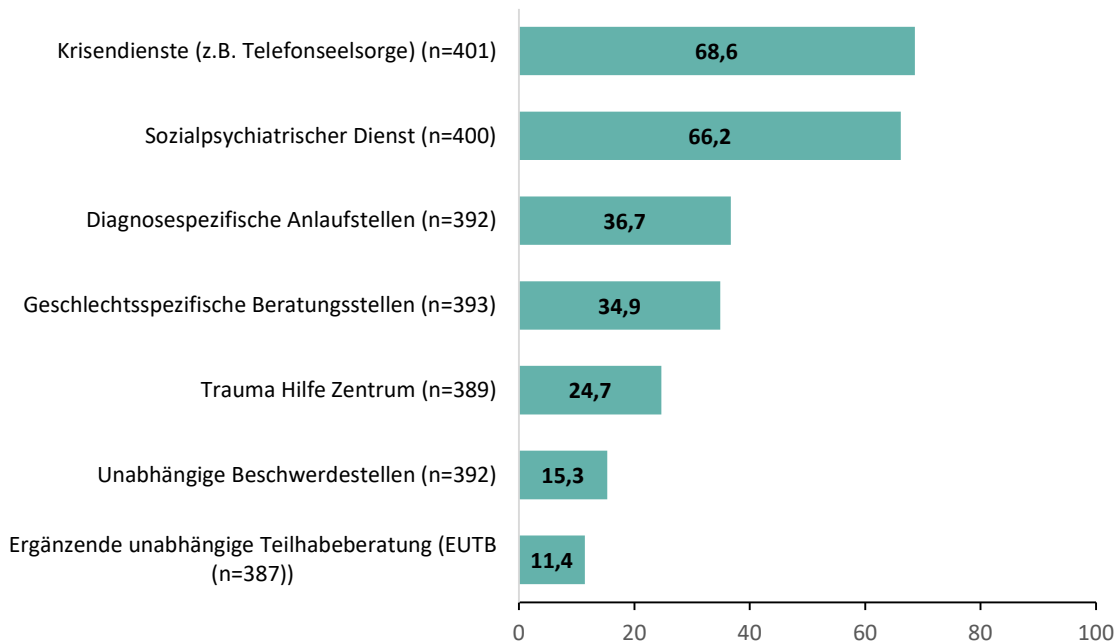
**Überblick.** Das beste Angebot nützt nichts, wenn Betroffene es nicht kennen. Im Rahmen der ZBFS-Erhebung wurde daher gefragt, ob man zentrale Bausteine dieses Systems kenne. Nachfolgende Grafik verdeutlicht, dass - abgesehen von den Sozialpsychiatrischen Diensten und dem Krisendienst – über die Hälfte der Befragten die genannten Angebote nicht kannten. Hier deutet sich ein beträchtlicher Informationsbedarf bzw. die Notwendigkeit niederschwelliger Informationsstrategien an. Umso mehr wenn man bedenkt, dass schwerer psychisch erkrankte Personen keinen höheren Kenntnisstand aufweisen als weniger belastete Personen. Wie es eine Betroffene prägnant formulierte:

*„Was meiner Ansicht nach total fehlt, ist eine komplette Übersicht, was für Möglichkeiten man hat, um sich Hilfe bei psychischen Problemen zu holen. Angefangen von ambulanten Psychotherapieplätzen („Wie kommt man an diese?“), hin zu Beratungsstellen (Arche etc.), betreutes Wohnen, verschiedene Kliniken, Kuren, Hilfe des Jugendamtes, Ergotherapie usw. Am besten unterteilt nach Hilfen für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Kindern. Ich hatte im Winter eine schwere Zeit und bin auf die StäB<sup>133</sup> vom KBO gestoßen. Dabei ist mir aufgefallen, dass ich immer noch nicht alle Angebote in München kenne, obwohl ich schon viel in Anspruch genommen habe und auch schon lange beeinträchtigt bin. Eine Übersicht mit Links würde vielen Menschen helfen.“ (E-Mail | Betroffene)*

<sup>132</sup> Ausgewiesen wird jeweils der Anteil, der angab, den Versorgungsbaustein zu kennen.

<sup>133</sup> „STäB“ steht für stationsäquivalente Behandlung. Dabei handelt es sich um Behandlungsmethoden wie in der Klinik, die aber in der Häuslichkeit der Patient\*innen stattfinden (Hausbesuche).

**Abbildung 3.3: Kenntnis ausgewählter professioneller Unterstützungs- / Beratungsangebote (in Prozent, n=398-401)<sup>134</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Während die soziale / sozioökonomische Lage der Befragten keinen Einfluss auf den Grad ihrer Informiertheit besitzt, zeigt sich vereinzelt ein enger Zusammenhang mit dem schulischen Bildungsgrad – im Sinne: Je höher der Schulabschluss, desto besser der Kenntnisstand. Eine statistische Signifikanz ergibt sich diesbezüglich für die Bausteine „Diagnosespezifische Anlaufstellen“ und „Krisendienste“. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich hingegen keine nennenswerten Unterschiede. Mit einer Ausnahme: den geschlechtsspezifischen Beratungsstellen. Während ein gutes Fünftel der Männer (21,8%) angab, eine solche zu kennen, liegt der Anteil bei den Frauen mit 40,2% fast doppelt so hoch. Vor dem Hintergrund, dass dem FrauenTherapieZentrum bei diesem Baustein eine zentrale Bedeutung zukommt, ist dies allerdings wenig überraschend. Zumal es keine analoge Männerberatungsstelle gibt, „nur“ das Männerinformationszentrum mit einem Schwerpunkt auf Gewaltprävention und -betroffenheit.

Erwähnenswert ist, dass Befragte, die alleine leben und/oder einsam sind (siehe Kap. 6.1.2), im Vergleich zu den anderen Befragten die Angebotslandschaft besser kennen: So gaben fast zwei Drittel (62,2%) von ihnen an, den Krisendienst zu kennen; bei der Gegengruppe fällt der Anteil mit 37,1% deutlich geringer aus. Die besondere Informiertheit Alleinlebender lässt sich für alle hier diskutierten Bausteine zeigen. Dies könnte darin begründet sein, dass letztere stärker auf professionelle Netzwerke stärker angewiesen sind.

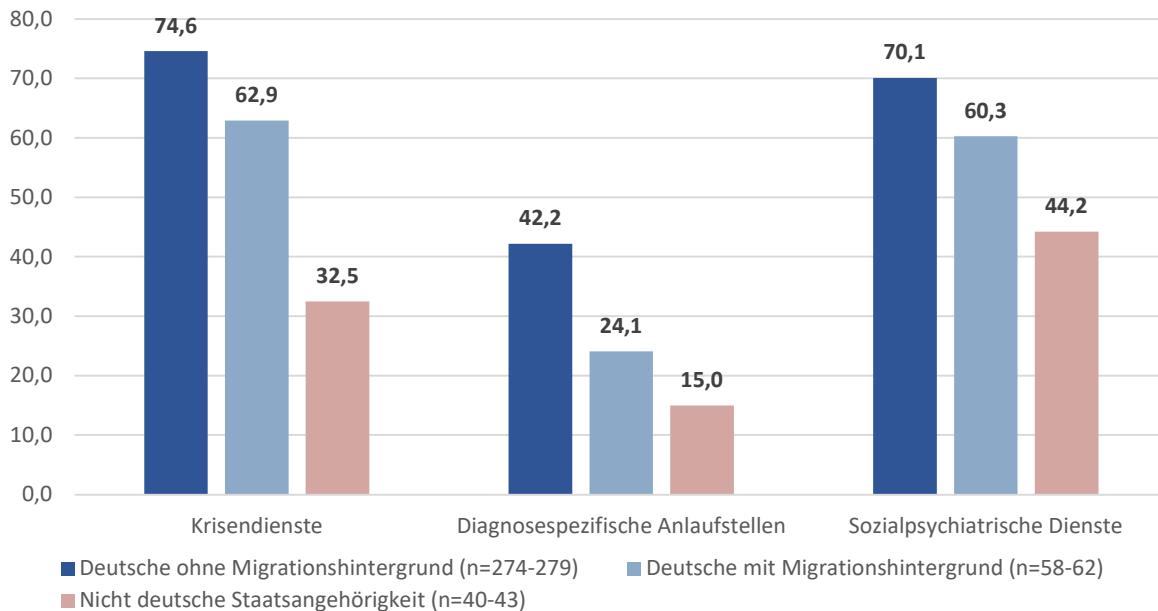
**Migrationshintergrund.** Deutsche ohne Migrationshintergrund weisen fast immer den besten Kenntnisstand auf, während sich Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft als in der Regel am schlechtesten informiert zeigen. Allerdings fallen die Unterschiede zwischen den drei Gruppen – Deutsche ohne bzw. mit Migrationshinderung und Befragte nichtdeutscher Staatsbürgerschaft – in etlichen Fällen sehr gering aus: Nimmt man z.B. die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB), die unabhängigen Beschwerdestellen oder das Traumahilfezentrum in den Blick, lässt sich letztendlich von einer ähnlich großen Unkenntnis bei allen drei Gruppen sprechen.<sup>135</sup> Größere Unterschiede im Informationsgrad nach Migrationshintergrund bzw. Staatsangehörigkeit zeigen sich allerdings bei dem Krisendienst, den diagnosespezifischen Anlaufstellen sowie

<sup>134</sup> Ausgewiesen wird jeweils der Anteil, der angab, den Versorgungsbaustein zu kennen.

<sup>135</sup> So schwanken die fraglichen Werte bei der EUTB zwischen 89,0% und 89,5%, bei den unabhängigen Beschwerdestellen zwischen 84,6% und 85,4% und dem Trauma Hilfe Zentrum zwischen 74,8% und 78,4%.

dem Sozialpsychiatrischen Diensten.<sup>136</sup> Vor dem Hintergrund der Bedeutung, die gerade diesen drei Angebotsbausteinen zukommt, ein wichtiger Befund.

**Abbildung 3.4: Kenntnis ausgewählter professioneller Unterstützungs- / Beratungsangebote nach Migrationshintergrund bzw. Staatsangehörigkeit (in Prozent)<sup>137</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Bei der Interpretation ist zu beachten, dass rund 80% der Befragten mit Migrationshintergrund ihre deutschen Sprachkenntnisse mit gut oder sehr gut beschrieben; „eher schlechte“ Kenntnisse machten nicht einmal zehn Prozent von ihnen geltend. Die schlechtere Informiertheit von Personen mit Migrationshintergrund bzw. Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit lässt sich somit nicht (ausschließlich) auf schlechtere Deutschkenntnisse zurückführen.

**Lösungsideen (Befragte).** Um das Informationsdefizit zu beheben, böten sich aus Sicht der von uns Befragten zwei – sich gegenseitig allerdings nicht ausschließende – Strategien an:

- **[Zentrale Informationsstrategie].** Entwicklung einer langfristigen Informationsstrategie, die ihrerseits gleichermaßen auf Maßnahmen im öffentlichen Raum (z.B. Litfaßsäulen, MVG-Haltestellen, U-Bahnen) wie auf gezielte Einbindung zentraler Multiplikator\*innen (z.B. Hausärzt\*innen, Apotheken) setzen könnte. Zu Recht gaben Fachkräfte aber zu bedenken, dass einmalige größere Aktionen („Kampagnen“) kaum nachhaltige Effekte bewirkten. Dem Informationsverhalten bzw. den Zugangswegen von Personen mit Migrationshintergrund sollte bei der Entwicklung entsprechender Informationsstrategien besondere Beachtung zukommen.
- **[Online-Plattform].** Aufbau einer zentralen Online-Plattform („Wegweiser“). Der Aufbau einer Internetseite – wie er auch im Aktionsplan 2.0 (UN-BRK) vorgesehen ist – könnte Betroffene und ihre Angehörigen befähigen, sich in dieser Angebotslandschaft besser zu orientieren. Ob bzw. inwieweit sich eine solche Online-Plattform mit bereits bestehenden Online-Wegweisern verzahnen könnte, wäre dabei zu prüfen. Wünschenswert wäre auf jeden Fall eine Verlinkung zu anderen Online-Ressourcen, sind im Bereich der psychischen Erkrankungen doch in den letzten Jahren eine Reihe von digitalen, app-basierten Anwendungen entwickelt und zertifiziert werden, die sich mitunter nicht nur

<sup>136</sup> Bei den gerontopsychiatrischen Diensten deutet sich ein ähnliches Bild an. Allerdings sind die Fallzahlen für die relevante Zielgruppe, sprich die ab-60-Jährigen, für eine entsprechende Auswertung zu gering.

<sup>137</sup> Ausgewiesen wird jeweils der Anteil, der angab, den Versorgungsbaustein zu kennen.

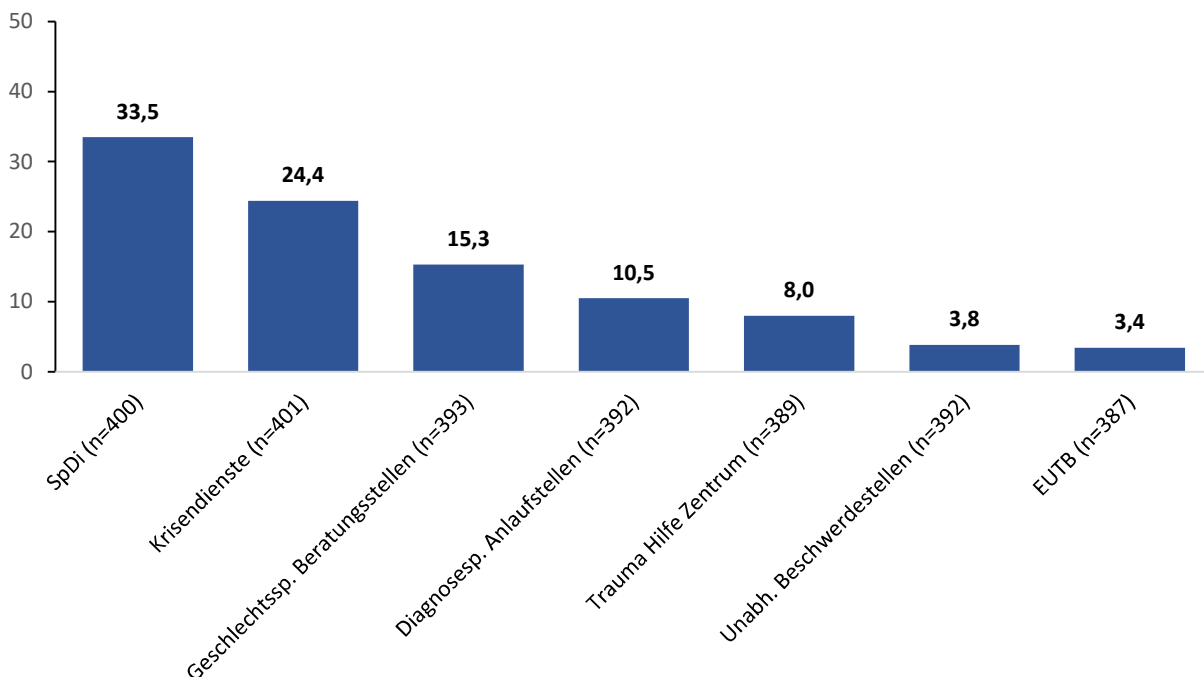
als Informationstools verstehen, sondern auch der aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung dienen sollen.

Zu bedenken ist allerdings, dass ein reines Informationstool den Bedürfnissen vieler Betroffener wohl nicht gerecht werden kann. Sei es, weil solch ein digitales Angebot viele überfordern wird (siehe auch Kap. 6.3.2), sei es, weil für viele Betroffene die Nutzung eines Angebots mehr voraussetzt als es zu kennen (inhaltliche Bewertung; Kontaktaufnahme).

### 3.3.2 Inanspruchnahme

**Überblick.** Vor dem Hintergrund des oben skizzierten Informationsgrades (und natürlich der individuell unterschiedlichen Lebenssituationen) überrascht es nicht, dass die Befragten die genannten Bausteine nur teilweise in Anspruch genommen haben: Selbst die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Krisendienste hatte bis zum Befragungszeit nur ein Drittel bzw. ein Viertel der Befragten genutzt. Um die jeweilige Zufriedenheit mit der letzten Beratung zu erfassen, hatten die Befragten die Möglichkeit, diese mittels einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (unzufrieden) zu bewerten. Für die Dienste, für die aussagekräftige Fallzahlen vorliegen,<sup>138</sup> ergeben sich „Durchschnittsnoten“ zwischen 2,1 (Traumahilfezentrum) und 2,7 (Diagnosespezifische Anlaufstellen). Die Sozialpsychiatrischen Dienste (2,4), die geschlechtsspezifischen Beratungsstellen (2,5) und die Krisendienste (2,6) nehmen infolgedessen eine Zwischenstellung ein.

**Abbildung 3.5: Inanspruchnahme ausgewählter professioneller Unterstützungs- / Beratungsangebote (in Prozent)<sup>139</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

**Migrationshintergrund.** Auffällig ist, dass mit Blick auf Deutsche mit und ohne Migrationshintergrund bzw. nicht-deutscher Staatsbürgerschaft das Nutzungsverhalten mitunter anders ausfällt als die oben skizzierten Unterschiede im Informationsstand nahelegen würden. Besonders deutlich wird dies bei den Sozialpsychiatrischen Diensten, gaben doch jeweils über ein Drittel der Befragten mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft (37,2%) bzw. Deutsche mit Migrationshintergrund (38,1%) an, schon einmal einen SpDi genutzt zu haben, wohingegen es bei Deutschen ohne Migrationshintergrund 30,1% waren. Mit anderen

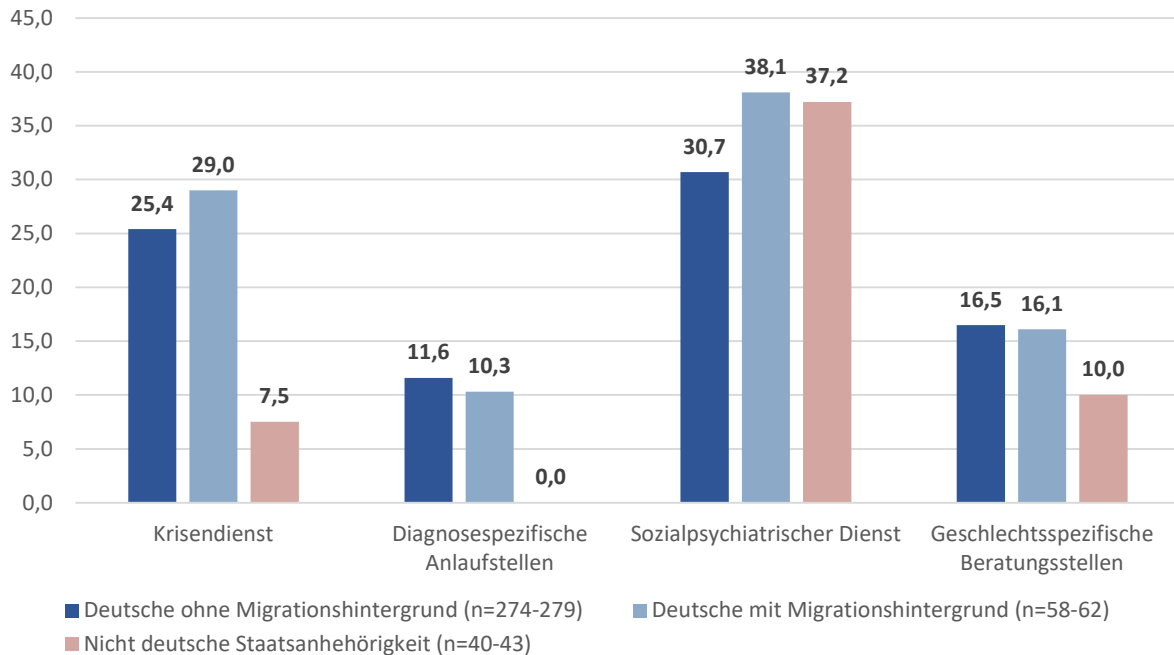
<sup>138</sup> Die Zufriedenheit wurde nur von jenen Personen bewertet, die das Angebot auch wahrgenommen haben.

<sup>139</sup> Ausgewiesen wird jeweils der Anteil, der angab, den Versorgungsbaustein zu kennen.



Worten: *Sofern* migrantische Befragte um Angebote wissen, sind sie durchaus bereit, diese zu nutzen – mitunter sogar in einem stärkeren Maße als Befragte ohne Migrationshintergrund. Für Deutsche mit Migrationshintergrund gilt letzteres für alle hier betrachteten Unterstützungs- / Beratungsangebote. Dies verweist nochmals auf die Bedeutung einschlägiger und zielgruppenspezifischer Informationsstrategien, gerade mit Blick auf die migrantische Bevölkerung.

**Abbildung 3.6: Inanspruchnahme ausgewählter professioneller Unterstützungs- / Beratungsangebote nach Migrationshintergrund bzw. Staatsangehörigkeit (in Prozent)<sup>140</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

**Lösungsideen (Befragte).** Die Frage, wie man die Inanspruchnahme verbessern könnte, wurde in der Online-Befragung und unseren Interviews des Öfteren angeschnitten. Dabei schälten sich vier mögliche Lösungsansätze heraus:

- **[Aufbau einer zentralen Anlaufstelle].** Entwicklung einer zentralen Anlaufstelle, die nicht nur als Informations-, Beratungszentrum, sondern auch als *aktive* Vermittlungsagentur agiert.

*„Die Suche nach psychischer Hilfe ist bekanntermaßen schwer. Wenn die Stadt München eine zentrale Anlaufstelle für psychische Probleme schaffen könnte, wäre das schön.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).*

Fasst man die Anregungen der Befragten zusammen, sollte eine solche Anlaufstelle möglichst niederschwellig organisiert sein (Vorsprechen ohne Termin; Einbindung in ein offenes, zielgruppenübergreifendes Angebot wie z.B. ein Café). Im Idealfall könnte, so die Erwartung, ein „Begegnungszentrum“ als niederschwelliger Informations-, Beratungs- und Austauschort entstehen, und zwar nicht ausschließlich für Betroffene („Triologisches Haus“). Das Vermittlungsangebot sollte aber auch online zur Verfügung stehen. Wobei einige Befragte die Sinnhaftigkeit einer zentralen Anlaufstelle durchaus in Frage stellten und stattdessen (oder zusätzlich) für dezentrale Lösungen in den einzelnen Sozialräumen warben.

- **[Ausbau der Vermittlungsarbeit in bestehenden Strukturen].** Die bestehenden dezentralen Anlauf- und Beratungsstellen, vor allem die sozialpsychiatrischen/ gerontopsychiatrischen Dienste als

<sup>140</sup> Berücksichtigt werden jeweils nur diejenigen, die angegeben hatten, den fraglichen Versorgungsbaustein zu kennen. Die in Klammern angegeben n geben jeweils die Range über die drei Angebotsgruppen an.

konzeptionell zuständige niederschwellige Erstanlaufstellen, sollten sich (noch) stärker der Thematik „zugehende und begleitende Vermittlungsarbeit“ widmen.

„Niedrigschwellige Möglichkeiten/Anlaufstellen im wohnortnahen Umfeld, um bei akuten psychischen Problemen/Belastungssituationen schnell und unkompliziert Hilfe und Beratung zu erhalten.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

- **[Aufbau eines Assistenz-Pools].** Aufbau eines Pools von abrufbaren und frei wählbaren persönlichen Assistent\*innen (u.a., auch Peer-Expert\*innen), die Betroffene – auch und gerade in Krisensituationen – dank ihrer persönlichen Vertrauensbeziehung motivieren, begleiten und unterstützen könnten.
- **[Schulung hausärztliche Praxen].** Die Schulung medizinisch-technischer Assistent\*innen (MTA, früher: Arzthelfer\*innen) über die Grundzüge der (sozial-)psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungslandschaft.

### 3.3.3 Exkurs: Die Sozial-/ Gerontopsychiatrischen Dienste (Daten des Bezirks Oberbayern)

**Aufgabe.** Kernaufgaben der Sozial-/ Gerontopsychiatrischen Dienste (SpDis / GpDis)) sind die niederschwellige Beratung, Begleitung, Krisenintervention und Vermittlung. Zudem umfasst das Angebotsportfolio Gruppenangebote zur Freizeitgestaltung. Die Dienste richten sich nicht nur an Bürger\*innen mit psychischen Problemen, sondern auch an ihre Angehörigen und ihr soziales Umfeld, einschließlich gesetzlicher Betreuer\*innen; sie verstehen sich aber auch als zielgruppenbezogene Ansprechpartnerinnen für soziale Dienstleister\*innen wie die etwa die Bezirkssozialarbeit (BSA). 2021 zählten die 10 Münchner Sozialpsychiatrischen Dienste und die vier Gerontopsychiatrischen Dienste insgesamt 5.945 Klient\*innen. Die uns zur Verfügung stehenden Statistiken lassen eine getrennte Betrachtung leider nicht zu. Das Angebotsportfolio ist aber ähnlich. Der Unterschied liegt in der Zielgruppenorientierung: Die GpDis richten sich an Bürger\*innen im Alter von über 60 Jahren; die SpDis Personen zwischen 18 und 60 Jahren. Bei der Mehrzahl der Klient\*innen (5.251 oder 88,3%) handelte es sich um direkt Betroffene – in aller Regel (ca. 95%) aus der Landeshauptstadt München kommend. Die Teams bestehen im Wesentlichen aus sozialpädagogischen Fachkräften bzw. Sozialarbeiter\*innen sowie aus Psycholog\*innen bzw. Psychotherapeut\*innen. Medizinisch-psychiatrische Fachkompetenz ist kaum vertreten. Auch EX-IN-ler\*innen (siehe Kap. 3.4.3) finden sich bislang nur vereinzelt, obwohl der Bezirk Oberbayern ihre Anstellung auf Mini-Job-Basis refinanziert.

**Merkmale der psychisch erkrankten Klient\*innen.** Nachfolgende Tabelle bildet die wesentlichen soziodemographischen Merkmale der 2021 in den Sozial- bzw. Gerontopsychiatrischen Diensten beratenen bzw. unterstützten Klient\*innen ab. Die vom Bezirk Oberbayern übermittelten Daten machen zumeist jedoch nur Angaben zu 4.580 Klient\*innen (und nicht zur Gesamtzahl von 5.251). Die Tabelle verdeutlicht, dass Frauen – auf Grund der geschlechtsspezifischen Prävalenzen durchaus erwartungsgemäß (siehe Kap. 2.1.2) – mit 64,7% an allen direkt betroffenen Klient\*innen deutlich überwiegen. Die Altersverteilung entspricht in etwa der Verteilung der ambulanten Diagnosedaten der KVB. Der Anteil der Alleinlebenden liegt mit 63,5% allerdings sehr hoch. Zum Vergleich: In der ZBFS-Befragung lag der Anteil bei 42,9%. Eine differenzierte Auswertung der Haushaltsform nach Art des Dienstes (SpDi versus GpDi) ist nicht möglich.<sup>141</sup>

Der Migrationsanteil liegt bei 31,2%. Vor dem Hintergrund, dass der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der städtischen Wohnbevölkerung Ende 2021 stadtweit bei 46,5% lag,<sup>142</sup> deuten sich hier durchaus Probleme der Zielgruppenerreichung an. Deutlich wird zudem die prekäre berufliche Situation, denen sich psychisch erkrankte Menschen gegenübersehen: nur wenige der Klient\*innen geben an, erwerbstätig zu sein.

<sup>141</sup> Die vom Bezirk Oberbayern zur Verfügung gestellten Statistiken lassen generell keine komplexeren Auswertungen zu – etwa im Sinne von Kreuzauswertungen von Geschlecht und Migrationshintergrund.

<sup>142</sup> Siehe: <https://stadt.muenchen.de/dam/jcr:acbfd2ff-9139-4c99-b2b8-ec1d2c9f2e1d/jt220111.pdf>. Bezogen auf die Münchner\*innen mit 20 Jahren und mehr betrug die Quote immer noch 43,5% (vgl.: <https://stadt.muenchen.de/dam/jcr:e5624d44-c162-4753-90a1-72d05c8afb3d/jt220112.pdf>).

**Tabelle 3.4: Soziodemographische Merkmale der psychisch erkrankten SpDi-/ GpDi-Klient\*innen im Jahr 2021 (absolut<sup>143</sup> & in Prozent)**

Insgesamt, davon	abs.	in %	in % (ohne unbekannt)
<b>Geschlecht<sup>144</sup> (n=4.850)</b>			
– Männer	1.619	35,3	35,3
– Frauen	2.961	64,7	64,7
<b>Alter (n=4.580)</b>			
– bis 17 Jahre	52	1,1	1,2
– 18 bis 29 Jahre	583	12,7	12,9
– 30 bis 39 Jahre	588	12,8	13,1
– 40 bis 49 Jahre	680	14,8	15,1
– 50 bis 59 Jahre	971	21,2	21,6
– 60 bis 69 Jahre	705	15,4	15,6
– 70 bis 79 Jahre	517	11,3	11,5
– 80 Jahre und älter	409	8,9	9,1
– unbekannt	75	1,6	---
<b>Migrationshintergrund (n=5.251)</b>			
– Ja	1.562	29,8	31,2
– Nein	3.445	65,6	68,8
– unbekannt	244	4,6	---
<b>Haushaltsform (n=4.580)</b>			
– alleinlebend	2.796	61,0	63,5
– mit Partner*in ohne Kinder	510	11,1	11,6
– mit Partner*in und Kind*ern (auch volljährige)	276	6,0	6,3
– alleinerziehend	187	4,1	4,2
– in Herkunftsfamilie	309	6,7	7,0
– bei erwachsenen Kind/ern	65	1,4	1,5
– bei/mit sonstigen Personen	259	5,7	5,9
– unbekannt	178	3,9	---
<b>Wohnsituation (n=4.580)</b>			
– eigene Wohnung ohne professionelle Betreuung	3.993	87,2	90,4
– eigene Wohnung mit professioneller Betreuung	348	7,6	7,9
– ohne Wohnsitz	77	1,7	1,7
– unbekannt	162	3,5	---
<b>Berufliche Situation (n=4.580)</b>			
– Schüler*in / Auszubildende*r	254	5,5	5,9
– Erwerbstätigkeit (inkl. WfbM)	950	20,7	22,2
– Erwerbslosigkeit, davon	1.062	23,2	24,9
ALG I	122	2,7	2,9
ALG II	640	14,0	15,0
Grundsicherung	300	6,6	7,0
– Erwerbsminderungsrente	543	11,9	12,7
– Altersrente / Pension	1.055	23,0	24,7
– Hausfrau / Hausmann	78	1,7	1,8
– berufliche Rehabilitation	34	0,7	0,8
– sonstiges	294	6,4	6,9
– unbekannt	310	6,8	---

Quelle: Bezirk Oberbayern (Daten), SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Berechnungen).

<sup>143</sup> Die uns vorliegenden statistischen Daten machen in der Regel nur für 4.580 Klient\*innen nähere Angaben.

<sup>144</sup> Angaben bei Geschlecht zu ‚divers‘ oder ‚ohne Angabe‘ wurden nicht übermittelt.

**Diagnosen.** Bei den Hauptdiagnosen der Klient\*innen mit eigener Symptomatik überwiegen Affektive Störungen (F30-F39), gefolgt von Neurotischen Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) und Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29). Während das starke Gewicht der ersten beiden Diagnosegruppen nicht überrascht, übersteigt der Anteil der F20-F29-Diagnosen mit 14,7% doch deutlich den Wert, den die KVB-Daten (2,2%) erwarten ließen.<sup>145</sup> Ähnliches gilt, wenn auch auf geringerem Niveau, für die Hauptdiagnose „Persönlichkeit- und Verhaltensstörungen“ (F60-F69; 8,7% versus 2,9% (KVB)). Dies kann man einerseits als Beleg dafür lesen, dass die KVB-Daten keine unmittelbaren Rückschlüsse auf den Anteil der Menschen zulassen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in ihren Alltagsaktivitäten stärker beeinträchtigt sind bzw. sich stärker belastet fühlen. Andererseits könnten es auch Hinweise darauf sein, dass die beiden Dienste auch und gerade jene erreichen, deren psychische Erkrankungen als schwerer einzustufen sind.

**Tabelle 3.5: Hauptdiagnosen der psychisch erkrankten SpDi-/ GpDi-Klient\*innen im Jahr 2021 (absolut & in Prozent (auf Klient\*innen, n=5.251))**

Insgesamt, davon	abs.	in %
– F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	119	2,3
– F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	27	0,5
– F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	770	14,7
– F30-F39: Affektive Störungen	2.216	42,2
– F40-F48: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	906	17,3
– F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	29	0,6
– F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	458	8,7
– F70-F79: Intelligenzstörung	19	0,4
– F80-F89: Entwicklungsstörungen	---	---
– F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	---	---
– F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	456	8,7
– Keine Hauptdiagnose	251	4,8

Quelle: Bezirk Oberbayern.

**Problemlagen.** Die komplexen Problemlagen der rat- und hilfeschuchenden Klient\*innen mit eigener Symptomatik spiegeln sich in den vorgebrachten Problematiken deutlich wider: Neben psychischen Symptomatiken, bei denen Depression und Angstzustände an erster Stelle stehen, stehen auch immer wieder soziale Themen im Vordergrund. Familien- und Partnerschaftsprobleme, Probleme bei der Tagesstrukturierung und Schwierigkeiten im Arbeits- und Berufsleben stehen hierbei an erster Stelle, gefolgt von Isolation (Einsamkeit), finanziellen Problemen und Problemen bei der Selbstversorgung. Tabelle 3.6 belegt die Vielfältigkeit und Vielschichtigkeit der Problematiken bzw. Beratungsanliegen der Klient\*innen und damit die Notwendigkeit einer fachübergreifenden Dienstleistungserbringung (Vermittlung), die sich umfassend auf die komplexen Problemlagen der Betroffenen einstellt. Letztendlich verweist Tabelle 3.6 damit auch auf die Bedeutung eines einzelfallbezogenen Case-Managements für (mindestens) Teile des hier betrachteten Klientels.

<sup>145</sup> Siehe hierzu die Auswertungen in Kap. 2.1.2.

**Tabelle 3.6: Psychische Problematiken und weitere Beratungsanliegen der psychisch erkrankten SpDi-/GpDi-Klient\*innen im Jahr 2021** (absolut (Anzahl der Anliegen & in Prozent (auf Anliegen (n=19.389) & Personen (n=5.251))

Insgesamt, davon	abs. (Anliegen, n=19.389)	% (auf Anliegen)	in % (auf Personen)
<b>Psychische Symptomatiken</b>			
– Depression	2.831	14,6	53,9
– Angstzustände	1.325	6,8	25,2
– schwere Störung der Wahrnehmung und des Erlebens	660	3,4	12,6
– Trauma	662	3,4	12,6
– kognitive Beeinträchtigung	387	2,0	7,4
– Suizidversuch / -gefährdung	310	1,6	5,9
– Zwänge	277	1,4	5,3
– Suchtmittelmissbrauch	251	1,3	4,8
– Verwirrheitszustände / Desorientierung	226	1,2	4,3
– Aggressivität	185	1,0	3,5
<b>Körperbezogene Symptomatiken</b>			
– körperliche Beeinträchtigung (Multimorbidität)	766	4,0	14,6
– psychische Auswirkung körperlicher Beschwerden	580	3,0	11,0
– psychosomatische Beschwerden	564	2,9	10,7
<b>Soziale Probleme / Anliegen</b>			
– Familien – und Partnerschaftsprobleme	1.499	7,7	28,5
– Probleme bei der Tagesstrukturierung	1.090	5,6	20,8
– Schwierigkeiten im Arbeits- und Berufsleben	1.075	5,5	20,5
– Isolation	916	4,7	17,4
– finanzielle Probleme	875	4,5	16,7
– Probleme bei der Selbstversorgung	798	4,1	15,2
– Informationsdefizite (Wohnungsfragen, Behördenangelegenheiten)	698	3,6	13,3
– Probleme mit anderen Menschen (z.B. Nachbar*innen)	561	2,9	10,7
– Probleme mit Einrichtungen und Behörden	513	2,6	9,8
– Gewalterfahrung	477	2,5	9,1
– rechtliche Probleme	323	1,7	6,2
– Wiedereingliederung nach stationärer psychiatrischer Behandlung	285	1,5	5,4
– Verwahrlosung	276	1,4	5,3
– Interkulturelle Probleme	235	1,2	4,5
<b>Anderes</b>			
– Sonstiges	696	3,6	13,3
– unbekannt	48	0,2	0,9

Quelle: Bezirk Oberbayern (Daten); SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Berechnung).

**Vermittlungen.** Insgesamt fanden 2021 in den sozial- und gerontopsychiatrischen Diensten 1.724 Vermittlungen statt. Wobei bei manchen Personen auch zu mehreren Institutionen vermittelt wurde. Orientiert man sich an den einzelnen Handlungsfeldern, dominieren Vermittlungen ins ambulante Behandlungssystem (33,9%), gefolgt von Vermittlungen in betreute Wohnformen (10,5%).

**Tabelle 3.7: Vermittlungen im Jahr 2021 (absolut & in Prozent auf Vermittlungen, n=1.724)**

Insgesamt, davon	abs.	in %
<b>Ambulantes Behandlungssystem</b>	<b>585</b>	<b>33,9</b>
– Niedergelassene Psychiater*innen	235	13,6
– Psychotherapeut*innen	173	10,0
– Psychiatrische Institutsambulanz	128	7,4
– Hausärzt*innen / sonstige Fachärzt*innen	44	2,6
– Soziotherapeut*innen	5	0,3
<b>Stationäres Behandlungssystem</b>	<b>140</b>	<b>8,1</b>
– Psychiatrisches Krankenhaus	81	4,7
– Psychosomatische Klinik	38	2,2
– Allgemeinkrankenhaus	21	1,2
<b>Andere Handlungsfelder (Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur, Selbsthilfe ...)</b>	<b>999</b>	<b>58,0</b>
– BWF (Betreutes Wohnen in Familien) / ambulant betreutes Wohnen	181	10,5
– Allgemeiner Sozialdienst	106	6,1
– Arbeits- und Beschäftigungsangebot	76	4,4
– ambulanter Pflegedienst / Sozialstation	51	3,0
– gesetzliche Betreuung, Betreuungsstelle	50	2,9
– Selbsthilfe- / Angehörigengruppe	49	2,8
– Psychiatrische Tagesstätte	36	2,1
– stationäres Wohnangebot (Heim) / 24-Stunden-Betreuung	33	1,9
– Jugendhilfe	11	0,6
– stationäre Einrichtung nach SGB XI	5	0,3
– Sonstige	401	23,3

Quelle: Bezirk Oberbayern (Daten), SIM (Berechnung und Darstellung).

Die bezirklichen Statistiken lassen keine Rückschlüsse darauf zu, in welchem Umfang und in welchem Kontext sich die SpDi und GpDi bei den Vermittlungen Problemen aufgrund *struktureller* Lücken im System gegenübersehen (etwa lange Wartezeiten). Es wäre wünschenswert, dass die einschlägigen Statistiken nicht nur als Leistungsmonitoring, sondern auch als Bedarfsmonitoring dienen könnten.

### 3.4 Selbsthilfe, Selbstorganisation und Peer-Beratung

Neben den in Tabelle 3.1 dargestellten Bereichen (Selbsthilfe, Selbstorganisation und Peer-Beratung) sind Betroffene natürlich auch in anderen Kontexten in die sozialpsychiatrische Dienstleistungslandschaft integriert. Hier seien insbesondere trialogisch organisierte Zusammenschlüsse wie BASTA – das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen oder das Münchner Psychose-Seminar benannt, in denen sich Betroffene mit Angehörigen und (Fach-)Professionellen gleichberechtigt austauschen und zum Teil auch gemeinsam Angebote entwickeln (z.B. im Bereich der Prävention und Anti-Stigma-Arbeit). Hingewiesen sei aber auch auf digitale Formate (z.B. Mental Health Crowd), in denen sich Betroffene (und gegebenenfalls auch Nicht-Betroffene) austauschen und gegenseitig stützen können (jenseits „klassischer“ Selbsthilfekonzepte). Kurzum: Von psychischen Beeinträchtigungen Betroffene und ihre Angehörigen sind inzwischen in vielfältiger Art und Weise als Aktive in die Ausgestaltung und Planung des Behandlungs- und Unterstützungsgeschehens integriert.

### 3.4.1 Selbsthilfe

**Zur grundsätzlichen Bedeutung der Selbsthilfe.** Die gesundheitliche Selbsthilfe „leistet über die gegenseitige Hilfe und Unterstützung einen wichtigen Beitrag zur Krankheits- und Lebensbewältigung chronisch kranker und behinderter Menschen.“<sup>146</sup> Sie hilft, Krisen und Belastungen besser zu bewältigen. Der Mehrwert von Selbsthilfe für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wurde auch in unseren Interviews mit selbsthilfeaktiven Betroffenen immer wieder deutlich:

*„Sehr wichtig ist dieses Verstanden- und Angenommen-Sein. Im normalen Leben muss man sich so oft zusammenreißen. In der Arbeit muss ich funktionieren, da darf ich jetzt nicht Angst haben oder weinen, zusammenbrechen. Aber hier in der Gruppe, wenn ich mal was nicht schaffe oder weine und verzweifelt bin, dann kennen die anderen das. Die waren auch schon einmal da. Verstanden und Angenommen-Sein.“ (Interview | Betroffene\*r)*

*„Die Selbstwirksamkeit finde ich auch einen ganz wichtigen Punkt. Auch wenn ich kein Thema habe, sondern jemand anderes.... dann erfahre ich, dass ich durch meine Erfahrungen oder dass ich dabei bin, was bewirken kann für den anderen. Weil oft fühlt man – mit Angst oder Depression – so <Ich kann nichts tun>. Und das ist ein schönes Gefühl, dass ich in der Gruppe bin und dadurch für einen anderen irgendwas Gutes tue. Das ist auch so ein Aspekt von Selbsthilfe.“ (Interview | Betroffene\*r)*

Selbsthilfeorganisationen spielen aber nicht nur bei der Bewältigung von Erkrankungen ihrer Mitglieder, Teilnehmenden an Selbsthilfegruppen und Ratsuchenden eine wichtige Funktion. Als Vierte Säule des Gesundheitssystems besitzt gesundheitliche Selbsthilfe zudem eine Art Brückenfunktion in das Gesundheitssystem. Sie trägt – nicht zuletzt in ihrer Funktion als Ergänzung zur ärztlichen Behandlung – „in vielfältiger Weise zur stetigen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von chronisch und schwer erkrankten Menschen bei.“<sup>147</sup>

**Selbsthilfeeinfahrung.** Nur ein gutes Drittel der ZBFS-Befragten (37,9%) hatte schon einmal von dem Selbsthilfezentrum München gehört. Etwa jede\*r Zehnte (11,0%) erklärte, schon einmal dort gewesen zu sein bzw. das dortige Angebot genutzt zu haben. Allerdings ist die Selbsthilfeeinfahrung deutlich ausgeprägter als es die letzte Zahl nahelegt. Vor dem Hintergrund, dass der Selbsthilfegedanke in vielen Organisationen und Institutionen (z.B. Selbstorganisationen, Kliniken) verankert ist, ist dies wenig überraschend. Insgesamt berichtete ein Drittel (33,9%) der Befragten, früher einmal eine Selbsthilfegruppe besucht zu haben;<sup>148</sup> berücksichtigt man auch die zum Befragungszeitpunkt Selbsthilfe-Aktiven (9,1%), ergibt sich eine Quote von rund 40 Prozent von Befragten mit persönlicher Selbsthilfeeinfahrung.

Erstaunlicherweise berichteten Männer häufiger von Selbsthilfeeinfahrung als Frauen (46,7% versus 37,2%).<sup>149</sup> Personen mit Migrationshintergrund bezeichneten sich – durchaus erwartbar<sup>150</sup> – hingegen seltener als Selbsthilfe-Erfahrene als die „Gegengruppe“ (37,0% versus 42,4%). Berücksichtigt man allerdings zudem die Staatsbürgerschaft, zeigt sich, dass Deutsche mit Migrationshintergrund von allen drei Gruppen am stärksten engagiert sind (48,4%); bei Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft liegt der Anteil hingegen „nur“ bei 21,7% und Deutsche ohne Migrationshintergrund bei 42,4%. Die immer wieder ins Feld geführte Mittelschichtorientierung der (gesundheitlichen) Selbsthilfe,<sup>151</sup> bildet sich in der ZBFS-Befragung nicht ab, zumindest wenn man sich an der Einkommenslage bzw. an der in der Befragung verwendeten MacArthur-Skala<sup>152</sup> orientiert, die durchaus als Indikator der sozioökonomischen Lage dienen kann. Allerdings zeigt sich in

<sup>146</sup> Schlenker und Langguth-Wasem (2015: 6).

<sup>147</sup> Szmidi (2014: 5).

<sup>148</sup> Wobei an dieser Stelle offenbleiben muss, ob bzw. inwieweit frühere Besuche von Selbsthilfegruppen durch die psychische Erkrankung motiviert gewesen waren.

<sup>149</sup> Folgt man der generellen Selbsthilfeforschung, engagieren sich Frauen wesentlich stärker in Selbsthilfegruppen als Männer. Dieses stärkere Interesse und die häufigere Beteiligung von Frauen im Bereich der kollektiven Selbsthilfe spiegelt, so die übliche These, deren ausgeprägteres Vorsorge- und Gesundheitsverhalten wider. Siehe z.B. RKI (2004: 17).

<sup>150</sup> Siehe: Sagner (2019).

<sup>151</sup> Damit ist der Zusammenhang von Selbsthilfe-Engagement einerseits und Erwerbsstatus, Bildung und sozioökonomische Lage andererseits angesprochen. Siehe: Kolba & Borgetto (2007: 17e1),

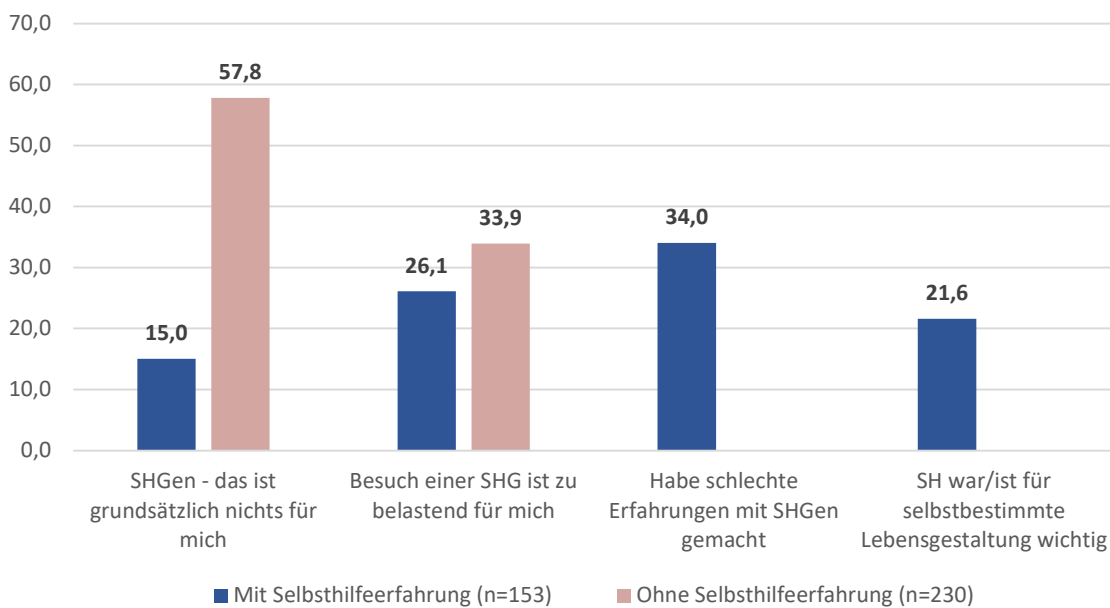
<sup>152</sup> Die sozioökonomische Lage wird dabei über eine zehnstufige Leiter erfasst, auf der sich Befragte verorten sollen. (Siehe Frage 46 des ZBFS-Fragebogens im Anhang.) Wie wir bereits an anderer Stelle vermerkt haben (Sagner 2019: 7) deutet manches darauf hin, dass der Mittelschichtsbias kein generelles Phänomen darstellt, sondern sich auf bestimmte Krankheits- oder Problembereiche bzw. bestimmte Gruppenarten (gesprächsorientiert versus geselligkeitsorientiert) zurückführen lässt.



unserer Befragung ein deutlicher (und statistisch signifikanter) Zusammenhang zwischen der Selbsthilfeeferfahrung einerseits und dem schulischen Bildungsgrad andererseits: Erstere beträgt bei Befragten einem Volks-/ Haupt-/ Mitteschulabschluss 27,5%, bei Befragten mit Mittlere Reife 41,7% und bei Personen mit Abitur 45,9%.

**Die Sichtweise auf Selbsthilfe.** Die Sichtweise auf die Selbsthilfe fällt in der ZBFS-Befragung keineswegs unkritisch aus. Etwa jede\*r siebte Befragte (13,6%) erklärte, schlechte Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen gemacht zu haben; nur bezogen auf die Personen mit Selbsthilfeeferfahrung entspricht dies einem Anteil von 34,0%.<sup>153</sup> Rund vierzig Prozent waren sich sicher, dass Selbsthilfe grundsätzlich nichts für sie sei und jede\*r Dritte (30,8%) hielt Selbsthilfegruppen für eine zu große Belastung. Letztere Positionen vertraten häufiger Personen, die über keine eigene Selbsthilfeeferfahrung verfügten (33,9%). Der Ansicht, dass „die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe für mich wichtig war oder ist, um mein Leben selbstbestimmt zu gestalten“, konnte sich ein knappes Viertel der Selbsthilfe-Erfahrenen (21,6%) anschließen.

**Abbildung 3.7: Einstellungen zur Selbsthilfe nach persönlicher Selbsthilfeeferfahrung (in Prozent)**



Abkürzungen: „SH“ = Selbsthilfe; „SHG“ = Selbsthilfegruppe.

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Die generellen Vorbehalte der nicht Selbsthilfe-Erfahrenen gegenüber der Selbsthilfe vermögen vor dem Hintergrund der in der Gesellschaft diesbezüglich weiterhin bestehenden Wissenslücken bzw. des teilweise noch negativen Bildes in Medien und in der Bevölkerung (siehe Kap. 7.2.1) nicht zu überraschen. Hier deutet sich für das Selbsthilfezentrum München gleichwohl ein Handlungsauftrag an. Dies umso mehr, als nur ein Drittel der ZBFS-Befragten erklärte, von dem Selbsthilfezentrum schon einmal gehört zu haben (siehe oben) und ein gutes Viertel (26,5%) der nicht Selbsthilfe-Erfahrenen erklärte, nicht zu wissen, wie „ich eine passende Selbsthilfegruppe finden soll.“

<sup>153</sup> Dem Aspekt der schlechten Erfahrungen mit Selbsthilfe konnte im Rahmen der Befragung inhaltlich nicht weiter nachgegangen werden.

### 3.4.2 Selbstorganisation

In München gibt es im Bereich psychischer Erkrankung eine Reihe von Selbstorganisationen, die zum Teil selber aus der Selbsthilfe entstanden sind. Als die wichtigsten können gelten: Die Münchner Psychiatrie-Erfahrenen (MüPE) e.V., die Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, ihrer Freunde und Förderer München (ApK) e.V. sowie die Münchner Angstselbsthilfe (MASH). Bei den beiden letzteren spielt die Selbsthilfearbeit weiterhin eine zentrale Rolle. Zu nennen ist auch das Münchner Bündnis gegen Depression, das zusätzlich viel mit Selbsthilfeanteilen arbeitet.

Vor dem Hintergrund des Umfangs psychischer Erkrankungen (siehe Kap. 2.1.2) fällt der Selbstorganisationsgrad Betroffener in der Landeshauptstadt München auf den ersten Blick allerdings eher gering aus. So verzeichnete die MüPE e.V. Ende 2021 etwa 200 Mitglieder. Dies muss allerdings im Kontext der organisatorischen und personellen Leistungsfähigkeit der Vereine gesehen werden<sup>154</sup> bzw. dem Umstand, dass insbesondere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen die Selbstorganisation aufgrund ihrer spezifischen gesundheitlichen Probleme oft schwerfällt und ihre kommunikativen Fähigkeiten häufig eingeschränkt sind.

*„Selbstorganisation Betroffener muss immer vor diesem energetischen Handicap gesehen werden, dass Schübe kommen können. Das sind einfach besondere Herausforderungen. Aktive haben halt immer wieder diese Einbußen. Das geht natürlich auch zu Lasten der Durchschlagskraft. Und andere engagieren sich deshalb erst gar nicht.“ (Interview | EX-IN-ler\*in)*

Die MüPE e.V. und die ApK e.V. sind bislang nur rund 17% der Betroffenen bekannt sind (ZBFS-Befragung). Allerdings findet interessenbezogene Selbstorganisation in immer stärkeren Maße auch im digitalen Raum jenseits traditioneller Vereinsarbeit statt.<sup>155</sup>

Mit dem Gesagten soll nicht die Bedeutung dieser (und anderer) Selbstvertretungsorgane bestritten werden. Im Gegenteil. Beide sind – z.B. als Mitglieder der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)<sup>156</sup> – wichtige Akteure in der Behandlungs- und Unterstützungslandschaft, welche die Interessen und Bedarfslagen Betroffener bzw. von deren Angehörigen in die fachliche Debatte einbringen. Zudem leisten die beiden Vereine wertvolle Beratungsarbeit. Als gemeinsam Verantwortliche für die Unabhängige Beschwerdestelle Psychiatrie München (UBPM) sind sie darüber hinaus anerkannte Anlaufstellen für Beschwerden aus der Psychiatrie in München.

Erwähnt sei, dass auch im Behindertenbeirat der Landeshauptstadt München, der die Stadt München zur Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen berät, ebenfalls nur vereinzelt Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (oder deren Angehörige) vertreten bzw. aktiv sind. Ein wesentlicher Grund dürfte sein, dass sich sehr viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht als Menschen mit Behinderung wahrnehmen (siehe Kap. 2.3). Hinzu könnte kommen, dass sich Betroffene im Behindertenbeirat (im Gegensatz zu reinen Selbstorganisationen) auch stärker mit professionellen Aufgabenstellungen beschäftigen müssen, in denen das Erfahrungswissen als psychisch erkrankte Person oft nicht mehr ausreicht. Hier ist teilweise auch umfangreicheres Sachwissen gefordert. Ganz abgesehen von notwendigen Kompetenzen in der Gesprächsführung. Dies könnte angesichts der krankheitsbedingten Barrieren durchaus Ängste oder Überforderungsgefühle auslösen.<sup>157</sup> Abgesehen davon, dass der Mehrwert eines Engagements für viele vermutlich auch nicht ersichtlich ist.

*„Warum soll ich da mitarbeiten? Ich bin doch nicht behindert. Ich bin psychisch krank – zumindest phasenweise. Und was ist dann? Wüsste auch nicht, was ich da beitragen sollte. Ich bin ja nicht Expertin für irgendwas. Nee, das wäre mir zu stressig. Und was bringt es? Können die mehr Therapieplätze organisieren und dafür sorgen, dass es in Haar besser läuft? Also... [Satz nicht beendet, SIM] (Interview | Betroffene\*r).“*

<sup>154</sup> Wobei festzuhalten bleibt, dass die Förderung dieser Organisationen durch die Landeshauptstadt München als vorbildlich gelten kann.

<sup>155</sup> Eine auch nur näherungsweise Sichtung der digitalen Formate (z.B. Blogs, Chats, Podcasts) rund um das Thema psychische Erkrankung und die Analyse ihrer Bedeutung bzw. Wirkungen war im Rahmen der vorliegenden Studie nicht möglich.

<sup>156</sup> Die als Arbeitskreis des Gesundheitsbeirats organisierte Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ist zur Planung und Koordinierung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in der Versorgungsregion München gebildet worden.

<sup>157</sup> Zur grundlegenden Problematik der Mitarbeit von Betroffenen in (teil-)professionellen Zusammenschlüssen und den damit verbundenen strukturellen Belastungen siehe etwa: Jagusch (2015).

Nichtsdestotrotz bleibt der geringe Organisationsgrad Betroffener bzw. ihr geringes öffentliches Engagement als Betroffene doch augenfällig. Zumal im Rahmen der klassischen Selbsthilfe durchaus von einem beträchtlichen Eigenengagement gesprochen werden kann.<sup>158</sup> Dieses insgesamt geringe „politische“ Engagement ist bedauerlich, denn „alle anderen Bemühungen werden ins Leere laufen, wenn Menschen mit Erfahrungen schwerer Krisen die Dinge nicht selbst in die Hand nehmen.“<sup>159</sup>

Neben den bereits aufgeführten Gründen dürften für das eher geringe öffentliche Engagement noch drei weitere Faktoren eine Rolle spielen<sup>160</sup>:

- Die verbreiteten Stigmatisierungs- und Selbststigmatisierungsprozesse (siehe Kap. 7), insofern diese jedem öffentlichen Bekenntnis zur eigenen psychischen Beeinträchtigung im Wege stehen.
- Interessensarbeit muss man sich leisten können. In diesem Sinne stellt die überdurchschnittlich hohe Armutsbetroffenheit von psychisch erkrankten Menschen (siehe Kap. 4.4) durchaus eine Hürde für ein aktives Engagement dar, sei es innerhalb der Selbstorganisationen oder sei es außerhalb – zumindest, solange dieses nicht adäquat vergütet wird.
- Ehrenamtliche Aktivitäten stellen hohe Anforderungen an den Zeiteinsatz, der durch Berufstätigkeit und/oder durch die Erkrankung eingeschränkte Leistungsfähigkeit subjektiv oft nur bedingt leistbar ist bzw. erscheint. Die bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen spezifische, krankheitsbedingte Fluktuation der Fähigkeit zu aktivem und kontinuierlichem Engagement spielt hierbei eine wesentliche Rolle.

Das Thema der seelischen Behinderungen sollte somit (noch) stärker auf die Agenden des Behindertenbeirats und des Koordinierungsbüros für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention gesetzt werden. Zudem zeigt sich, dass psychische Beeinträchtigungen auch in öffentlichen Veranstaltungen zur Inklusion noch nicht mit vertreten sind (z.B. Inklusionstag 2022, Jubiläum des Behindertenbeirats 2023). Inwieweit eine abgestimmte Handlungsstrategie aller aktiven Selbstvertretungsorgane – diese arbeiten bisher „nur“ punktuell zusammen – zu einer größeren Sichtbarkeit des Themas in Politik, Verwaltung, Zivil- und Stadtgesellschaft beitragen könnte, muss offenbleiben.

### 3.4.3 Peer-Beratung (EX-IN/Genesungsbegleiter\*innen)

**Bedeutung.** Bei Genesungsbegleiter\*innen (EX-IN-ler\*innen) handelt es sich um Expert\*innen durch Erfahrung<sup>161</sup>, sprich um Personen, die selbst einmal in psychiatrischer Behandlung waren, eine entsprechende EX-IN-Schulung abgeschlossen haben und die nun anderen Betroffenen durch ihre Krisen hindurchhelfen bzw. Fachkräften als beratende Erfahrungsexpert\*innen<sup>162</sup> zur Seite stehen. Dahinter steht die Grundüberzeugung: „Wer selbst psychische Krisen durchlebt hat, weiß am besten, was ihm\*ihr in diesen Situationen gutgetan hat.“<sup>163</sup> Die Kurzbezeichnung EX-IN leitet sich dabei vom englischen Begriff *Experienced Involvement* ab (übersetzt: Einbezug von Erfahrenen/Erfahrungswissen). Im Berichtszeitraum haben sich in Bayern EX-IN-ler\*innen zur Förderung ihrer Interessen und Stärkung ihrer Arbeit zu einem Verein auf Landesebene zusammengeschlossen (September 2022).<sup>164</sup>

Der Mehrwert des Einsatzes von Genesungsbegleiter\*innen ist vielgestaltig. Zu nennen sind etwa:<sup>165</sup>

- Erleichterte Zugangsbahnung zu Klient\*innen, zu denen Fachkräfte nur schwer Kontakt finden: „In solchen Situationen, etwa mit isolierten, sehr einsam lebenden Klienten, können die Gespräche mit Genesungsbegleitern Voraussetzung für einen Recovery-Prozess sein.“<sup>166</sup> Zentraler Gelingensfaktor ist hierbei die aus der eigenen Erfahrung resultierende wertschätzende Haltung der EX-IN-ler\*innen

<sup>158</sup> So sind alleine im Selbsthilfezentrum 180-200 Gruppen rund um psychosoziale bzw. psychiatrische Themen gelistet.

<sup>159</sup> Dischler, Himmelmann & Höflacher (2019: 219).

<sup>160</sup> Vgl. Dischler, Himmelmann & Höflacher (2019: 216-219).

<sup>161</sup> <https://ex-in.de/>

<sup>162</sup> Wobei wir gerne zugeben, dass Begriffe wie „Erfahrungswissen / Erfahrungsexpertise“ sehr schillernd sind und sie – auch und gerade in der psychiatrischen „Peer-Arbeit“ – mitunter sehr unterschiedlich verstanden bzw. bewertet werden (siehe zur Einführung: Schmid (2021)).

<sup>163</sup> Utschakowski (2009: 123).

<sup>164</sup> <http://ex-in-by.de/>

<sup>165</sup> Siehe hierzu: Bezirk Oberbayern (2015); Utschakowski (2009); Schmid (2020).

<sup>166</sup> Bezirk Oberbayern (2015: 22).

gegenüber den Innenansichten der Betroffenen bzw. deren Wahrnehmung als authentischen „Nicht-Profis“ (Zugangsfunktion).

- Rollenmodell für akut Betroffene, die bereits durch ihre Biografie die Möglichkeit der Gesundung auch schwerer psychischer Erkrankungen belegen und akut Betroffenen damit Hoffnung geben (können); zudem können sie die Bereitschaft zum Coming-Out erhöhen (Vorbildfunktion).
- Aufwertung der marginalisierten Position Betroffener durch die Anerkennung und Legitimierung ihres spezifischen Erfahrungswissens als einem professionell und gesellschaftlich relevantem Wissen (Emanzipationsfunktion).<sup>167</sup>
- Einbringen der „Betroffenenperspektive“ in die Arbeit der Einrichtungen durch Beratungen und Gespräche mit den Fachkräften, und damit deren Sensibilisierung für die Sicht-/ Verhaltensweisen Betroffener (Brücken-/ Übersetzungsfunktion).
- Entlastung für die Mitarbeiter\*innen der Dienste, „insofern sie Dienstleistungen anbieten, die in den Routinen der Einrichtungen nicht vorgesehen“ sind (Entlastungs-/ Ergänzungsfunktion).<sup>168</sup>

**Einsatz.** In Oberbayern wurde der Einsatz von Genesungsbegleiter\*innen 2013/14 im Rahmen eines Modellprojektes erstmals erprobt. Mittlerweile haben in Oberbayern fünf Kurse mit 100 Teilnehmer\*innen stattgefunden. Wobei zu bedenken ist, dass nicht alle von ihnen das Abschlusszertifikat erworben haben bzw. nicht alle erfolgreichen Kursteilnehmer\*innen als Genesungsbegleiter\*innen arbeiten (wollen). Nach den uns zur Verfügung stehenden Statistiken<sup>169</sup> waren im Bezirk Oberbayern im September 2022 61 Genesungsbegleiter\*innen im Einsatz – in der Mehrzahl in Diensten mit pauschalisierter Refinanzierung durch den Bezirk Oberbayern (n=36), genauer in SpDis/ GpDis (n=18), Tagesstätten (n=16) und in Kontakt- und Begegnungsstätten (n=2).<sup>170</sup>

Insgesamt konnte in den vom Bezirk Oberbayern pauschalfinanzierten Diensten bislang rund ein Viertel der dort genehmigten EX-IN-Stellen besetzt werden (25,2%, nämlich 36 von 143). Dies muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass sich viele Betroffene nach der EX-IN-Ausbildung gegen eine Beschäftigung in diesen Diensten entscheiden; folgt man unseren Gesprächen, werden die zuletzt genannten Einsatzorte oft als wenig attraktiv empfunden. In welchem Umfang EX-IN-ler\*innen auch in Diensten außerhalb der bezirklichen Förderung tätig sind, muss offenbleiben. Vermutlich handelt es sich nur um Einzelfälle.<sup>171</sup> In unseren Gesprächen mit Fachkräften zeigte sich ein hohes Interesse an der Einbindung von Erfahrungsexpert\*innen in die eigene Dienstleistungspraxis. Mit anderen Worten: Das mit EX-IN zur Verfügung stehende Erfahrungswissen wird noch zu wenig genutzt.<sup>172</sup>

Erschwerend kommt hinzu, dass die Ausbildungskosten mit derzeit (2023) rund 2.500 Euro nicht unbedeutend sind, zumindest für Interessent\*innen im ALG II- / Grundsicherungsbezug. Die Fördermöglichkeiten über Jobcenter (und andere Akteur\*innen)<sup>173</sup> sind begrenzt; zudem verfahren selbst Jobcenter mitunter sehr unterschiedlich mit entsprechenden Anträgen. Wohlfahrtsverbandliche Kursanbieter sehen sich ihrerseits nicht in der Lage, die Kurse signifikant zu subventionieren.

---

<sup>167</sup> Siehe: Schmid (2021: 20).

<sup>168</sup> Bezirk Oberbayern (2015: 20)

<sup>169</sup> Mail vom Bezirk Oberbayern vom 13. Januar 2023.

<sup>170</sup> In pauschalfinanzierten Diensten waren in Oberbayern zu diesem Zeitpunkt zudem 25 Genesungsbegleiter\*innen beschäftigt, die Hälfte (n=12) in der kbo-Isar-Amper-Klinik.

<sup>171</sup> Als Beispiel sei hier etwa das Münchner Bündnis gegen Depression genannt.

<sup>172</sup> Wobei wir gerne zugeben, dass Begriffe wie „Erfahrungswissen / Erfahrungsexpertise“ sehr schillernd sind und sie – auch und gerade in der psychiatrischen „Peer-Arbeit“ – mitunter sehr unterschiedlich verstanden bzw. bewertet werden (siehe zur Einführung: Schmid (2021).

<sup>173</sup> Siehe: <http://ex-in-by.de/wp-7f2a0-content/uploads/2022/03/Teilnehmerfinanzierung-032022.pdf> [letzter Zugriff: 16.07.23]

## 3.5 Besondere Zielgruppen

Es gibt mehrere Personengruppen, die besonders schlecht Zugang zu (sozial-)psychiatrischen Hilfen erhalten. Neben der Gruppe der Wohnungslosen, auf die in Kapitel 5 näher eingegangen werden soll, seien hier beispielhaft Menschen mit Migrationshintergrund und Personen aus der LGBTIQ\*-Community genannt.<sup>174</sup> Vor dem Hintergrund der Vielfalt der Herausforderungen, denen sich diese Personen gegenübersehen, können und sollen hier nur einige wenige Schlaglichter gesetzt werden. Dafür sprechen auch methodische Gründe. So konnte der Frage der psychischen Gesundheit und (sozial-)psychiatrischen Behandlung und Unterstützung von LGBTIQ\* nur im Rahmen einiger Gespräche mit der Zielgruppe nachgegangen werden; eine stärkere Fokussierung war im Rahmen der vorliegenden Studie sowohl aus Ressourcengründen als auch aus methodischen Gründen (geringe Fallzahlen dieser Gruppe in den Befragungen) nicht möglich.

### 3.5.1 Menschen mit Migrationshintergrund

**Vorbemerkungen.** Ob bzw. inwieweit die erhöhten psychosozialen Belastungen (z.B. aufgrund alltäglicher Diskriminierungserfahrungen)<sup>175</sup>, denen sich viele Menschen mit Migrationshintergrund gegenübersehen, zu erhöhten Prävalenzen psychischer Erkrankungen führen, ist nicht abschließend zu beurteilen. Wie es Bermejo<sup>176</sup> formulierte: „Einige Studien berichten über erhöhte Prävalenzraten psychischer Störungen (z.B. Schizophrenie, psychosomatische Störungsbilder, Suchterkrankungen) bei Menschen mit Migrationshintergrund (...), wieder andere Studien konnten keine signifikanten Unterschiede feststellen“. Vor dem Hintergrund der äußerst großen Heterogenität dieser Gruppe sollte „globalen“ Gruppenaussagen über *die* Menschen mit Migrationshintergrund sowieso mit Vorsicht begegnet werden. In der Online-Befragung bewerteten Betroffene mit und ohne Migrationshintergrund das ambulante psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungssystem in der Tat sehr ähnlich; migrantische Teilnehmer\*innen verwiesen in ihren Kommentaren so gut wie nie auf ihren Migrationsstatus.<sup>177</sup> Dies verweist noch einmal auf die Gefahr von pauschalen Aussagen über *die* Menschen mit Migrationshintergrund. Dass Geflüchtete – insbesondere solche aus Kriegsgebieten – nachweislich höhere Prävalenzen von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen und Angststörungen aufweisen als die Aufnahmegesellschaften, ändert nichts an diesem Vorbehalt.

**Qualitative Studienergebnisse.** Gleichwohl lassen sich aus Rückmeldungen von Fachkräften und Gesprächen mit migrantischen Betroffenen (und Forschungserkenntnissen) doch einige Problembereiche benennen.<sup>178</sup>

- **Inanspruchnahme-Verhalten | Interkulturelle Öffnung.** Ohne Zweifel können kulturelle Faktoren beim Vorsorge- / Hilfesuchverhalten eine gewichtige Rolle spielen. Die Inanspruchnahme (sozial-)psychiatrischer Angebote kann erfahrungsgemäß signifikant erhöht werden, wenn sprachliche bzw. kulturelle Barrieren vermieden werden.<sup>179</sup> Insofern wirkt sich der Grad der Interkulturellen Öffnung von Versorgungseinrichtungen und Beratungsstellen direkt auf das Inanspruchnahme-Verhalten (eines Teils) der Zielgruppe aus. Dies ändert aber nichts daran, dass Unterschiede im Inanspruchnahme-Verhalten von Migrant\*innen stark soziostrukturell begründet sind und oft nur bedingt auf

<sup>174</sup> Die Aufzählung endet hier jedoch nicht. Zu erwähnen wären etwa noch Menschen mit schweren geistigen Behinderungen, die „in vielen psychiatrischen Kliniken (geschweige denn psychosomatischen) nur ungern behandelt werden.“ (Brieger 2019: 125). Da im Rahmen unserer Gespräche und Befragungen diese (und andere „komplexe Einzelfälle“) allenfalls am Rande thematisiert wurden, kann hier nicht näher auf sie eingegangen werden.

<sup>175</sup> Neben Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen spielen hier natürlich noch eine Reihe weiterer Faktoren eine Rolle. Genannt seien etwa: die tendenziell schlechteren ökonomischen Rahmenbedingungen (erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko); generationsbezogene Konflikte aufgrund von Wertekonflikten; die deutlich höhere Anzahl an sog. kritischen „Life Events“ (z.B. Trennungs- und Entwurzelungserlebnisse bzw. –gefühle, unsichere Zukunftsorientierung/-perspektiven, Identitätskrisen u.a.) sowie sprachliche Schwierigkeiten, die die Kommunikation im Alltag sowie die Zugänge in die Dienstleistungslandschaften aber auch in den Arbeits-/ Wohnungsmarkt erschweren (siehe: Bermejo et al. (2012a).

<sup>176</sup> Bermejo et al. (2012a: 209). An der unbefriedigenden Datenlage hat sich bis heute nichts geändert. Siehe: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2021: 59-60).

<sup>177</sup> Leider lässt die Online-Befragung keine weiteren Rückschlüsse auf deren gesellschaftliche Einbettung, ihren ökonomischen Status und andere relevante Indikatoren zu. Dass es sich aber wohl um eine selektive Gruppe handelt, zeigt sich darin, dass fast alle Befragten ihre Sprachkenntnisse als gut (13,3%) oder sehr gut (84,0%) einstufen.

<sup>178</sup> Wer sich grundlegender mit der Thematik beschäftigen will, findet eine mittlerweile eine sehr umfangreiche Literatur vor. Gute Übersichten bieten: Machleidt et al. (2018<sup>2</sup>); Klosinski et al. (2022).

<sup>179</sup> Koch (2002); Bermejo et al. (2012b).



migrationspezifische Ursachen zurückzuführen sind.<sup>180</sup> Ähnlich ist aus der Gesundheitsforschung bekannt, „dass viele Menschen mit Migrationshintergrund in Abhängigkeit vom Sozialstatus und dem Bildungsniveau in erheblich geringerem Umfang Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsprogramme in Anspruch nehmen.“<sup>181</sup>

Interkulturelle Öffnung sollte dabei nicht nur strukturell verstanden werden (z.B. Anstellung von migrantischen Fachkräften, Einsatz von Fachdolmetscher\*innen, kultur-/ sprachensible Öffentlichkeits- und Informationsarbeit, Vernetzung von Sozialpsychiatrie und Migrationsarbeit),<sup>182</sup> sondern auch individuell: Der personengebundenen Kompetenz der Kultursensibilität kommt unseres Erachtens eine zentrale Rolle in der weiteren interkulturellen Öffnung der Sozialpsychiatrie zu. Neben einschlägigen sprachlichen und kulturspezifischen Kenntnissen geht es hier vor allem um eine selbstreflexive Haltung, die im Stande ist, von eigenen Selbstverständlichkeiten, professionellen Routinen und Werthaltungen zu abstrahieren und sich des Verständnisprozesses des Gegenübers bewusst zu werden. Dies verweist auf die Bedeutung von Fort-/ Ausbildungen sowie Supervisionen. Inwieweit die Leiter\*innen sozialpsychiatrischer Dienste eine solche Kultursensibilität aufweisen und bei ihren Mitarbeitenden initiieren, muss offenbleiben. Folgt man manchen der von uns Befragten sind aber Zweifel erlaubt. Es zeigt sich, dass die interkulturelle Öffnung der Dienste eine Daueraufgabe ist, die noch nachhaltiger verfolgt werden muss. Die Einbindung migrantischer EX-IN-ler\*innen könnte ein Baustein der weiteren interkulturellen Öffnung sein.

- **Informationslücken | Anlauf-/ Vermittlungsstellen.** Auf die größeren Informationslücken von betroffenen Migrant\*innen ist bereits hingewiesen worden (siehe Kap. 3.3.1). Zentrale Anlauf-/ Vermittlungsstellen, die auch umfassende Kenntnisse migrationspezifischer Dienste besitzen sollten, haben für diesen Personenkreis eine nochmal größere Bedeutung als für nicht-migrantische Betroffene. Zudem finden Migrant\*innen generell schwerer den Zugang zu Regelangeboten. Sei es aufgrund der größeren sozioökonomischen Herausforderungen oder aufgrund einer größeren Skepsis gegenüber „öffentlichen“ Stellen, sei es aufgrund der kulturellen Fremdheits- und Diskriminierungserfahrungen, denen sie sich oft gegenübersehen. Dass die Flüchtlings- und Integrationsberatung neu zugewanderte, bleibeberechtigte Menschen mit Migrationshintergrund sowie Asylbewerber\*innen auch über seelische Erkrankungen berät und gegebenenfalls zu weiterführenden Stellen vermittelt, ändert daher nichts an der Forderung nach einem Ausbau der Vermittlungsarbeit für migrantisch Betroffene.

*„Die Sozialpsychiatrie ist in München ja gut aufgestellt. Und für Migranten gibt es eine Vielzahl weiterer Angebote. Was es braucht, ist eine Vernetzung der bestehenden Angebote. D.h. es bräuchte jemand, der eine integrative Kenntnis der Landschaft oder vielleicht besser: der Landschaften hat und die Fähigkeit besitzt, zu diesen zu vermitteln und der weiß, mit welchen Diensten und Personen man am besten zusammenarbeitet. Zudem sollte dieser Dienst äußerst niederschwellig arbeiten und, eh klar, fachkompetent [im Bereich der Sozialpsychiatrie, SIM] und kultursensibel sein.“ (Interview | Fachkraft Migrationsarbeit)*

Die in München im Bereich „psychische Gesundheit“ niederschwellig agierenden migrationspezifischen Beratungs- und Vermittlungsdienste (z.B. Psychologischer Dienst für Ausländer) berichten von mehrmonatigen Wartezeiten. Modellprojekte der letzten Jahre zeigen, dass eine solche Brückenfunktion, soll sie gelingen, zudem hohen Anforderungen genügen muss.<sup>183</sup> Muttersprachliche Kompetenzen, umfassendes Fachwissen in sozialpädagogischer, sozialpsychiatrischer sowie in migrationspezifischer Hinsicht und eine dezidiert aufsuchende Arbeitsweise, einschließlich der

---

<sup>180</sup> (Bermejo et al. 2012a: 209). In der Tat reichen ihre Ergebnisse sogar weiter: Folgt man den Autoren, zeigen sich im Nutzungsverhalten *keinerlei* signifikante Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund, wenn man einschlägige soziale, demografische und ökonomische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familienstand, soziale Schicht, Schul- und Ausbildungsabschluss kontrolliert. Wengleich die Datenbasis der Studie eine Reihe von Fragen offenlässt, belegt sie doch eindrucksvoll die Gefahr eines „ethnischen bzw. kulturalistischen Denkens“. In eine ähnliche Richtung deuten die oben dargestellten Erkenntnisse zum Nutzungsverhalten von Migrant\*innen von ambulanten sozialpsychiatrischen Angebote (siehe Kap. 3.3.2).

<sup>181</sup> DGPPN (2012).

<sup>182</sup> Die strukturellen Anforderungen werden in den immer noch aktuellen Sonneberger Leitlinien überblicksartig zusammengefasst, siehe: Machleidt (2002).

<sup>183</sup> Siehe: Sagner & Plambeck (2014); Sagner (2017).

Übernahme sozialpädagogischer Tätigkeiten (z.B. Unterstützung der Klient\*innen bei der Erledigung amtlicher bzw. leistungsrechtlicher Aufgaben, informelle Amtshelferfunktion, Begleitungen). Zur Bedeutung aufsuchender Arbeit in der Vermittlung von psychisch erkrankten Migrant\*innen bzw. traumatisierten Geflüchteten ins Gesundheitswesen meinte eine sozialpsychiatrische Fachkraft:

„Wenn jemand nicht zu einem Termin kommt, rufe ich tausendmal an und frage <Warum sind Sie nicht gekommen? Was ist passiert?> (...) Der Therapeut ruft nicht bei den Klient\*innen an. Der SpDi auch nicht. Niemand ruft da an und fragt <Brauchen Sie etwas? Ist alles in Ordnung?>. Das braucht es aber. Sonst klappt die Vermittlung nicht.“ (Interview | Sozialpsychiatrische Fachkraft)

Die Möglichkeit, an Örtlichkeiten zu beraten, die in den Alltag, den Tagesablauf und damit in die Lebenswelt der Betroffenen passen, erwies sich in den genannten Modellprojekten als ebenfalls zentral. Dies galt auch für die Möglichkeit von Überbrückungs-Begleitungen (zur Überbrückung des Zeitraums *zwischen* erfolgter Aufnahmezusage und dem Freiwerden eines Platzes) und von nachgehenden Begleitungen (Beratung und Begleitung *nach* einer erfolgten Aufnahme zur Stärkung von Klient\*innen bzw. zur Unterstützung der Fachkräfte).

- **Sprachliche Barrieren | Dolmetscherdienst.** Obwohl durch den konsequenten Einsatz von Dolmetscher\*innen bei der psychiatrischen Anamnese aber auch bei der Beratung betroffener Migrant\*innen langfristig Kosten eingespart werden könnten, gibt es bisher keine einheitlich geregelte Finanzierung von Dolmetschereinsätzen in der (sozial-)psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungsstruktur in Deutschland. Der Einsatz von Dolmetscher\*innen ist bislang nicht im SGB V bzw. im Katalog der gesetzlichen Krankenkassen verankert.<sup>184</sup> Bei niedergelassenen psychotherapeutischen und ärztlichen Fachkräften besteht kein eigenes Budget für den Einsatz von Dolmetscher\*innen. Diese rechtliche Lücke stellt eine wesentliche Barriere für die bedarfsgerechte (sozial-)psychiatrische Behandlung und Unterstützung von Migrant\*innen dar, sei es hinsichtlich Zugang, Behandlungsqualität oder Behandlungszufriedenheit.<sup>185</sup> Der Dolmetscherdienst der Landeshauptstadt – obwohl bundesweit sicherlich beispielhaft – kann die Lücken nicht zur Gänze schließen: Dessen Dienstleistungen können „nur“ von Einrichtungen, die vom Gesundheitsreferat bezuschusst werden, sowie von ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen sowie Kliniken kostenfrei genutzt werden, sofern sie für die dienstliche Aufgabenerfüllung nötig sind und keine anderweitigen Möglichkeiten der Kostenübernahme (z.B. gesetzliche Anspruchsvoraussetzungen) vorliegen. Einrichtungen des Betreuten Einzelwohnens, die einzelfall- und nicht pauschal finanziert werden, etwa fallen damit aus dem Berechtigtenkreis. Dass sprachliche Lücken unter Umständen auch anderweitig „aufgefangen“ werden können, ändert hieran nichts. Ergänzend sei angemerkt, dass manche Akteur\*innen ihre diesbezüglichen Handlungsspielräume überhaupt nicht nutzen.<sup>186</sup> Nicht oder nur schlecht deutschsprechende Migrant\*innen sehen sich besonderen Zugangsproblemen gegenüber:

„In den TWGs werden nur Deutschsprecher aufgenommen, weil man sich eben mit den anderen verständigen können muss. Z.B. bei den Gruppenangeboten. Also die Migranten, die kein Deutsch sprechen, sind ausgeschlossen.“ (Interview | Sozialpsychiatrische Fachkraft)

- **Behandlung | Psychotherapie.** Im Bereich der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wurde in unseren Gesprächen und Befragungen vor allem auf das Fehlen muttersprachlicher Therapeut\*innen abgestellt. Die Alternative, Therapien mit Dolmetscher\*innen, werden in der Landeshauptstadt nur vereinzelt angeboten (z.B. REFUGIO<sup>187</sup>). Fast schwerwiegender ist jedoch, folgt man Expert\*innen, dass psychisch erkrankte Migrant\*innen mit vielfältigen Problemlagen

<sup>184</sup> Während die Kostenübernahme für Gebärdensprachmittlung mittlerweile im SGB I gesetzlich definiert ist (§ 17 Abs. 2 SGB I) (19), bleibt „der Bedarf an Sprachmittlung für Patient\*innen ohne ausreichende Deutschkenntnisse [sozialrechtlich, SIM] unregelt. Die aktuelle Rechtsprechung verortet die Sprachbarriere bzw. deren Lösung in die private Sphäre der Patient\*innen. Eine Kostenübernahme für Sprachmittlung ist allein für Empfänger\*innen von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz möglich.“ (Bundesweites Bündnis für Sprachmittlung im Gesundheitswesen 2022: 4).

<sup>185</sup> Siehe hierzu etwa: Wolf und Özkan (2012).

<sup>186</sup> Wie es eine sozialpsychiatrische Fachkraft formulierte: „Ärzte können ja beim RGU [zwischenzeitlich GSR, Anmerkung SIM] entsprechende Anträge stellen. Aber die weigern sich oft, das zu machen, weil der Aufwand zu groß ist. Sie können sich die Zeit nicht nehmen, um diesen Antrag zu stellen. Ich habe schon mehrere Ärzte gefragt, die haben gesagt <Machen wir nicht>.“

<sup>187</sup> Refugio München ist ein Beratungs- und Behandlungszentrum für Menschen mit Fluchterfahrung.



es deutlich schwerer haben, überhaupt einen Therapieplatz zu finden (ähnlich wie dies für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen bereits dargestellt wurde).

„Es gibt einfach zu wenig muttersprachliche Therapeutinnen und Therapeuten. Das Problem ist auch, Therapeuten haben viele Anfragen. Die können sich die Leute auswählen (...). Dass trifft Migranten und Geflüchtete oft besonders.“ (Interview | Sozialpsychiatrische Fachkraft)

### 3.5.2 LGBTIQ\*

**Vorbemerkungen.** Das Kürzel LGBTIQ\* steht für lesbisch, schwul (gay), bisexuell, transgeschlechtlich, intergeschlechtlich und queer. Mit dem Stern (\*) sollen Menschen mit nicht aufgeführter sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität eingeschlossen werden. Wenngleich die Gruppe eine Minderheit bildet, ist sie doch gleichzeitig – wie bereits die verschiedenen Kürzel zeigen – hochgradig heterogen. Das wird besonders deutlich, wenn man Ungleichheitsdimensionen wie sozioökonomische Positionierungen und kulturelle Hintergründe mitberücksichtigt. Ungeachtet der Tatsache, dass die sexuelle/geschlechtliche Orientierung immer nur *ein* Identitätsmerkmal ist, verbinden die Gesamtgruppe doch potenziell mögliche Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer von cis-heterosexuellen<sup>188</sup> Standards abweichenden Orientierungen.

Forschungen belegen, dass LGBTIQ\* bereits diskriminierungsbedingt höheren psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind als die Gesamtbevölkerung.<sup>189</sup> Entsprechende Erfahrungen verstärken wiederum das Gefühl, die eigene sexuelle Orientierung und/oder geschlechtliche Identität im Alltag besser nicht auszuleben bzw. diese verbergen zu müssen.<sup>190</sup> Ausgrenzungen finden dabei oft auch unabsichtlich statt bzw. spiegeln die Normal-/ Normsetzung der eigenen heteronormativen Sichtweisen der Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft wider (Mikroaggressionen). Solche Mikroaggressionen als subtile und unbewusste Formen der Herabsetzungen<sup>191</sup> sind in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Psychisch erkrankte LGBTIQ\* sehen sich ihnen häufig doppelt ausgesetzt – als LGBTIQ\* und als psychisch beeinträchtigte Personen (siehe auch Kap. 7.2.2).

Bedenkt man zudem, dass LGBTIQ\* oft seit ihrer Jugend entsprechende Ausgrenzungs-/ Diskriminierungserfahrungen gemacht haben bzw. das Gefühl hatten, ihre Orientierung / Identität verschleiern zu müssen,<sup>192</sup> überrascht es nicht, dass sie ein höheres Risiko tragen, eine psychische Krankheit auszubilden. Besonders kritisch hierbei ist, dass diese Ausgrenzungen häufig bereits in der Familie erlebt werden, ein Umstand, der sexuell-geschlechtlich begründete Ausgrenzungen von rassistisch begründeten unterscheidet. Folgt man neueren Forschungen, ist das Risiko im Lebensverlauf psychisch zu erkranken bei LGBTIQ\*-Menschen mehr als doppelt so hoch als bei heteronormativen Männern und Frauen; die Wahrscheinlichkeit einer Depression oder Angststörung liegt um den Faktor 2,5 höher.<sup>193</sup> Vierzig Prozent der Trans\*Menschen sollen unter Angststörungen leiden.<sup>194</sup> Die zunehmende Nutzung psychoaktiver / psychotroper Substanzen in Teilen der Community dürfte mit Blick auf die deutlich höheren Prävalenzen mit eine Rolle spielen. Das Suizidalitätsrisiko ist ebenfalls deutlich gesteigert: Timmermans et al. machten bei trans\*- und gender\*diversen Personen eine zehnmal höhere Quote aus. Berichtet wird im Vergleich zur Gesamtbevölkerung aber auch

<sup>188</sup> Cis\* dient zur Bezeichnung von Personen, deren Geschlechtsidentität mit ihrem im Geburtenregister eingetragenen Geschlecht übereinstimmt (Genderkongruenz). Ausdrücklich sei betont, dass Geschlechtsinkongruenz keinerlei (psychiatrische) Störung darstellt.

<sup>189</sup> LAG Lesben in NRW e.V. (2020); Timmermanns et al. (2022).

<sup>190</sup> Trans\*-, Inter\*- und genderdiversen Personen, deren Geschlechtsidentität oft relativ sichtbar ist, gelingt dies allerdings seltener als lesbischen, schwulen und bisexuellen cis-geschlechtlichen Personen. Und bei Trans\*-Menschen kommt oft ein subjektives Leiden am eigenen geschlechtlichen Körper hinzu.

<sup>191</sup> Hierbei handelt es sich um alltägliche Äußerungen, die an die andere Person bewusst oder unbewusst abwertende Botschaften senden, welche sich auf deren Gruppenzugehörigkeit beziehen. Um aus einem unserer Interviews zu zitieren: „Es können auch Kleinigkeiten sein: Immer wenn ich mit am Tisch sitze, erzählt man von Freundinnen ... wenn ich etwas von meinem Freund erzähle, schauen alle auf den Tisch und wird das Thema gewechselt. Das sind so Kleinigkeiten, die zeigen, man ist nicht so willkommen.“ [Interview | Betroffene\*r]

<sup>192</sup> An dieser Stelle sei auch daran erinnert, dass homosexuelle Handlungen in Deutschland bis 1994 unter Strafe gestellt waren.

<sup>193</sup> Plöderl & Tremblay (2015).

<sup>194</sup> Kasproski et al. (2021: 79).

immer wieder eine schlechtere körperliche Verfassung – wenngleich die Unterschiede deutlich weniger ausgeprägt sind als im Falle der psychischen Gesundheit.<sup>195</sup>

**Qualitative Studienergebnisse.** Unsere im Laufe der Studie durchgeführten Gespräche lassen ebenfalls keinen Zweifel daran, dass Mehrfachdiskriminierungen häufig „ein prägender Teil der Biografie [von LGBTIQ\*, SIM] und ihrer Lebenswirklichkeit sind“<sup>196</sup> - trotz aller Bemühungen der Landeshauptstadt München für mehr Akzeptanz und soziale Gleichstellung. Die meisten unserer Gesprächspartner\*innen<sup>197</sup> – Betroffene wie Fachkräfte – berichteten von Diskriminierungen der Betroffenen im Alltag, wobei nicht immer erkennbar war, in Bezug auf welche Merkmale (sexuelle Orientierung bzw. Geschlechtsidentität oder psychische Erkrankung) diese erfolgte. Die berichteten Diskriminierungsformen reichten von „Ausgrenzung / Ignorieren“ über verbale Gewalt (Beleidigungen, Beschimpfungen) bis hin zu körperlicher Gewalt und Vergewaltigung. Diskriminierungen wurden dabei sowohl aus dem privaten Umfeld und der Öffentlichkeit, aber auch aus dem Arbeitskontext, Ämtern und Behörden sowie aus der LGBTIQ\*-Szene berichtet. Personen mit Trans\*- und Inter\*-Hintergrund scheinen diesbezüglich besonders gefährdet zu sein.<sup>198</sup>

Die LGBTIQ\*-Szene ist gegenüber psychischen Erkrankungen vermutlich nicht „aufgeschlossener“ als die Gesamtgesellschaft; der gemeinsame Minderheiten-Status ändert hieran nichts. Das Gefühl, die eigene psychische Erkrankung auch dort verbergen zu müssen, ist mitunter durchaus ausgeprägt.

*„Ich würde sagen, da gibt es ähnliche Ausgrenzungen. Ich glaube nicht, dass sich das so von der Durchschnittsbevölkerung abhebt.“ (Interview | Fachkraft LGBTIQ\*-Beratung)*

*„Man ist auch ein Teil auf die Community / die Location angewiesen – auch wenn sich das durch das Online-Dating stark geändert hat – aber es ist schon ein Punkt in schwulen Gruppen, dass man sich attraktiv präsentieren muss, weil sich sonst ... die Gelegenheiten alltäglich nicht so ergeben wie bei denen, die heterosexuell geprägt sind. Über psychische Probleme oder gar Erkrankungen wird dann natürlich häufig nicht gesprochen – Selbsthilfegruppen natürlich ausgenommen.“ (Interview | Fachkraft LGBTIQ\*-Beratung)*

Inwieweit sich in München LGBTIQ\*-Personen mit psychischen Erkrankungen größeren Barrieren beim Zugang zur (sozial-)psychiatrischen Behandlung und Unterstützung gegenübersehen als andere psychisch Erkrankte lässt sich anhand unserer Gespräche nicht beurteilen. Als relativ unstrittig kann aber gelten, dass auch in sozialpsychiatrischen Institutionen normative Vorstellungen von Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität vorherrschen, die von den Betroffenen als ausgrenzend erlebt werden. Kontaktabbrüche und der Verzicht auf Beratung bzw. Behandlung können die Folgen sein.

*„Viele meinen – Therapeut\*innen, Einrichtungen – sie sind LSBTQI offen: <Bei uns können sich gerne schwule Männer melden>. Aber die begehen dann doch ganz klassische Diskriminierungen. Z.B. mit der Frage <Wer ist denn jetzt der Mann? Die Frau?> Oder <Wer ist denn jetzt die echte Mutter von dem Kind?> Und deshalb kommen die Betroffenen dann eher zu uns, weil sie das hier nicht gefragt werden. Aber natürlich gibt es auch viele, die sind da wirklich offen [diskriminierungsfrei, SIM]. (Interview | Fachkraft LGBTIQ\*-Beratung)*

Besonders große Probleme wirft die Suche nach LGBTIQ\*-sensiblen Therapeut\*innen und nach therapeutischen Wohnangeboten auf. Das gilt insbesondere für trans\* und gender\*diverse Personen, also gerade jene, die sich auch in der LGBTIQ\*-Community immer wieder Ausgrenzungen gegenübersehen.

*„Also Traumata haben wirklich ganz ganz viele [Trans\*-Menschen, SIM]. Unentdeckt. Auch diagnostiziert. Das ist seit Jahren Thema – Weiterbehandlung notwendig, aber keine Möglichkeit.“ (Interview | Fachkraft LGBTIQ\*-Beratung)*

*„Was wirklich ein großes Thema ist, sind therapeutische Wohngruppen. Das ist ein wichtiges Angebot. Aber es ist schwierig - wenn die Wohngruppe nicht LGBTIQ\*-sensibel ist. Gerade für Trans-Personen, die im Prozess sind und sich überhaupt nicht geschlechterkonform verhalten. Da ist ein großer Bedarf da. Da sind viele Einrichtungen einfach überfordert, sie wissen nicht, was sie in so einem Fall machen*

<sup>195</sup> Siehe hierzu auch: Flentje et al. (2020).

<sup>196</sup> LAG Lesben in NRW e.V. (2020: 19).

<sup>197</sup> Insgesamt führten wir im Rahmen der Studie fünf Interviews mit LGBTIQ\*-Menschen mit psychischen Erkrankungen und zwei Interviews mit Fachkräften aus dem Beratungskontext durch. Es versteht sich von selbst, dass die hier gemachten Ausführungen nicht mehr als grobe Schlaglichter setzen können.

<sup>198</sup> Dafür sprechen auch die ersten Forschungsarbeiten zu diesem Thema (LAG Lesben in NRW e.V. 2020: 12-13).

sollen. Mit schwul-lesbisch da hat man sich einigermaßen arrangiert, da weiß man jetzt einigermaßen was drüber oder auch nicht, aber bei trans ist noch sehr vieles offen.“ (Interview | Fachkraft LGBTQ\*-Beratung)

Dass therapeutische Wohngruppen noch nicht ausreichend auf die LGBTQ\*-Thematik vorbereitet zu sein scheinen,<sup>199</sup> wurde uns auch in zwei Interviews mit Trans\*-Personen gespiegelt. Vor dem Hintergrund des Gesagten überrascht es auf jeden Fall nicht, dass die (wenigen) LGBTQ\*-spezifischen Angebote im Bereich Wohnen (BEW, TWG) von Betroffenen gezielt nachgesucht werden und diese längere Wartelisten haben.

All dies verweist zum einen auf die Bedeutung von Sensibilisierungs- und Aufklärungsarbeit, von Fortbildungen zur diskriminierungsfreien Kommunikation in der sozialpsychiatrischen (und sonstigen) Angebotslandschaft sowie auf die Bedeutung von Schutzräumen („safe spaces“) und spezifischen Angeboten für diese Gruppe, insbesondere für trans\*, inter\* und gender\*diverse Personen (Stichwort: „Trans-Inter-Zentrum“; Betreutes Einzelwohnen (BEW) / Therapeutische Wohngemeinschaften (TWG) für psychisch erkrankte LGBTQ\*<sup>200</sup>).

### 3.5.3 Angehörige

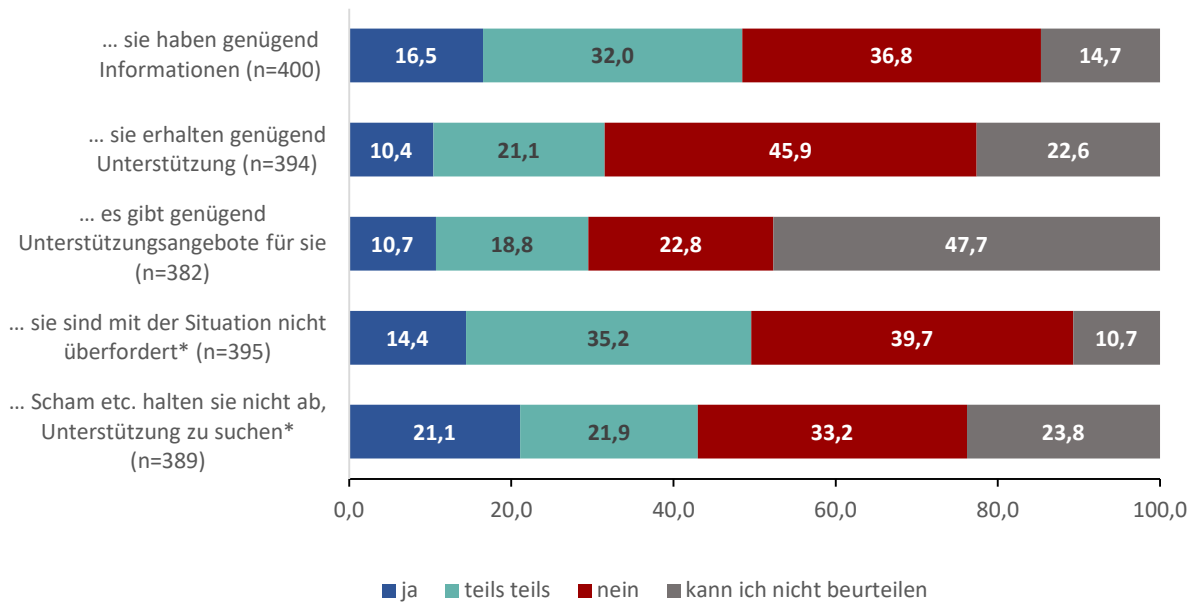
**ZBFS-Befragung.** Angehörige sind häufig die ersten, die sich um psychisch erkrankte Personen kümmern, und das oft lange bevor der erkrankte Mensch professionelle Hilfe in Anspruch nimmt. Im Falle schwerer psychischer Erkrankungen und/oder langer Krankheitsdauern kann dies für die Angehörigen sehr belastend sein. Dass psychische Erkrankungen oft eine Entfremdung und Distanzierung zwischen den beiden „Parteien“ bedeuten (siehe Kap. 6.1.1) ändert hieran nichts. Trotz möglicher Entfremdungen erklärte fast die Hälfte (47,7%) der ZBFS-Befragten, sich bei ernsthaften Problemen (auch) mit ihren Familienangehörigen zu besprechen. Ähnlich hoch (45,9%) ist auch der Anteil derjenigen ZBFS-Befragten, die die Ansicht vertraten, dass Angehörige und Freund\*innen nicht genügend Unterstützung erhielten, um mit der Situation zurechtzukommen. Von einer regelrechten Überforderung ihrer Angehörigen und Freund\*innen, sprachen zwei Fünftel (39,7%); generell ausschließen wollte dies nur jede\*r siebte ZBFS-Befragte (14,4%). Nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Herausforderungen, denen sich Angehörige und Freund\*innen psychisch erkrankter Personen aus Sicht letzterer gegenübersehen – auch wenn sich viele Befragte nicht in der Lage sahen, die etwaigen Unterstützungsbedarfe ihrer Angehörigen bzw. Freund\*innen abzuschätzen.

---

<sup>199</sup> Ähnliches wurde im Übrigen kürzlich auch bezüglich der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe konstatiert. Siehe: Landeshauptstadt München (Direktorium) (2020: 7).

<sup>200</sup> So gibt es mittlerweile auch LGBTQ\*-spezifische Depressions-Selbsthilfegruppen. „Da ist immer Nachfrage da“ [Interview | Fachkraft], auch und gerade weil die Betroffenen in herkömmlichen Selbsthilfegruppen die Erfahrung gemacht hätten, auf ihre sexuelle oder geschlechtliche Orientierung reduziert worden zu sein.

**Abbildung 3.8: Herausforderungen, denen sich Angehörige und Freund\*innen aus Sicht der ZBFS-Befragten gegenübersehen (in Prozent)<sup>201</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

\*Das Item wurde zur besseren Lesbarkeit (Vereinheitlichung der Bedeutungswerte der Antwortkategorien) der Abbildung umkodiert (siehe Fußnote).

Nach Migrationshintergrund ergeben sich keine systematischen Unterschiede: Die ersten drei Items werden von Befragten mit Migrationshintergrund jeweils etwas positiver bewertet, die beiden letzten etwas schlechter, sprich: Migrantische Befragte gehen von einer etwas stärkeren Überforderung ihrer Angehörigen und einer stärkeren Blockade durch Scham und verwandte Gefühle aus. Am stärksten fällt der Unterschied beim letzten Item aus; aber auch in diesem Fall ist die Differenz zu Befragten ohne Migrationshintergrund nicht signifikant.

Nimmt man nur die Personen in den Blick, die ihre psychische Erkrankung als sehr schlecht bewerteten, erhöhen sich die „Nein-Antworten“ mitunter deutlich. Am stärksten bei den beiden Items „sie erhalten genügend Unterstützung“ (67,3%) und „sie sind mit der Situation nicht überfordert“ (55,1%).

**Online-Befragung.** In der Online-Befragung hatten Angehörige die Möglichkeit, kurz auf die Herausforderungen einzugehen, denen sie sich gegenübersehen. Knapp die Hälfte (46,0%, n=185) erklärte, „eher nicht“ die Unterstützung zu erhalten, die sie eigentlich bräuchten. Lediglich 11,4% bezogen die gegenteilige Position („ja, erhalte meistens die Unterstützung, die ich brauche“). Der Rest wählte die Kategorien „teils teils“ (31,9%) oder „trifft nicht zu“ (10,8%). Erwartungsgemäß sahen Angehörige, die mit dem/der Betroffenen zusammenlebten, ihre Situation etwas kritischer als jene, die keinen gemeinsamen Haushalt bildeten (51,2% versus 42,4% „nein, eher nicht“). Überdurchschnittlich nicht gedeckten Unterstützungsbedarf („nein, eher nicht“) signalisierten mit den erkrankten Personen zusammenlebende Partner\*innen (63,9%) und Eltern (48,5%) sowie (Schwieger-)Kinder, die mit den psychisch beeinträchtigten Personen keinen Haushalt teilten (56,5%).

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Angehörigen auch gefragt, was aus ihrer Sicht die Landeshauptstadt München tun könnte, um die Situation von Angehörigen psychisch erkrankter Personen zu verbessern. Die Antworten jener Angehörigen, die einen entsprechenden Kommentar machten (n=104), lassen sich fünf Hauptkategorien zu ordnen: Ausbau der Unterstützungsangebote für die Angehörigen selbst,

<sup>201</sup> Die Frage (F15) lautete: „Angehörige und Freund\*innen von psychisch beeinträchtigten Personen brauchen oft selber Unterstützung. Glauben Sie, dass (a) diese genügend Informationen haben, um mit Ihrer psychischen Beeinträchtigung angemessen umgehen zu können?; (b) diese selbst genügend Unterstützung erhalten, um mit der Situation zurechtzukommen?; (c) es genügend Angebote für Angehörige oder Freund\*innen in München gibt (z.B. Selbsthilfegruppen)?; (d) Ihre Angehörigen oder Freund\*innen mit der Situation überfordert sind? und (e) Scham oder andere Gefühle Ihre Angehörigen oder Freund\*innen davon abhalten, Unterstützung zu suchen?“

Weiterentwicklung des therapeutisch-psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungssystems, Sensibilisierung/ Aufklärung der Gesellschaft, sozialpsychiatrische Angebote für einzelne Gruppen verbessern sowie Kritik an gesellschaftlichen Kerninstitutionen (z.B. Arbeitsmarkt, Wohnungsmarkt).

**Tabelle 3.8: Verbesserung der Situation von Angehörigen (aus Angehörigensicht)** (absolut (Zahl der Codierungen) & in Prozent (auf Zahl der teilnehmenden Angehörigen; n=104); offene Frage (Mehrfachcodierungen möglich))

	abs.	in %
<b>Angebote für Angehörige verbessern, davon</b>	<b>63*</b>	<b>60,6</b>
– Beratungs-/ Anlaufstellen ausbauen (niederschwellig, fachübergreifend)	22	
– „Soziale Angebote“ ausbauen (z.B. Austausch-, Begegnungsmöglichkeiten; Elterntrainings)	20	
– Informationspolitik verbessern	18	
<b>Therapeutisch-psychiatrisches Versorgungssystem weiterentwickeln, davon</b>	<b>38</b>	<b>36,5</b>
– Ausbau Angebot an Psychotherapeut*innen	15	
– Aufsuchende Therapieangebote ausbauen	8	
– Entlassmanagement verbessern	5	
<b>Mehr Aufklärung / Sensibilisierung zu psychischen Erkrankungen, davon</b>	<b>14</b>	<b>13,5</b>
– In Kitas, Schulen	8	
– in Gesellschaft allgemein	5	
<b>Sozialpsychiatrische Angebote für einzelne Gruppen ausbauen, davon</b>	<b>14</b>	<b>13,5</b>
– allgemein für betroffene Kinder / Jugendliche im Schulalter	6	
– berufliche Ausbildung für betroffene Jugendliche / junge Erwachsene verbessern	5	
<b>Kritik an gesellschaftlichen Kerninstitutionen, davon</b>	<b>12</b>	<b>11,5</b>
– Arbeitsmarkt für Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen stärker öffnen	7	
– Rechtsprobleme (z.B. unklare rechtliche Zuständigkeiten; „Recht auf Krankheit“)	4	

\* Die übergeordneten Kategorien enthalten keine Mehrfachnennungen. D.h. im vorliegenden Fall meinten 63 Angehörige, dass man die Angebote für Angehörige verbessern müsse.

Quelle: Auswertung & Zusammenstellung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

Deutlich wird – wenig überraschend –, dass die Situation von Angehörigen wesentlich über die Behandlungs- und Unterstützungssituation bzw. gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten ihrer psychisch erkrankten Verwandten und Familienmitglieder vermittelt wird: Lücken und Barrieren in diesen Bereichen belasten eben auch die Angehörigen. Die dadurch ausgelösten Sorgen und psychischen Beanspruchungen können mitunter enorm sein.

In den schriftlichen Kommentaren beschrieben Angehörige mitunter eindringlich das Gefühl, alleingelassen zu werden, mit der eigenen ständigen Sorge und Belastung nicht gesehen zu werden – sei es seitens der (sozial-)psychiatrischen Dienstleister\*innen, sei es seitens der Stadtgesellschaft insgesamt. Das Gefühl mangender öffentlicher Wertschätzung des eigenen Tuns – sprich dass Angehörige oft ausgleichen, was das erkrankte Familienmitglied nicht mehr schafft bis hin zur Sicherung dessen Lebensunterhaltes – erhöht deren psychische Belastung zusätzlich.<sup>202</sup> Ausdrücklich kritisiert wurde in diesem Zusammenhang auch, dass Angehörige volljähriger psychisch erkrankter Personen von den Informationsflüssen *de facto* oft abgeschnitten seien – mitunter selbst dann, wenn der Betroffene Ärzt\*innen und Therapeut\*innen von der Schweigepflicht

<sup>202</sup> Schätzungsweise 40 bis 60 Prozent „aller Angehörigen eines psychisch Kranken entwickeln aufgrund der Belastung deshalb selbst psychische Krankheiten oder sind anfälliger für körperliche Beschwerden wie Bluthochdruck. Studien belegen, dass jeder zweite Lebensgefährte eines depressiv Erkrankten nach einiger Zeit selbst depressive Symptome zeigt.“ (<https://www.therapie.de/psyche/info/fragen/angehoerige-psychisch-kranker/artikel/>).



entbunden habe. Die öffentliche Unsichtbarkeit der Angehörigen spiegelt letztlich natürlich „nur“ die mangelnde Sichtbarkeit bzw. die vorgängige Ausgrenzung psychisch erkrankter Personen bzw. die gesellschaftliche Nicht-Anerkennung ihrer Leistungen wider. Letzteres lässt sich für Angehörigenarbeit insgesamt feststellen (z.B. pflegenden Angehörigen älterer Menschen). Zwei längere Aussagen aus der Online-Befragung müssen zur Verdeutlichung der Problematik genügen. Sie zeigen eindrücklich, dass die emotionalen Belastungen oft deutlich stärker empfunden werden als finanzielle und/oder organisatorische Sorgen.

*„Ich empfinde weiterhin Stigmatisierungen für psychisch Erkrankte und dementsprechend keine Offenheit innerhalb der Gesellschaft. Dadurch, dass die Betroffenen selbst wenig Anerkennung finden, stehen Angehörige noch mehr im Hintergrund. Was allerdings oft vergessen wird, ist, dass wir Angehörigen unter den Erkrankungen enorm leiden. Wir übernehmen Rollen und Aufgaben, die uns nicht zugestanden werden sollten und müssen oftmals alleine, ohne Hilfe einen Umgang finden. Oftmals erfahren die Betroffenen erst spät von ihrer Erkrankung. Der lange Leidensweg bedeutet, dass wir schon über einen längeren Zeitraum emotional belastet und sogar geschädigt / verletzt wurden.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r)*

*„Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es für Angehörige bis auf Vereine mit Selbsthilfegruppen kaum etwas gibt. Sobald eine erkrankte Person volljährig ist, dürfen Kliniken nicht mehr mit Angehörigen wirklich sprechen. D.h. wir als Familie haben von Kliniken nie Unterstützung erhalten, eher abwehrende negative Zusammentreffen, obwohl die erkrankte Person von der Schweigepflicht entbunden hat etc. Angehörigen geht es oft sehr schlecht mit der Situation, ich war auch maßlos überfordert. (...) Meiner Erfahrung nach hat man als Geschwister einer psychisch erkrankten Person doppelt verloren - mein Geschwister ist krank und das Verhältnis komplett anders als vorher bzw. teils nicht mehr existent und meine Eltern sind größtenteils auch nicht mehr für mich erreichbar, weil sie all ihre Kraft in das kranke Kind investieren. Ich würde mir wünschen, dass die Stadt uns sieht. Hilfe zu bekommen, ist ähnlich wie Hilfe für die psychisch erkrankte Person zu bekommen, schwer - wenn du dich nicht selbst irgendwie irgendwo andockst/ kümmerst, bekommst du auch keine Hilfe. Es hat schließlich niemand auf dich gewartet oder von dir gehört.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r)*

Wie diesen von Angehörigen artikulierten Unterstützungsbedarfen am besten begegnet werden sollte, kann im Rahmen dieser Studie nicht abschließend beantwortet werden. Hinweise liefern aber die von den Befragten formulierten Wünsche hinsichtlich der Verbesserung der unmittelbaren Angebotslandschaft für Angehörige (siehe auch Tab. 3.8). In der Online-Befragung finden sich – soweit (in)direkt durch die Landeshauptstadt München beeinflussbar – folgende Anregungen:<sup>203</sup>

- **[Bessere Verlinkung des therapeutisch-psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungssystems mit der Selbsthilfe].** „Die Kliniken sollten auf Organisationen wie die ApK für Angehörige hinweisen.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).
- **[Informationen über bestehende Angebote]:** „Aufklärung über Beratungsmöglichkeiten durch Kampagne.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).
- **[Aufbau einer zentralen Anlaufstelle (auch) für Angehörige]:** „Ich vermisse eine zentrale, städtische Anlaufstelle, die sich ausschließlich mit psychischer Krank-/Gesundheit befasst, Betroffenen und Angehörigen Angebote macht, sie "abholt". (Online-Befragung | Angehörige\*r). Mitunter wurde hier explizit der Wunsch nach rechtlichen und medizinischen Beratungen im Rahmen einer solchen zentralen Anlaufstelle geäußert und auch auf die Möglichkeit verwiesen, diese online aufzustellen.“
- **[Sensibilisierung für die Situation / Belange von Angehörigen].** „Als mir mein Partner mit dem Selbstmord gedroht hat, habe ich verschiedene Stellen abgeklappert und niemand war dazu in der Lage, uns zu helfen. Auch auf meine Frage hin, wie ICH mit den Situationen gut umgehen kann, konnte mir nicht geholfen werden. Die Antwort war lediglich, dass sie nichts tun können. Erst wenn was passiert ist. Hier müssen die Leute an den Hotlines dringend geschult werden. An solchen Aussagen bin ich fast kaputt gegangen. Die Krankenkassen nehmen die Last der Angehörigen nicht ernst.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

<sup>203</sup> Dass eine Verbesserung der (sozial-)psychiatrische Behandlung und Unterstützung (z.B. Ausbau der Therapieangebote) und ein weniger stigmatisierender Blick auf psychische Erkrankungen und entsprechende Sensibilisierungsmaßnahmen auch Angehörigen zugutekommt, sei an dieser Stelle aber ausdrücklich noch einmal betont.

- **[Elterntrainings | Seminare / Workshops für Angehörige].** „Elterntrainings, wie Eltern mit den spezifischen Besonderheiten und den psychischen Erkrankungen umgehen können, um die Betroffenen zu unterstützen.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).
- **[Unterstützung bei der Alltagsbewältigung].** „Unterstützung bei der täglichen Alltagsbewältigung.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).
- **[Verständnis der Landeshauptstadt München als Arbeitgeberin].** „LHM als Arbeitgeber: extra freie Arbeitstage, nach Beantragung, zur Unterstützung der/ des Angehörigen. Z. B. für Arztbesuche, Unterstützung im Alltag, etc.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).<sup>204</sup>

Aus unserer Sicht wäre bereits sehr viel gewonnen, wenn Angehörige um die Existenz der ApK München e.V. wüssten. Dies umso mehr als letztere, sieht man von einzelnen Gruppenangeboten für Angehörige bei SpDis und Kliniken einmal ab, in München *der* Ansprechpartner für die Angehörigen psychisch erkrankter Personen ist. Mit Blick auf die „Bewerbung“ der Organisation scheint uns neben der ApK München e.V. auch das therapeutische und psychiatrische Fachpersonal<sup>205</sup> und die Landeshauptstadt München (z.B. durch Auslage von ApK-Materialien in der Stadtinformation München; Einladung der ApK München e.V. zu städtisch getragenen Veranstaltungen) in der Verantwortung zu sein. Wobei natürlich zu fragen ist, inwieweit die ApK München e.V., die primär auf ehrenamtlichem Engagement beruht, einer auf Grund der Bewerbung steigenden Nachfrage nach Beratung / Unterstützung ohne weitere (finanzielle, räumliche) Ressourcen überhaupt gerecht werden könnte. Zweifel sind insoweit angebracht, als bereits heute – hinsichtlich des Beitritts in eine Angehörigen-Selbsthilfegruppe – Wartezeiten von drei Monaten nicht selten sind und die Selbsthilfgruppenarbeit langsam, aber sicher an ihre personellen, aber auch räumlichen Grenzen stößt.

### 3.6 Zusammenfassung

**Grundlagen (Strukturen, Informationen, Inanspruchnahme).** Die in der Landeshauptstadt München anzutreffende und vom Bezirk Oberbayern und der Landeshauptstadt München getragene Angebotsstruktur genügt vom Grundsatz her hohen Ansprüchen. Gefragt, wo sie die größten Lücken sähen, monierten Betroffene vor allem das ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Teilsystem, genauer: das Fehlen von Therapieplätzen bzw. die Schwierigkeit, sich zeitnah in Therapie begeben zu können. Jüngste Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) bestätigen dies mit Blick auf die ambulante Psychotherapie: In München musste die Hälfte aller Patient\*innen nach dem ersten Sprechstundenkontakt über 82 Tage bis zum eigentlichen Therapiebeginn warten (Median). Wobei zu betonen bleibt, dass die Verantwortung hierfür – wie auch für andere kritisierten Rahmenbedingungen (z.B. Therapiestundebudgets; Qualifikation) – weder bei der Landeshauptstadt München noch beim Bezirk Oberbayern liegt. Dies ändert aber nichts daran, dass das Behandlungs- und Unterstützungssystem selbst mitunter als eine teilhabeblockierende Barriere wirkt.

Das ambulante (sozial-)psychiatrische Behandlungs- und Unterstützungssystem ist der Mehrheit der ZBFS-Befragten unbekannt. Ausnahmen sind die Sozialpsychiatrischen Dienste und der Krisendienst, die rund zwei Drittel von ihnen kannten. Aber selbst diese Dienste hatte bis zum Befragungszeit nur ein Drittel bzw. ein Viertel der Befragten genutzt. Noch deutlich geringer fallen diese Nutzungsquoten bei den anderen ambulanten Diensten aus. All dies ändert aber nichts daran, dass knapp sechzig Prozent der ZBFS-Befragten erklärten, im Krisenfall auf professionelle Hilfen zurückzugreifen; gefolgt von der Kontaktierung von Familienangehörigen (47,7%). Die Antworten verweisen auf ein gewisses „Stufenverhalten“: Erst versucht man, ein Problem selbst zu bewältigen (z.B. durch Einsatz von Selbstmanagementstrategien); reicht dies nicht, werden Familie und Freunde eingeschaltet, um dann in einer dritten Stufe doch noch professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Entsprechend vertrauten nur 12,8% aller Befragten *ausschließlich* auf professionelle Hilfe.

<sup>204</sup> Angemerkt sei, dass die Landeshauptstadt das Thema „pflegende Mitarbeiter\*innen“ schon lange im Fokus hat. Im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten gibt es durchaus Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. Siehe: <https://stadt.muenchen.de/infos/beschaefigte-pflege-angehoerige.html> (letzter Abruf: 15.09.2023)

<sup>205</sup> Ohne Zweifel dürfte die ApK München e.V. bei den psychiatrischen Kliniken bekannt sein. Mit Blick auf die dort Beschäftigten gilt dies aber sicherlich nicht durchgängig. Wie es eine ApK-Aktive formulierte: „Die Kliniken wissen alle von uns – die Kliniken als Institution. Ob die Schwester X, wenn eine Angehörige zusammenbricht, da einen Flyer in der Hand hat, das wage ich zu bezweifeln.“ [Interview | Fachkraft]



Neben Informations- und Wissensmängeln sowie den strukturellen Lücken im Behandlungs- und Unterstützungssystem, die zu Frustrationen und der Einstellung jeglicher Suche führen können, sind als Hauptnutzungsbarrieren zu nennen: (a) begrenztes *aktives* Vermittlungsangebot („fehlende Brückenbauer\*innen“); (b) subjektive, häufig krankheitsbedingte Überforderungen – fehlt persönliche Unterstützung, wird eine gezielte Suche oft unmöglich; (c) Angst vor Diskriminierung und Stigmatisierung und (e) (krankheitsbedingte) Mobilitätseinschränkungen (z.B. durch eingeschränkte ÖPNV-Nutzung). Abgesehen davon gibt es Menschen mit psychischen Erkrankungen – auch und gerade schwereren Grades –, die sich bewusst verweigern, die keine professionelle Unterstützung, geschweige denn eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen wollen.

**Selbsthilfe | Selbstorganisation | EX-IN.** Die Selbsthilfe ist in München gut aufgestellt. Rund 40% der ZBFS-Befragten hatten bzw. haben bereits persönliche Erfahrungen mit der Selbsthilfe gesammelt. Wenngleich strukturelle Probleme (v.a. im Bereich Räumlichkeiten) durchaus erkennbar sind, liegt das Hauptproblem „versorgungstechnisch“ eher im Nicht-Wissen Betroffener um die Selbsthilfelandchaft und in der kritischen Haltung vieler psychisch erkrankter Personen gegenüber der Selbsthilfe begründet. So waren knapp 60% der ZBFS-Befragten ohne persönliche Selbsthilfe-Erfahrungen überzeugt, dass die Selbsthilfe grundsätzlich nichts für sei. Diese Vorbehalte vermögen vor dem Hintergrund der in der Gesellschaft diesbezüglich weiterhin bestehenden Wissenslücken bzw. des teilweise noch negativen Bildes in Medien und im öffentlichen Diskurs allerdings nicht zu überraschen.

Im Bereich der Selbstorganisation gibt es in München ebenfalls eine Reihe von sehr aktiven Organisationen (z.B. MüPE e.V., MASH, ApK e.V.). Allerdings fällt der Selbstorganisationsgrad Betroffener eher gering aus. Angesichts der hohen Armutsbetroffenheit der Zielgruppe, den häufig krankheitsbedingten Barrieren (v.a. zeitliche Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit) und von Stigmatisierungs- und Selbststigmatisierungsprozessen ist dies allerdings wenig erstaunlich. Ehrenamtlich politisches Engagement ist eben nicht voraussetzungslos. Eine Rolle könnte zudem spielen, dass das Thema „psychische Erkrankungen“ in vielen städtischen Beiräten, Gremien und im Bewusstsein von Verwaltung und Politik oft noch „ein Schatten-Dasein“ führt.

Eine besondere Form der Selbstorganisation stellen EX-IN-Genesungsbegleiter\*innen dar, also psychiatrieerfahrene Personen, die eine entsprechende Schulung abgeschlossen haben und die anderen Betroffenen durch ihre Krisen hindurchhelfen bzw. Fachkräfte als Erfahrungsexpert\*innen beraten. In Oberbayern wurde der Einsatz von Genesungsbegleiter\*innen 2013/14 im Rahmen eines Modellprojektes erstmals erprobt. Im Bezirk Oberbayern waren im September 2022 insgesamt 61 Genesungsbegleiter\*innen im Einsatz – in der Mehrzahl in Diensten mit pauschalisierter Refinanzierung durch den Bezirk. Vor dem Hintergrund der (potenziellen) Wirkmächtigkeit des EX-IN-Ansatzes ist es bedauerlich, dass weder alle vom Bezirk Oberbayern zur Verfügung gestellten EX-IN-Stellen besetzt sind, noch dass es bisher Strukturen für den Einsatz von EX-IN-Genesungsbegleiter\*innen außerhalb der Sozialpsychiatrie gibt.

**Besondere Zielgruppen.** Psychisch erkrankte Personen mit Migrationshintergrund sind schlechter über die ambulante sozialpsychiatrische Behandlungs- und Unterstützungsstruktur informiert als Betroffene ohne Migrationsgeschichte. Dies gilt insbesondere für den Krisendienst, die Sozialpsychiatrischen Dienste sowie diagnosespezifische Anlaufstellen. *Sofern* migrantische ZBFS-Befragte allerdings um die Angebote wussten, waren sie durchaus bereit, diese auch zu nutzen – mitunter sogar in einem stärkeren Maße als Befragte ohne Migrationshintergrund. Dies verweist auf die große Bedeutung gezielter und zielgruppenspezifischer Informationsstrategien. Dies ändert aber nichts daran, dass migrantisch Betroffene mit keinen oder nur mit eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen qualifizierter muttersprachlicher Vermittlungsakteur\*innen ins sozialpsychiatrische Unterstützungssystem (Brückenbauer\*innen) bedürfen.

LGBTIQ\* sind bereits diskriminierungsbedingt höheren psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind als die Gesamtbevölkerung. Das Risiko, psychisch zu erkranken ist signifikant erhöht. Folgt man unseren Gesprächen, ist davon auszugehen, dass auch in sozialpsychiatrischen Institutionen normative Vorstellungen von Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität vorherrschen, die von den Betroffenen als ausgrenzend erlebt werden. Von einer umfassenden Sensibilisierung für die Bedarfslagen von psychischen erkrankten LGBTIQ\* kann mit großer Sicherheit nicht gesprochen werden. Insofern überrascht es nicht, dass die (wenigen) LGBTIQ\*-spezifischen Angebote im Bereich Wohnen (Betreutes Einzelwohnen, Therapeutische Wohngemeinschaften) von Betroffenen gezielt nachgesucht werden und längere Wartelisten haben. Unsere

Erkenntnisse verdeutlichen die Bedeutung von Schutzräumen („safe spaces“) und spezifischen Angeboten für diese Gruppe, insbesondere für trans\*, inter\* und gender\*diverse Personen. Zum anderen verweisen sie auf die Notwendigkeit, auch und gerade die soziale Teilhabe von LGBTIQ\*- Menschen mit psychischen Erkrankungen (und/oder anderen Beeinträchtigungen) zu fördern.

Der Situation unterstützender Angehöriger konnte im Rahmen der Studie nur ansatzweise nachgegangen werden. Die Ergebnisse lassen aber keinen Zweifel an der hohen Belastung, denen sich viele Angehörige psychisch erkrankter Personen gegenübersehen. Obwohl das Verhältnis von Betroffenen und ihren Angehörigen mit Sicherheit nicht immer konfliktfrei ist – vor allem, wenn Betroffene nicht krankheitseinsichtig sind und Hilfsangebote ablehnen –, vertrat in der ZBFS-Befragung ein Drittel bis die Hälfte der befragten psychisch erkrankten Personen, dass ihre unterstützenden Angehörigen überfordert seien bzw. sie selbst mehr Unterstützung benötigten. Die Online-Befragung bestätigt deren hohen Unterstützungsbedarf. Dies muss auch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass sich helfende Angehörige von der Gesellschaft und dem Behandlungs- und Unterstützungssystem oft alleingelassen, in ihrer Leistung nicht anerkannt fühlen, und sie häufig Lücken im System abdecken (z.B. Aufnahme ihrer erkrankten Angehörigen in die eigene Wohnung trotz konfliktreicher Beziehung). Vieles deutet darauf hin, dass Angehörige das vorhandene Unterstützungsangebot nicht in ausreichendem Maße kennen. Dies verweist auch mit Blick auf Angehörige auf die Bedeutung gezielter Informationsstrategien.



## Kapitel 4

### Arbeit und wirtschaftliche Lage

## 4. Arbeit und Wirtschaftliche Lage

### 4.1 Vorbemerkungen: Zentrale Rahmenbedingungen und Bedeutung des Handlungsfeldes

#### 4.1.1 Anmerkungen zur Münchner Arbeitsmarktstruktur

Mit Blick auf den Arbeitsmarkt lassen sich zwei bzw. drei Arbeitsmärkte unterscheiden:

- **Erster Arbeitsmarkt.** Der erste Arbeitsmarkt bezeichnet den regulären oder allgemeinen Arbeitsmarkt, der (zumindest theoretisch) ohne Förderungen, staatliche Zuschüsse und sonstige Lenkung durch die Politik auskommt. Er umfasst nicht nur abhängige, sondern auch selbständige Beschäftigung. Untersuchungen zeigen, dass auf dem regulären Arbeitsmarkt psychische Belastungen weit verbreitet sind, dass Arbeitsverdichtung, Überlastung durch Personalmangel, Instabilität der Arbeitsbedingungen und -chancen den Arbeitsalltag für viele Beschäftigte des ersten Arbeitsmarktes kennzeichnen.<sup>206</sup> Diese Anforderungen und Bedingungen erschweren insbesondere psychisch beeinträchtigten Personen den (Wieder-)Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt (siehe auch unten).

Ob bzw. inwieweit der demographische Wandel (Stichwort: Fach- und Arbeitskräftemangel; Verrentung der Baby-Boomer) leistungsschwächeren Personen zukünftig neue Erwerbschancen eröffnet, bleibt abzuwarten. Die Personalverknappung kann auch zu einem Anstieg der Leistungsanforderungen führen. Wie wir an anderer Stelle bereits bemerkt haben,<sup>207</sup> dürfte der Personalmangel kurz- und mittelfristig eher den angestammten Belegschaften zugutekommen (Sicherung der Weiterbeschäftigung leistungsbeeinträchtigter Personen durch verbessertes Gesundheitsmanagement) als Neueinstellungen von (psychisch) leistungsschwächeren Personen zu befördern. Hinzu kommt, dass Einfacharbeitsplätze – für stark leistungsgeminderte Personen – immer seltener werden.

Eine besondere Rolle innerhalb des ersten Arbeitsmarktes kommt den Inklusionsbetrieben (bis 2018: Integrationsbetriebe) zu. „Inklusionsbetriebe sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen, unternehmensinterne Betriebe oder Abteilungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die mindestens 30 Prozent schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 215 SGB IX beschäftigen.“<sup>208</sup> Ihre quantitative Bedeutung ist allerdings beschränkt: Derzeit gibt es in Bayern etwa 100 solcher Betriebe, die rund 1.850 Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung anbieten.<sup>209</sup> Insoweit schwerer psychisch erkrankte Personen häufig auf die Beantragung eines Schwerbehindertenstatus verzichten (siehe Kap. 1.2.1), bleibt ihnen der Zugang zu diesem Arbeitsmarktsegment verschlossen.<sup>210</sup> Gerade für schwerer psychisch beeinträchtigte Personen böten (und bieten) die Inklusionsbetriebe mit ihren langfristigen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen jedoch einen wichtigen Baustein, um am Arbeitsmarkt teilhaben zu können. Für dieses Klientel stellen sie ein Zwischenglied zwischen dem „klassischen“ ersten Arbeitsmarkt und den Werkstätten für behinderte Menschen dar.

**Zweiter (und dritter) Arbeitsmarkt.** Zielgruppe sind Menschen, die auf dem regulären Arbeitsmarkt kaum eine Chance auf eine Anstellung haben. Hierzu gibt es eine Reihe staatlicher Fördermaßnahmen und Zuschüsse (siehe unten). In München spielen hier die sog. Sozialen Betriebe, die von der Landeshauptstadt München im Rahmen des Münchner Beschäftigungs- und Qualifizierungsprogramms (MBQ) bezuschusst werden, eine herausragende Rolle. Die Existenz des MBQ-finanzierten zweiten und dritten<sup>211</sup> Arbeitsmarktes stellt ein bundesweites Alleinstellungsmerkmal der Landeshauptstadt München dar.

---

<sup>206</sup> DGB (2020: 3). Daten von Krankenkassen belegen, dass Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen seit Jahren voranschreiten. Siehe z.B. den einschlägigen Gesundheitsreport 2022 der Techniker Krankenkasse (Techniker Krankenkasse 2022: 26-27).

<sup>207</sup> Sagner (2013: Teil I: 29-30).

<sup>208</sup> Siehe: <https://www.zbfs.bayern.de/behinderung-beruf/themen/inklusionsbetriebe/index.php>

<sup>209</sup> Siehe: <https://www.stmas.bayern.de/arbeitswelt/inklusionsbetriebe/index.php>

<sup>210</sup> Als problematisch erweist sich mitunter auch, dass der Eintritt in einen Inklusionsbetrieb nur aus der Arbeitslosigkeit heraus möglich ist.

<sup>211</sup> Der sogenannte Dritte Arbeitsmarkt existiert bislang nur in München. Mit ihm ergänzt die Landeshauptstadt die arbeitsmarktpolitischen Leistungen des Bundes und fördert Langzeitarbeitslose mit einem eigenen Programm. Das Programm setzt auf sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse und Soziale-Hilfe-Stellen, denen ein Finanzierungsmix aus Mitteln der Grundsicherung (SGB II) und freiwilligen Leistungen der Stadt zugrunde liegen. 2021 umfasste der Dritte Arbeitsmarkt 123 entsprechende Arbeitsverhältnisse bzw. Stellen (Landeshauptstadt München (Referat für Arbeit und Wirtschaft) 2022: 2).



Die Beschäftigungsgelegenheiten der Sozialen Betriebe richten sich im Wesentlichen an Kund\*innen des Jobcenters München im Arbeitslosengeld II-Bezug. Derzeit stehen etwa 90-95% aller in den Sozialen Betrieben beschäftigten Personen im SGB II-Bezug. 2021 wurden über die Sozialen Betriebe insgesamt 1.609 Teilnehmer\*innen gefördert, davon waren 43,3% psychisch (stärker) beeinträchtigt. Etliche Betriebe bzw. Projekte zielen unmittelbar auf die Gruppe der psychisch schwerer erkrankten Personen ab. In der Regel handelt es sich um Personen mit multiplen Problemlagen, die oft nicht über notwendige Basisqualifikationen verfügen. Wie es eine Fachkraft ausdrückte:

*„Wir kriegen tendenziell immer Menschen mit schwierigsten Problemlagen. Also immer mehr beeinträchtigt. Oft fehlt es an Basiskompetenzen z.B. einer ausreichenden Hygiene oder Aufstehen in der Früh. Erster Tag <Ich komme>. Zweiter Tag: <Ich komme schon nicht>. Also es fehlt oft an den grundlegendsten Fähigkeiten bei den Menschen, die wir aufnehmen. Dann muss man der nachtelefonieren <Dann kommen Sie doch morgen noch einmal>. Es wird immer schwieriger, weil denen eben oft die Grundfertigkeiten fehlen. Krankheitsbedingt und weil sie halt so lange aus dem Arbeitsleben auch draußen sind.“ (Interview | Fachkraft sozialer Arbeitsmarkt).*

Die meisten der im zweiten Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Maßnahmen sind – entsprechend den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen der öffentlich geförderten Beschäftigung insgesamt – zeitlich allerdings stark befristet (siehe Kap. 4.1.2). Angesichts der Problemlagen der dort Beschäftigten ist dies kritisch zu bewerten.

#### 4.1.2 Zielgruppenspezifische und zielgruppenübergreifende Instrumente zur Arbeitsmarkteingliederung

Hier kann, grob gesprochen, unterschieden werden zwischen Instrumenten der öffentlich geförderten Beschäftigung zur Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen (einschließlich begleitender Maßnahmen), Instrumenten der Wiedereingliederung von Arbeitnehmer\*innen nach längerer Erkrankung sowie finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten bei Neueinstellungen von leistungsgeminderten Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt.

- **Öffentliche geförderte Beschäftigung.** Hier sind vor allem zwei Instrumente zu nennen, die *auch* auf dem zweiten Arbeitsmarkt in München Anwendung finden: Arbeitsgelegenheiten in der Mehraufwandsvariante (AGH / MVE), die die öffentliche Beschäftigungsförderung dominieren, und die 2019 vom Bundesgesetzgeber im Rahmen des Teilhabechancengesetzes eingeführten „TaA“-Stellen (§16i SGB II-Stellen). Das Kürzel „TaA“ steht dabei für „Teilhabe am Arbeitsmarkt“.

Hauptproblem der AGH-Stellen ist ihre zeitliche Befristung und die Zugangskriterien.<sup>212</sup> Die gesetzliche Zuweisungsdauer ist bei ihnen grundsätzlich auf insgesamt 24 Monate innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren begrenzt.<sup>213</sup> Bei den Sozialen Betrieben in München beträgt die faktische Förderdauer bei Anstellungen im Regelfall sechs bis neun Monate – unbeschadet der Möglichkeit von Mehrfachanstellungen im Sinne der Fünf-Jahres-Regelung. Die zulässigen Förderzeiträume sind definitiv zu kurz bemessen, um die multiplen Vermittlungshemmnisse, denen sich auch und gerade längere Zeit erwerbslose psychisch kranke Personen gegenübersehen, zu „beheben“, geschweige denn, um eine Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt erreichen zu können.<sup>214</sup>

*„Also für die Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung schon lange im Leistungsbezug sind, ist der erste Arbeitsmarkt wirklich zu fern. Da können wir mit viel Arbeit erst mal auf dem 2. Arbeitsmarkt eine AGH anstreben. Und dann ist aber die Schwierigkeit –*

<sup>212</sup> Als problematisch erweisen sich aber auch die abstrakten ordnungspolitischen Kriterien „Öffentliches Interesse“, „Zusätzlichkeit“ und „Wettbewerbsneutralität.“

<sup>213</sup> Mit der Neuregelung des § 16d Abs. 6 SGB II (9. SGB II-Änderungsgesetz) kann die Förderdauer auch im Hinblick auf die Ermöglichung von sozialer Teilhabe jedoch einmalig um weitere maximal 12 Monate (3-in-5-Regelung) verlängert werden. Hiervon sollen jedoch vorrangig ältere Personen und Leistungsberechtigte mit minderjährigen Kindern profitieren. Siehe: [https://www.arbeitsagentur.de/datei/dok\\_ba014267.pdf](https://www.arbeitsagentur.de/datei/dok_ba014267.pdf).

<sup>214</sup> 2021 konnten von den 1.101 AGH-Teilnahmen in den Münchner Sozialen Betrieben insgesamt 68 in eine Form der Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden. Dass unter Berücksichtigung weiterführender Maßnahmen (z.B. Umschulung, Weiterbildung) für ein gutes Drittel ein positiver arbeitsmarktpolitischer Verbleib erzielt werden konnte (Landeshauptstadt München (Referat für Arbeit und Wirtschaft) 2022: 3), ändert nichts an der Kritik. Leider geben die verfügbaren Statistiken keine näheren Hinweise ob bzw. inwieweit sich dieser Personenkreis von den anderen AGH-Teilnehmer\*innen unterschied.

*wenn die Person sich dort gut einfindet ... das ist ja ein begrenzter Zeitraum. Und das ist einfach das Problem, dass nach der AGH wieder ein Loch kommt.“ (Interview | Fachkraft Jobcenter München).*

*„Und es ist ganz schlimm, wenn sich jemand mit einer psychischen Erkrankung in einer AGH einfindet und dann bricht es weg. Was soll dann danach kommen? Dann ist die Person wieder täglich in ihrer Wohnung und sich im Prinzip selbst überlassen. Und eigentlich – rechtlich - sollte die AGH ausreichen, um die Person für den 1. Arbeitsmarkt fit zu machen. Aber da ist die Befristung kontraproduktiv.“ (Interview | Fachkraft Jobcenter München).*

Ergänzend sei erwähnt, dass es sich bei den Arbeitsgelegenheiten in der Mehraufwandsvariante um ein sozialrechtliches Beschäftigungsverhältnis *außerhalb* des Arbeitsrechts und der Sozialversicherung handelt.

Das Instrument „TaA“ stellt mit einer möglichen Förderungsdauer von fünf Jahren daher einen deutlichen Fortschritt dar, der Betroffenen wie Arbeitgeber\*innen eine verlässliche und längerfristige Beschäftigungsperspektive bietet. Zudem werden sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse in Voll- oder Teilzeit gefördert – wenn auch unter Rückgriff auf die Mindestlohnregelungen. Die Förderung umfasst darüber hinaus einen Lohnkostenzuschuss – in den ersten beiden Jahren von 100%, – für Coaching sowie die Übernahme von angemessenen Qualifizierungskosten.<sup>215</sup> Wenngleich sich über die Wirksamkeit dieses Instruments noch nicht abschließend befinden lässt, waren sich unsere Gesprächspartner\*innen doch sicher, dass es auch und gerade für langzeitarbeitslose psychisch erkrankte Personen eine neue Chance eröffnet, um wieder Zugang zum ersten Arbeitsmarkt zu finden. Bedauert wurde diesbezüglich nur, dass die Zahl der „TaA“-Stellen den Bedarf bei weitem nicht deckt<sup>216</sup> und die Zugangsvoraussetzungen – eine kumulierte Dauer des SGB II-Leistungsbezugs von mindestens sechs Jahren in den vergangenen sieben Jahren und (fast) keine Erwerbstätigkeit in den letzten sieben Jahren – der Klientel oft nicht gerecht werde. Nicht zuletzt, weil vielen psychisch erkrankten Personen doch immer wieder kurze Arbeitsaufnahmen gelängen – die geforderte siebenjährige Arbeitslosigkeit am Stück werde daher eben oft nicht geschafft.

Die genannten Beschäftigungsinstrumente richten sich natürlich auch an Arbeitgeber\*innen in der Privatwirtschaft. Deren Interesse an ihnen hält sich erfahrungsgemäß aber in Grenzen. Eine Expertin brachte dies mit Blick auf die innovativen „TaA“-Stellen (§16i SGB II) mit folgenden Worten zum Ausdruck:

*„Auch bei Förderungsinstrumenten wie dem §16i sind es ein paar spezielle Arbeitgeber, die das interessiert, Arbeitgeber, die sozial eingestellt sind, die wissen, worauf sie sich einlassen. Da ist ja dann auch ein Coach seitens des Jobcenter eingebunden, der dann mit dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer zusammenarbeitet und Schwierigkeiten vielleicht schon vorweg lösen kann. Und das ist dann gut. Aber auf dem 1. Arbeitsmarkt reguläre Arbeitgeber... nein.“ (Interview | Fachkraft Jobcenter München).*

- **Begleitende Maßnahmen des Jobcenters.** Neben diesen Beschäftigungsinstrumenten und „klassischer“ Vermittlungsarbeit gibt es seitens der Arbeitsverwaltung eine Reihe begleitender Maßnahmen (z.B. „Coaching“) und vielfältige Programme, um langzeitarbeitslose Leistungsberechtigte wieder auf den allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern bzw. um diese überhaupt an diesen wieder heranzuführen (z.B. durch Vermittlung von Grundqualifikationen). Das aktuelle Arbeitsmarkt- und Integrationsprogramm des Jobcenter München listet für Langzeitarbeitslose und Langzeitleistungsbezieher\*innen insgesamt 45 entsprechende Angebote auf. Zwei von ihnen richten sich dabei *ausschließlich* an Personen mit verfestigten, bleibenden psychischen Auffälligkeiten: JobFACTORY2 und Südlicht. Die beiden Programme zielen neben der Vermittlung in

<sup>215</sup> Mit dem „TaA“-Instrument sind Begleitung und Qualifizierungszuschüsse im Übrigen erstmals Bestandteil eines Regelinstruments geworden (Knuth 2022: 10).

<sup>216</sup> 2021 wurden im Rahmen MBQ-Programms 154 solcher Stellen in den Sozialen Betrieben gefördert, neben den 1.101 AGH-Teilnahmen.

sozialversicherungspflichtige Arbeit auch auf eine Verminderung von Vermittlungshemmnissen bzw. auf die Stabilisierung der gesundheitlichen Situation der Betroffenen ab.<sup>217</sup>

Gerade im Bereich gesundheitlich schwerer beeinträchtigter Personen und im Fallmanagement<sup>218</sup> verfolgt das Jobcenter einen dezidiert ganzheitlichen Arbeitsansatz, der gezielt gesundheitlich bedingte Vermittlungshemmnisse in den Blick nimmt. Etwa durch persönliches Coaching,<sup>219</sup> die Einbindung von Psycholog\*innen oder auch durch institutionelle Vernetzungen.<sup>220</sup>

*„Wenn wir nur den Beruf in den Fokus nehmen, dann schafft die Person vielleicht den Einstieg in die Arbeitswelt. Wenn die anderen Rahmenbedingungen (Sozialverhalten, Gesundheit, Stabilität, Frustrationstoleranz usw.) nicht passen, bleibt es schwierig und der Bewerber wird seine Arbeit nicht behalten. Es müssen viele „Probleme“ und Hemmnisse parallel bearbeitet werden, damit es gut wird und der Mensch auf dem Arbeitsmarkt dauerhaft integriert werden kann. Dass wir nur die (fehlende) Qualifizierung als Bedarf haben, da kenne ich keinen Fall. Wir sind mit unseren Kunden immer komplex, ganzheitlich unterwegs. Die Lebenssituationen sind individuell und sehr verschieden.“ (Interview | Fachkraft Jobcenter München).*

Ob diesem Anspruch vor dem Hintergrund der Personalsituation immer Genüge getan werden kann, sei dahingestellt. Vermutlich nicht.

*„Als Vermittler muss ich schauen, auf welche Menschen konzentriere ich mich. Dann nehme ich die Bewerber intensiver in die Betreuung, die vielleicht „einfacher“ und motivierter sind, wo ich also besser zum Erfolg komme. Und vielleicht nicht die, wo ich nicht genau weiß, „woran“ ich in Bezug auf die Hemmnisse und Einschränkungen genau bin.“ (Interview | Fachkraft Jobcenter München).*

Zweifel sind auch insoweit angebracht, als Betroffene die ihnen als psychisch erkrankten Personen gegenüber gewählte Ansprache bzw. den Umgangston (siehe Kap. 7.2.3 & Kap. 7.3.2)<sup>221</sup> sowie die verordneten Maßnahmen (z.B. Computerkurse, Bewerbungstrainings) oft als wenig passend kritisierten oder zu verstehen gaben, dass Sanktionierungen gelegentlich auch ohne Rücksicht auf die psychische Erkrankungen erfolgten.<sup>222</sup>

Vor dem Hintergrund der Zugangsprobleme ins ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische System, denen sich viele schwerer psychisch erkrankte Personen gegenübersehen (siehe Kap. 3.1.2), wäre es wünschenswert, wenn die Münchner Jobcenter das oben skizzierte ganzheitliche Arbeitsverständnis noch „stärker lebten“ bzw. besser publik machten. Ganz abgesehen davon, dass damit bei der Zielgruppe auch das häufig anzutreffende negative Image als primär sanktionierende Behörde angegangen werden könnte.

Abschließend sei noch auf die bereits 2009 in der Landeshauptstadt München etablierte Fachstelle für berufliche Wiedereingliederung (Fachbereich Reha SB im Jobcenter) hingewiesen. Die Fachstelle ist zuständig für Menschen mit anerkannter (Schwer-) Behinderung, Gleichstellung oder beruflichem

<sup>217</sup> Jobcenter München (2022: 113, 114). Aktuell umfassen die beiden Programm knapp 150 Plätze. Im Fachbereich Reha/Schwerbehinderung gibt es eine Reihe weiterer Programme, die sich ausdrücklich auch an Personen mit psychischen Einschränkungen richten.

<sup>218</sup> Dies überrascht nicht: Folgt man unseren Gesprächen mit zwei Jobcentern dürften etwa zwei Drittel aller Klient\*innen im Fallmanagement einen Handlungsbedarf im gesundheitlichen Bereich aufweisen; hierbei handelt es sich fast immer um psychische Auffälligkeiten.

<sup>219</sup> So werden etwa im Programm HALOcompact (Jobcenter München 2022: 115) die Kund\*innen des Jobcenter im Bedarfsfall bei der Suche nach Psychotherapeut\*innen *aktiv* unterstützt.

<sup>220</sup> So ist eines der Jobcenter kürzlich auf den Sozialdienst des kbo-Isar-Amper-Klinikum zugegangen, um gemeinsam den Übergang der dort behandelten Jobcenter-Klient\*innen in die eigene Häuslichkeit zu verbessern.

<sup>221</sup> Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass das Erkennen einer psychischen Erkrankung und des damit einhergehenden Unterstützungsbedarfes keineswegs einfach ist. Dass die in der Vermittlung und im Fallmanagement tätigen Mitarbeiter\*innen in den ihnen zur Verfügung stehenden Datensätzen keinen Zugriff auf etwaige ärztlich festgehaltene Diagnosen haben, erleichtert die Situation nicht. Sind die Datensätze gut geführt, erfahren sie höchstens, dass eine seelische Problematik dominant ist. Wie es eine Fachkraft des Jobcenters im Bereich der Arbeitsvermittlung formulierte: „Da ist jemand, der im persönlichen Umgang herausfordernd ist; aufbrausend, der sich von Ämtern generell ungerecht behandelt fühlt. Und wenn sie die Diagnose nicht kennen, denken sie beim Erstkontakt schnell „Der ist so komisch, der will nicht kooperieren.“

<sup>222</sup> Zu quantifizieren ist letzteres nicht. Es handelt sich aber wohl eher um Einzelfälle. Im Sinne der Regularien dürfen Personen, die aufgrund einer Erkrankung nicht mitwirken können und ihre Erkrankung nachweisen und kommunizieren, grundsätzlich nicht sanktioniert werden. Bei den kolportierten Fällen dürfte sich im Wesentlichen um Personen drehen, die krankheitsbedingt nicht in der Lage waren, kommunikativ in das formale Verfahren einzusteigen.



Rehabilitationsbedarf im SGB II-Bezug. Rund 50-60% der dortigen Klient\*innen sind psychisch erkrankt. Mit der örtlichen Kompetenzbündelung haben sich die Vermittlungschancen für diesen Personenkreis ohne Zweifel deutlich verbessert. Dass selbst schwerer psychisch erkrankte Personen nicht um den Schwerbehindertenstatus „nachsuchen“, ist daher auch aus arbeitsmarktintegrativen Überlegungen bedauerlich.

All diese Angebote und Leistungen der Arbeitsvermittlung ändern aber nichts daran, dass ein Teil der psychisch auffälligen Langzeitarbeitslosen auf dem ersten, aber auch auf dem zweiten Arbeitsmarkt *de facto* nicht vermittelbar ist bzw. sein wird. Die Jobcenter kommen hier an den Rand ihrer Möglichkeiten. Fachkräfte mahnten in unseren Gesprächen diesbezüglich daher des Öfteren eine größere „Ehrlichkeit“ des Jobcenter und/oder des Sozialhilfeträgers bzw. einen erleichterten Übergang ins SGB XII (Sozialhilfe) an.<sup>223</sup> Wie es eine Fachkraft eines Notquartiers formulierte, deren in aller Regel auch psychiatrisch erkrankten Klient\*innen meistens noch beim Jobcenter gemeldet seien:

*„Da [beim Eingang von Sanktionierungsbescheiden wegen fehlender Mitarbeit, SIM] habe ich teilweise schon beim Jobcenter angerufen, beim Sachbearbeiter, und gesagt: <Seht Ihr das nicht? Der kann keinen Computerkurs machen. Ich bin schon froh, wenn der halbwegs aufrecht in der Tür steht und nicht so intoxikiert ist, dass er mir entgegenfällt, wenn ich die Türe aufmache>. Die Überleitung ins SGB XII erfolgt irgendwie nicht. Wenn beantragen das die gesetzlichen Betreuer. Aber dass die Jobcenter aktiv sagen <Der ist nicht arbeitsfähig. Der gehört eigentlich ins SGB XII>. Bei einem habe ich das bisher erlebt. (...) Wir helfen dann halt jedes halbe Jahr bei diesem Weiterbewilligungsantrag. (...) Der zweite Arbeitsmarkt spielt bei uns auch keine Rolle. Die Leute, die gut sind, kriegen wir vielleicht in die Tagesstätte.“*  
(Interview | (Fachkraft | Wohnungslosenhilfe).

Hier sei allerdings angemerkt, dass die Überleitung ins SGB XII nicht in der Entscheidungsgewalt des Jobcenter liegt, sondern in der des Sozialhilfeträgers (Landeshauptstadt München). Fakt ist allerdings, dass die beiden Systeme (SGB II / SGB XII) in der Praxis in der Tat nicht genügend durchlässig sind.

- **Wiedereingliederung nach Erkrankung.** Mag Erwerbstätigkeit bereits von Gesunden mehr und mehr als eine Herausforderung erlebt werden (siehe Kap. 4.1.1), so gilt dies für psychisch erkrankte Personen, die nach längerer Arbeitsunfähigkeit aus dem Krankenstand die Rückkehr an den Arbeitsplatz suchen, in verschärftem Maße.

Zwar gibt es in Deutschland Programme zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, aber diese sind entweder bezüglich der Zugangsvoraussetzungen stark reglementiert oder bezüglich der Interventionsbreite und -tiefe „unterkomplex“: So erschöpft sich das Instrument der „Stufenweisen Wiedereingliederung“ (§74 SGB V bzw. §28 SGB IX), ein in der Praxis häufig genutztes Programm, „oftmals in einer kurzfristigen Regulierung der Arbeitszeit.“<sup>224</sup> Dies hat Blank und Kolleg\*innen in einem kürzlich vorgelegten Übersichtsartikel zu der Schlussfolgerung veranlasst, dass in Deutschland für einen Großteil der betroffenen Erwerbstätigen – insbesondere solche ohne Erwerbsminderung – ausgefeilte RTW-Programme (*Return-to-Work*) fehlen bzw. die Entwicklung solcher dringend geboten sei.<sup>225</sup> Hinzu kommt, dass Arbeitgeber\*innen von diesem und anderen Programmen oft nichts wissen bzw. im Bedarfsfall nicht proaktiv agieren. Um aus einem Interview mit einer Betroffenen zu zitieren:

*„Es gibt schon Hebel, Leute, die erkranken, wieder reinzuholen in die Firma. Ich hatte dann auch einen Schwerbehindertenausweis beantragt und bekommen. Da hätte die Firma die Möglichkeit gehabt, verschiedene Bezuschussungen zu kriegen, es muss in der Firma halt jemand in die Hand nehmen. Und das hat niemand gemacht. (...) Als mein erster Klinikaufenthalt dann zu Ende ging, kam von der Firma nichts, keine Vorschläge zur Veränderung meiner Arbeitssituation, keine Einladung zur Eingliederung, nichts. Diese Perspektivlosigkeit hat dann meine Krise verlängert, so dass ich dann noch einmal in der Klinik*

<sup>223</sup> Der Übergang vom SGB II ins SGB XII ist – aus nachvollziehbaren Gründen – an hohe Hürden gebunden. Wobei nicht verschwiegen werden soll, dass in unseren Gesprächen vereinzelt auch Kritik an entsprechenden Versuchen eines Übergangs ins SGB XII geäußert wurde: „Das Jobcenter versucht, mich von SGB II zu SGB XII zu verschieben. Das ist zum Glück noch nicht gemacht. Er [Mitarbeiter des Jobcenter, SIM] gibt mir keinen Kurs. (...) Ich versuche, was zu lernen, weil ... Ich möchte nicht in SGB XII. Aber die versuchen, jetzt ärztliche Gutachten zu machen. Ich möchte bei SGB II bleiben, weil so kann man etwas verdienen ohne Abzüge. Ich finde es wichtig, dass psychisch Kranken Weiterbildungskurse gegeben werden.“ (Interview | Betroffene\*r).

<sup>224</sup> Blank, Brieger & Hamann (2021: 123).

<sup>225</sup> Blank, Brieger & Hamann (2021: 123). Siehe auch: Hillert et al. (2016).

*war. Von dort musste ich selbst um eine Wiedereingliederung in einer geeigneteren Abteilung kämpfen und habe die Firma dann auch über Möglichkeiten der Bezuschussung informiert. Aber dem wurde nie nachgegangen und die Eingliederung wurde kaum betreut. Erst am Ende kam heraus, dass sie nicht einmal mit dem Abteilungsleiter abgesprochen worden war und man mich gar nicht wollte, so dass dies wieder eine Krise verursachte. Dann kam wieder gar nichts – nicht mal Richtung anderes betriebliches Eingliederungsmanagement. Die hätten sich ja noch mal melden können, können wir jetzt was machen? Die wussten inzwischen, dass ich einen Schwerbehindertenausweis habe. Es war einfach Schweigen seitens der Firma. Allerdings hatte da inzwischen auch die Corona-Zeit begonnen. Es ist einfach hinten runtergefallen. Ich denke nicht, dass man mir derart schaden wollte, aber für mich war es was Existenzielles. Für alle anderen war es irgendein lästiger To-Do-Punkt auf der Tagesordnung. Was auch schon einmal eine Diskrepanz ist, die schwierig ist. Irgendwann habe ich dann gesagt <In zwei Wochen werde ich wieder da sein>. Dann haben sie, einen Tag bevor ich da war, ein Präventionsverfahren eingeleitet und ich war dann ein paar Monate freigestellt bis mir angeboten wurde, auf meine alte Stelle zu gehen. (...) Mein Problem war, es kümmert sich niemand in der Firma (Interview | Betroffene\*r).*

– **Instrumente der Arbeitsmarktteilhabe leistungsgeminderter bzw. (schwer)behinderter Menschen.**

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) und das Integrationsamt (IA) unterstützen die berufliche Eingliederung von Personen, deren Vermittlung erschwert ist, durch eine Vielzahl von Förderinstrumenten (z.B. Eingliederungszuschuss (BA); Zuschüsse zu den Lohnkosten von schwerbehinderten Beschäftigten, deren Arbeitsleistung behinderungsbedingt um mindestens 30, höchstens aber 50 Prozent gemindert ist (Minderleistungsausgleich (IA)). Ohne Zweifel wäre die Beschäftigungssituation dieses Personenkreises ohne diese Förderinstrumente schlechter: Die Förderleistungen *können* vorhandene Einschränkungen ausgleichen, so dass sich die Beschäftigung nach betriebswirtschaftlichen Kriterien „rechnen“ kann. Insofern kann der Verzicht auf einen Schwerbehindertenausweis, etwa weil man das mit ihm verbundene „Stigma“ fürchtet, wiederum zu einem Einstellungshemmnis werden – zumindest sofern der Betreffende eine erkennbare Leistungsminderung mitbringt.

Vor dem Hintergrund unserer Expert\*innengespräche ist allerdings zweifelhaft, dass die gewährten Leistungen durchgehend dem wirtschaftlichen Kalkül der Firmen entsprechen bzw. sie umfassend Leistungsminderungen betriebswirtschaftlich auszugleichen vermögen. Manche unserer Gesprächspartner\*innen ließen keinen Zweifel daran, dass etwa die Förderhöhe der Bundesagentur für Arbeit (Eingliederungszuschuss) und des Integrationsamtes (Minderleistungsausgleich) oft eben *nicht* adressatengerecht sei: Sie müssten, so der Tenor, beträchtlich erhöht werden, sollten sie ihr Ziel der Eingliederung stärker leistungsgeminderter Personen erreichen. Auch mit Blick auf die Inklusionsbetriebe wurden die derzeitigen Finanzierungsmodalitäten kritisiert: Beschränkungen der faktischen Förderhöhe auf rund zwanzig Prozent der Kosten führten dazu, dass man den zuletzt genannten Personenkreis eben nur bedingt anstellen könne. Die Einführung der Mindestlohnregelungen habe die Situation diesbezüglich noch einmal verschärft:

*„Aber wir haben da einige schon sehr leistungsgeminderte Menschen bei uns angestellt. Durch die Erhöhung des Mindestlohns – den wir sozialpolitisch absolut begrüßen – müssen wir jetzt aber genauer auf die Leistungsfähigkeit schauen. Sowohl in Hinblick auf die Zuverlässigkeit als auch auf das Arbeitstempo. (...) Also bei neuen Mitarbeitenden müssen wir schon sicher sein, dass die den neuen Mindestlohn in irgendeiner Form erwirtschaften können. Wir müssen jetzt genauer hinschauen als früher. Denn es gibt keine zusätzlichen Zuschüsse.“ (Fachkraft | sozialer Arbeitsmarkt).“*

### 4.1.3 Beschäftigungsmöglichkeiten für vollqualifizierte Personen

Hier sind neben einer geringfügigen Beschäftigung vor allem drei Angebote zu nennen:

- **Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)** sind das „klassische“ Beschäftigungsangebot für diesen Personenkreis. Ende 2020 gab es in der Landeshauptstadt München 2.031 vom Bezirk Oberbayern (als Träger der Eingliederungshilfe) geförderte Werkstattplätze, davon 334 für seelisch behinderte Menschen.<sup>226</sup> Trotz aller berechtigten Kritik an den WfbM,<sup>227</sup> stellen diese – unter den derzeitigen Bedingungen des Arbeitsmarktes (siehe oben) – aus Sicht des verantwortlichen Berichterstatters doch weiterhin einen wichtigen Baustein für stärker leistungsgeminderter Personen dar. Ohne Zweifel fühlen sich viele Werkstattbeschäftigte in ihrer Werkstatt wohl:

*„Ich habe jahrelang, als ich krank geworden bin, nichts Vernünftiges machen können. Jetzt hier [nennt Einsatzbereich der Werkstatt, SIM] macht es schon viel Spaß. Weil man doch ziemlich selbstständig arbeiten kann. Immer neue Herausforderungen sind. Jeder Tag ist anders. Man ist schon gefordert, aber man lernt mit Stress umzugehen. (Interview | Werkbeschäftigte\*r).*

*„Auf dem ersten Arbeitsmarkt ist es sehr schwer. Der Druck ist da sehr hoch. Das habe ich selber mitgekriegt. Und auch Mobbing gibt es auch oft. <Wie soll ich mich da durchsetzen?> Das kann ich ja vergessen. Das ist schlimm heutzutage. Bin froh, hier zu arbeiten. Aber ein bisschen mehr Geld wäre schon recht und so.“ (Interview | Werkstattbeschäftigte\*r).*

Ob wirklich alle in Werkstätten Beschäftigten dort auch adäquat platziert sind, sei aber dahingestellt. Manche unserer Gesprächspartner\*innen bezweifelten dies ausdrücklich.<sup>228</sup> Mit der obigen Bewertung soll auch nicht in Abrede gestellt werden, dass die Werkstätten (weiterhin) gefordert sind, Übergänge in den ersten Arbeitsmarkt stärker zu forcieren, sich weiter zu öffnen (z.B. Außenarbeitsplätze), neue Tätigkeitsfelder zu erschließen (z.B. Dienstleistungen wie Catering) oder die Werkstattbeschäftigten mit anderen Beschäftigungsformen zu verbinden. Dies geschieht auch. So gibt es beispielsweise Träger\*innen, die innerhalb ihrer Betriebe Stellen des zweiten Arbeitsmarkts, Werkstattplätze und Zuverdienst-Möglichkeiten (siehe unten) miteinander verzahnen.

- **Budget für Arbeit.** Das mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) bundesweit eingeführte Angebot „Budget für Arbeit“ richtet sich an werkstattberechtigte Personen und soll ihnen eine Alternative zum Arbeitsbereich der WfbM bieten. Ziel ist die Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit tarifvertraglicher oder ortsüblicher Entlohnung, also mindestens dem gesetzlichen Mindestlohn. Die Leistung „umfasst einen Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber zum Ausgleich der Leistungsminderung des Beschäftigten“ (bis zu 75% der Lohnkosten) „und die Aufwendungen für die wegen der Behinderung erforderliche Anleitung und Begleitung zum Arbeitsplatz“ (§61(2) SGB IX). Die Leistungen sind dabei nicht zeitlich befristet. Das Angebot richtet sich auch und gerade an „Menschen mit einer seelischen Behinderung, die bereits heute dem Grunde nach anspruchsberechtigt sind, aber nicht in der Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten wollen und deswegen gar keine Leistungen in Anspruch nehmen.“<sup>229</sup> Das Budget für Arbeit spielt in der Beschäftigungslandschaft allerdings noch ein Schattendasein. 2021 hat der Bezirk Oberbayern insgesamt zehn Budgets genehmigt – für Personen mit und ohne „seelische Behinderung.“ Aufgrund der Anforderungen für die Betroffenen ist dies auch nicht verwunderlich.

<sup>226</sup> Bezirk Oberbayern (2021: 19). Hierbei darf allerdings nicht vergessen werden, dass viele in München lebende Werkstattgänger\*innen nicht in einer Münchner Einrichtung arbeiten, sondern in einer der angrenzenden Landkreise. So spricht die bezirkliche Statistik für 2020 von insgesamt 1.145 Werkstattbeschäftigten mit gewöhnlichem Aufenthalt in München, die außerhalb der Landeshauptstadt beschäftigt sind; davon 78 mit einer seelischen Behinderung (ibid., S. 28).

<sup>227</sup> Werkstätten für behinderte Menschen stehen schon lange in der Kritik. In den sozialen Medien wurde die Diskussion um den Stellenwert der Werkstätten (Sprungbrett oder Ort der Ausbeutung) kürzlich neu entfacht (siehe #IhrBeutetUnsAus). Die Kritik entzündete sich dabei vor allem an der Entlohnung und den geringen Übertrittsquoten zurück in den ersten Arbeitsmarkt. Wie es einer unserer Co-Forscher formulierte: „Ich glaube schon, dass da eine Ausbeutung stattfindet. Das muss man ganz klar sagen, auch wenn die gerne hingehen sollten. Für rund 100 Euro im Monat zu arbeiten ... und dann pumpt der Staat ja noch viel Geld rein, damit die Werkstätten laufen. Das ist eine Subventionierung der Wirtschaft. Wahnsinn.“ Bei aller berechtigten Kritik wird allerdings oft vergessen, dass eine Beschäftigung unter Mindestlohnbedingungen für die Werkstätten – trotz aller Förderungen – betriebswirtschaftlich unter den gegebenen Bedingungen nicht möglich wäre.

<sup>228</sup> Eine im Arbeitsbereich tätige Fachkraft meinte, dass aus ihrer Sicht etwa 10% der WfbM-Beschäftigten in der Tat fehlplatziert seien. Dies sei „ein heißes Eisen“, das aber niemand angehe.

<sup>229</sup> Deutscher Bundestag (2016: 255).

- **Zuverdienst.** Obwohl der Zuverdienst nicht (mehr) als Maßnahme zur Teilnahme am Arbeitsleben, sondern als Maßnahme zur sozialen Teilhabe gilt<sup>230</sup> und er bereits seit 2012 nur mehr Personen im SGB XII-Bezug (Sozialhilfe) oder im Bezug einer Erwerbsminderungsrente offensteht, spielt er als Strukturierungsangebot für den hier verhandelten Personenkreis doch weiterhin eine zentrale Rolle. Die Engführung auf SGB XII ist gleichwohl bedauerlich, und zwar nicht nur deshalb, weil psychisch schwerer beeinträchtigte Menschen im SGB II-Bezug von diesem Angebot nun ausgeschlossen sind.

*„Ich bedauere diese sozialrechtliche Umdeutung des Zuverdienstes sehr. Wir dürfen für diese jetzt keine Arbeitsverträge mehr ausstellen, sondern nur mehr Betreuungsverträge. Aber für diese Menschen ist es schon wichtig gewesen, keinen Betreuungsvertrag zu haben, sondern einen Arbeitsvertrag. Das darf man nicht unterschätzen. Das hat was mit dem Selbstbild der Leute zu tun.“ (Interview | Fachkraft Sozialer Arbeitsmarkt).*

Über den Bezirk Oberbayern wurden Ende 2021 284 Zuverdienst-Plätze in 16 Zuverdienst-Projekten pauschalfinanziert gefördert. In den letzten Jahren ist das Angebot deutlich ausgebaut worden (2015: 187 Plätze).<sup>231</sup> Ob das Angebot mittlerweile bedarfsgerecht ist, lässt sich ohne eine Befragung aller relevanten Träger\*innen nicht abschließend beantworten. Zweifel scheinen angebracht. 2021 nutzten insgesamt 483 Personen (2015: 334) das Angebot. Obwohl Zuverdienst-Projekte nicht nur Menschen mit sog. seelischer Behinderung offenstehen, dominieren sie doch die Nutzung: In den 11 Projekten (mit 388 Teilnehmer\*innen), über die uns Daten vorliegen, waren laut Auskunft der Träger rund 85% der Teilnehmer\*innen seelisch behindert.

#### 4.1.4 Struktur und Umfang der Frühberentung | Erwerbsminderungsrenten (Daten des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung)

Die geringeren Chancen der Arbeitsmarktteilhabe von Personen mit einer psychischen Erkrankung spiegeln sich neben ihrem deutlich höheren Risiko der Arbeitslosigkeit (siehe Kap. 4.2.2), vor allem in der Frühberentung aufgrund ihrer psychischen Störungen wider. Dass seit Jahren rund 40-45% der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf das Konto psychischer Störungen geht, belegt, dass die bisherigen Strategien der Rentenversicherungsträger\*innen und der Jobcenter<sup>232</sup> den Eintritt von dauerhafter Erwerbsminderung für psychisch erkrankte Menschen durch den rechtzeitigen Zugang zu angepassten Rehabilitationsleistungen möglichst zu vermeiden, bislang nur bedingt greifen.<sup>233</sup> 2021 belief sich dieser Anteil in München auf 40,8%: Insgesamt waren 686 der 1.679 Personen, die 2021 in München erstmalig eine Erwerbsminderungsrente bezogen, psychisch erkrankt.<sup>234</sup> Bei Personen unter 50 Jahren stiegen die Anteile jedoch auf rund 47 Prozent; bei Frauen war der Anteil deutlich höher als bei Männern. Die Zahlen verweisen nicht zuletzt auch auf die Bedeutung präventiver Maßnahmen. Anzumerken bleibt, dass die Anerkennung einer Erwerbsminderungsrente von den Betroffenen durchaus positiv bewertet werden kann – als formale Anerkennung ihrer eingeschränkten Leistungsfähigkeit bzw. als Weg, sich diskriminierenden Praktiken auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr aussetzen zu müssen. Ein Beispiel soll genügen:

*„Am Anfang war es schon ein Loch [keine Arbeit zu haben, SIM]. Aber dann hab' ich mir gedacht <Bevor Du durch das Mobbing kaputt gehst ... bevor ich tot bin und mein Leben weg ist, lieber dann in Rente>. (...) Ich hab' das die erste Zeit auch gebraucht. Ich bin froh, dass ich da [auf ersten Arbeitsmarkt, SIM] nicht mehr bin.“ (Interview | Betroffene\*).*

<sup>230</sup> Das Bundesteilhabegesetzes (BTHG) hat diese sozialrechtliche Einordnung endgültig normiert. Obwohl diese Zuordnung schon älteren Datums ist, diente der Zuverdienst, der im Grunde unbefristet ist, lange Zeit doch (auch) der Arbeitserprobung und sollte – in diesem Sinne - die Beschäftigten gegebenenfalls zu einer möglichst dauerhaften Arbeitsleistung hinführen. Er schloss damit einen Teil der Lücke zwischen unbezahlter, eher tagesstrukturierender Beschäftigung (z.B. in Tagesstätten) und Arbeitsverhältnissen des besonderen Arbeitsmarktes (wie z.B. WfbM).

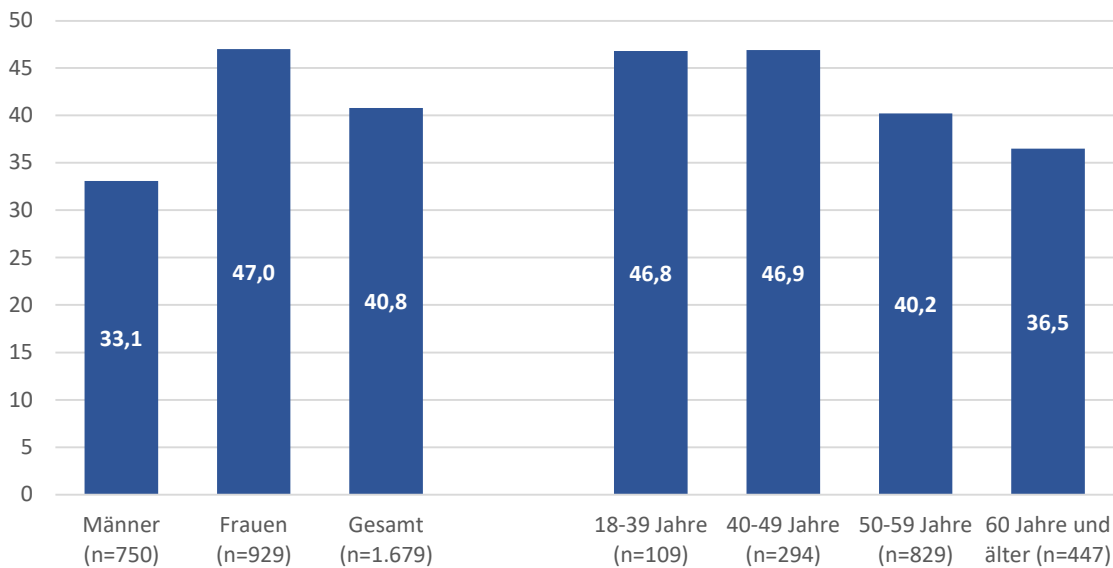
<sup>231</sup> Diese und alle weiteren Daten in diesem Absatz wurden uns freundlicherweise vom Bezirk Oberbayern zur Verfügung gestellt.

<sup>232</sup> Das Jobcenter ist im Gegensatz zur Arbeitsagentur für Arbeit zwar selbst kein Rehabilitationsträger. Es ist aber an den Verfahren zur Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation und Teilhabe beteiligt.

<sup>233</sup> In der Tat hat dies den Bundesgesetzgeber im Rahmen des BTHG veranlasst, Modellprojekte zu fördern, die den Vorrang von Leistungen zur Teilhabe (nach §9 SGB IX) und die Sicherung der Erwerbsfähigkeit (nach §10 SGB IX) gegenüber der Frühberentung unterstützen (Rosemann 2018: 94-95).

<sup>234</sup> 2021 fiel der Zugang damit etwas geringer aus als in den Jahren zuvor: 2010: 937; 2015: 748; 2020: 816. Über die Gründe hierfür kann an dieser Stelle nicht befunden werden.

**Abbildung 4.1: Erwerbsminderungsrentenzugänge (SGB VI) aufgrund psychischer Erkrankungen an allen Neuzugängen in München im Jahr 2021 nach Geschlecht und Altersgruppen (in Prozent)<sup>235</sup>**



Quelle: Daten: Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung | Berechnungen & Grafik: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

Knapp 85% aller psychisch bedingten Frühberentungen (580 von 686) entfallen dabei auf drei diagnostische Hauptgruppen: affektive Störungen (F30-F39; 54,0% aller Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen), neurotische Störungen (F40-F49; 20,1%) und Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-29; 10,5%). Diese Verteilung ist relativ stabil.<sup>236</sup> Auf die Gesamtheit der Erwerbsminderungsrentenzugänge bezogen, heißt dies, dass ein knappes Viertel (22,0% bzw. 370 von 1.679) aller Rentenzugänge durch affektive Störungen (F30-39) begründet sind. Berücksichtigt man die relative Häufigkeit der Diagnosegruppen zeigt sich allerdings, dass Personen mit schizophrenen bzw. wahnhaften Störungen ein besonders hohes Risiko der Frühberentung tragen.<sup>237</sup>

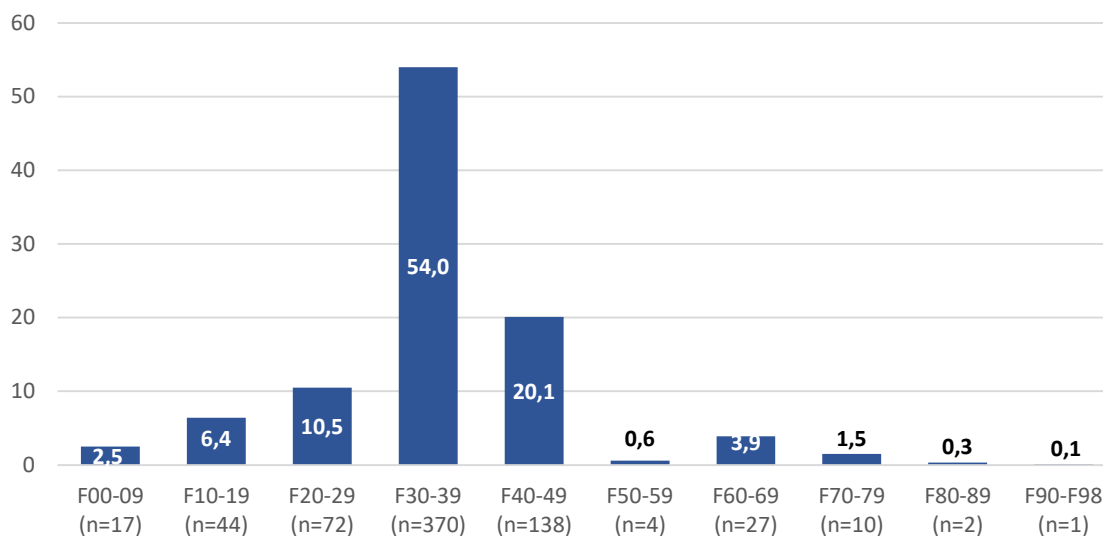
<sup>235</sup> Bei der Interpretation ist allerdings zu beachten, dass die Rentenversicherungsträger\*innen entsprechende Anerkennungen zu einem späteren Zeitpunkt auch wieder aufheben können. Die Erwerbsminderungsrenten sind „in der Regel zeitlich befristet. Allerdings weisen Studien darauf hin, dass nur einem kleinen Anteil der Beziehenden eine Rückkehr in das Erwerbsleben gelingt“ (BMAS 2021: 299, 307).

<sup>236</sup> So haben sich 2015 die Anteile für die drei genannten Gruppen auf 46,0% (F30-39), 20,3% (F40-49) und 16,4% (F20-29) belaufen.

<sup>237</sup> Bezieht man die absolute Anzahl der einzelnen Erwerbsminderungsrentenzugänge nach F-Diagnosegruppen auf jeweils 1.000 Personen mit einer entsprechenden ambulanten Diagnose (KVB-Daten; siehe Kap. 2.1.2), ergibt sich für Personen mit einer F 20-29-Diagnose ein Rate von 7,8. Bei den anderen Diagnosegruppen schwanken die diesbezüglichen Werte zwischen 0,1 (F90-F98) und 5,5 (F70-F79). Da die zur Berechnung herangezogenen KVB-Daten nicht die privat versicherten Personen enthalten und sie zudem nur ambulante Behandlungsfälle abbilden, können diese Raten aber allenfalls Annäherungscharakter beanspruchen.



**Abbildung 4.2: Anteil der Zugänge psychisch erkrankter Personen in Erwerbsminderung nach F-Diagnosegruppen (in Prozent; n=686)<sup>238</sup>**



Quelle: Daten: KVB (M2Q-Kriterium); Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (Rentenzugänge) | Berechnungen & Grafik: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

#### 4.1.5 Bedeutung des Handlungsfeldes

Wenngleich Arbeit heutzutage durchaus mit Stress und psychischen Belastungen verbunden ist (siehe oben), gilt sie doch weiterhin als ein wesentlicher Faktor für die Aufrechterhaltung der seelischen Gesundheit bzw. für den Genesungsprozess.<sup>239</sup> Dieser sogenannte salutogenetische Effekt von Arbeit – sei es durch die Strukturierung des Alltags, die Vermittlung von Erfolgserlebnissen (Selbstwirksamkeit) oder sei es durch Sicherung von sozialen Kontakten – wurde auch in unseren Interviews immer wieder thematisiert.

*„Man wird strukturiert, wenn man arbeitet. Man gehört zur Gesellschaft dazu, man wird normal behandelt. Und wenn man normal behandelt wird, das tut gut. Das ist Inklusion.“ (Interview | Betroffene\*r).*

*„Es hat erstens etwas mit Selbstwertgefühl zu tun. Dass man was tut, arbeitet ... ich habe immer, bevor ich krank geworden bin, gearbeitet. Ich bin es gewohnt für mich selbst zu sorgen und Struktur zu haben: In der Früh aufzustehen und dann zur Arbeit zu gehen ... eine Struktur zu haben und auch abends das Gefühl zu haben <Ich bin zu was nutze> ... das hilft dem Selbstwertgefühl.“ (Interview | Betroffene\*r).*

*„Eine Aufgabe zu haben und nicht selbstreflektiert zu Hause rumzugammeln. Das ist schon extrem hilfreich (...) Arbeit ist einfach wichtig und wenn es ehrenamtlich ist.“ (Interview | Betroffene\*r).*

*„Viel viel schlimmer als fehlender Verdienst ist, es fallen soziale Kontakte weg. Das ist einfach viel durch die Arbeitswelt. Es fällt viel Tagesstruktur weg. Weil es einen dann immer wieder automatisch in ein Loch treibt. Und es fehlt die Sinnhaftigkeit. Also ... wenn ich nicht merke, dass ich was leisten kann, woher soll denn dann mein Selbstbewusstsein kommen? Dass ich der Gesellschaft was zurückgeben kann? (...) Und dauernd zu sehen, die anderen arbeiten. Und wenn man neue Leute kennenlernt ... das Erste, was man gefragt wird, ist <Was arbeitest Du?> Und da bist du dann immer rausgefallen. Klar, dass mir das ein schlechtes Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen zurückgibt. ... <Ach Du machst nichts!> Aha, heißt es dann.“ (Interview | Betroffene\*r).*

Eine in der Arbeitsvermittlung tätige Fachkraft drückte es so aus:

*„Ich kann über Inklusion und all diese hehren Begriffe reden, aber wenn ich keine Arbeit habe, kann ich am Leben der Gesellschaft nicht partizipieren. Weil ich dann von Sozialleistungen abhängig bin. Wenn ich jemand fit mache für die Arbeit, tut er sich auch leichter mit seiner Erkrankung, weil er*

<sup>238</sup> Zur Definition der Hauptdiagnosegruppen siehe Kap. 2.1.2.

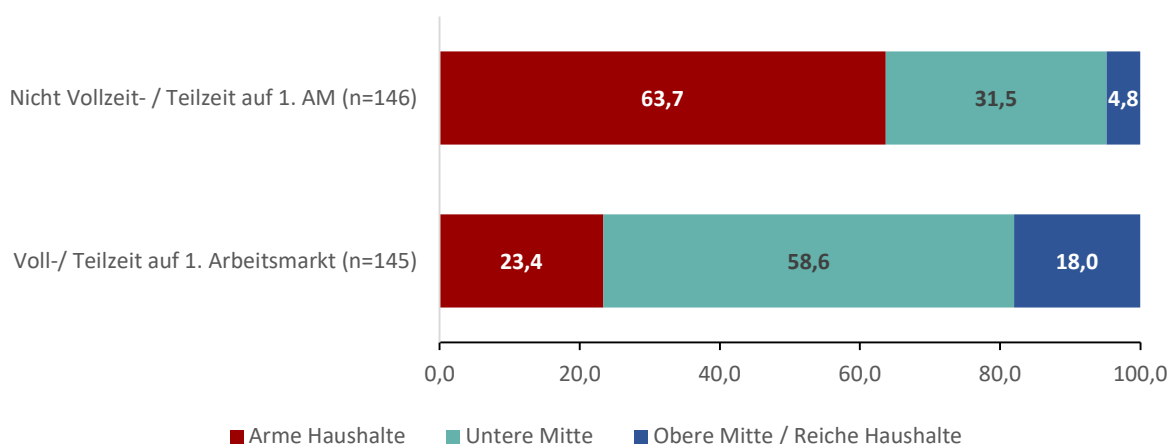
<sup>239</sup> Siehe z.B. van der Noordt et al. (2014).



*einfach positive Erlebnisse, Sozialkontakte und Einkommen hat. Weil er dadurch Selbstwert empfindet. Weil er auch selbst Geld verdient.“ (Interview | Fachkraft Arbeitsvermittlung Jobcenter München).*

Arbeit umfasst, wie gerade dargestellt, deutlich mehr als die Sicherung materieller Bedürfnisse. Gleichwohl sollte letzterer Aspekt nicht zu gering veranschlagt werden. Obwohl ein großer Teil der ZBFS-Befragten „nur“ Teilzeit arbeitete (siehe Kap. 4.2.1) und vermutlich häufig im Niedriglohnsektor beschäftigt war, fällt unter den ZBFS-Befragten, die auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt waren, die Armutsbetroffenheit deutlich geringer aus als bei der Gruppe von arbeitslosen, erwerbsgeminderten beschäftigungslosen Personen sowie nur geringfügig Beschäftigten. Dass auch bei ersteren ein knappes Viertel unter der Armutsrisikogrenze (siehe Kap. 4.4) lebt, ändert hieran nichts. Nachfolgende Grafik verdeutlicht, dass soziale Teilhabemöglichkeiten wesentlich über den Zugang zum ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden.

**Abbildung 4.3: Einkommen nach Teilhabe am ersten Arbeitsmarkt, 18-65 Jahre (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

## 4.2 Arbeit und Berufstätigkeit I: Quantitative Ergebnisse (Ergebnisse der ZBFS-Befragung)

### 4.2.1 Umfang und Art der Berufstätigkeit

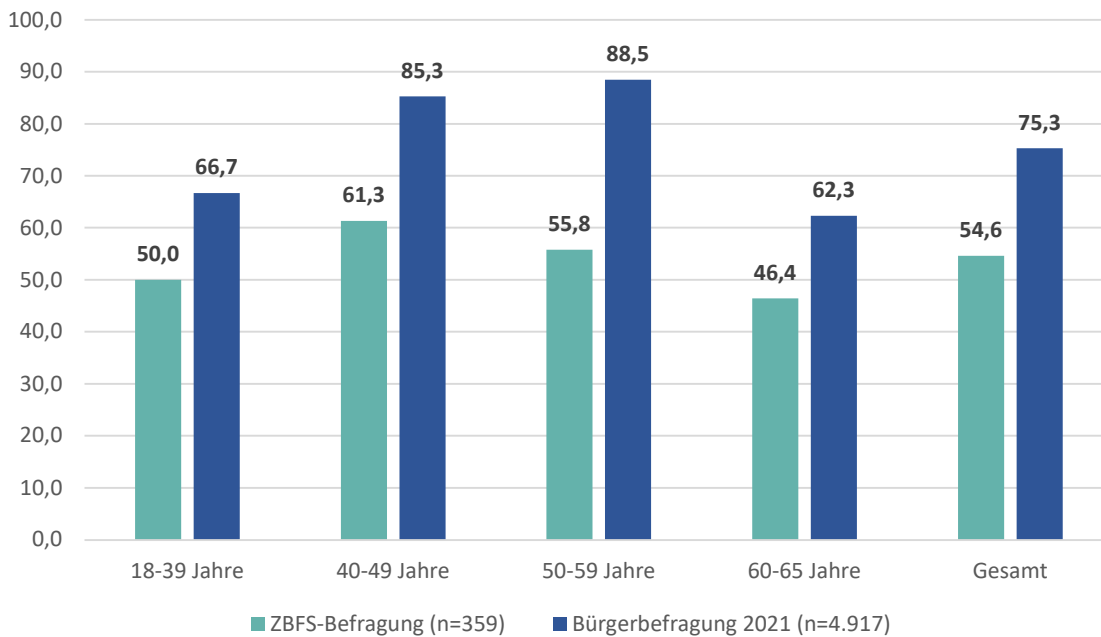
**Umfang der Berufstätigkeit.** Die ZBFS-Befragung<sup>240</sup> bestätigt die deutlich geringere Erwerbsbeteiligung von psychisch erkrankten Personen gegenüber der Gesamtbevölkerung (jeweils im Alter von 18-65 Jahren): Während laut letzter Bürgerbefragung 75,3% der Münchner Bürger\*innen dieser Altersgruppen am Arbeitsleben teilnahmen, trifft dies nur für 54,6% unserer Befragten zu.<sup>241</sup> Berücksichtigt wird hierbei sowohl der erste als auch zweite Arbeitsmarkt. Nur wenige ZBFS-Befragte (n=9) ging dabei einer Werkstattbeschäftigung nach.

Erwartungsgemäß besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Alter und der Erwerbstätigkeit: Ab Mitte dreißig sinkt die arbeitsweltbezogene Teilhabequote der Männer und Frauen mit seelischer Behinderung kontinuierlich ab. Von den 60- bis 65-Jährigen ist nur mehr knapp die Hälfte (46,4%) erwerbstätig.

<sup>240</sup> Die zugrundeliegende Frage (F40) lautete: „Denken Sie an Ihre aktuelle berufliche Situation oder an die Tätigkeit, die Sie momentan überwiegend ausführen. Was trifft auf Sie zu?“

<sup>241</sup> Diese Werte können insofern aber nur Annäherungscharakter beanspruchen, als rund 11% aller Berufstätigen keine Angaben zum Alter machten (siehe auch Kap. 1.2.1).

**Abbildung 4.4: Erwerbsbeteiligung der ZBFS-Befragten (18-65 Jahre) im Vergleich zur Münchner Bürgerbefragung 2021 (in Prozent)**



Quelle: Daten: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung) & Landeshauptstadt München (Bürgerbefragung); Berechnungen & Grafik: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

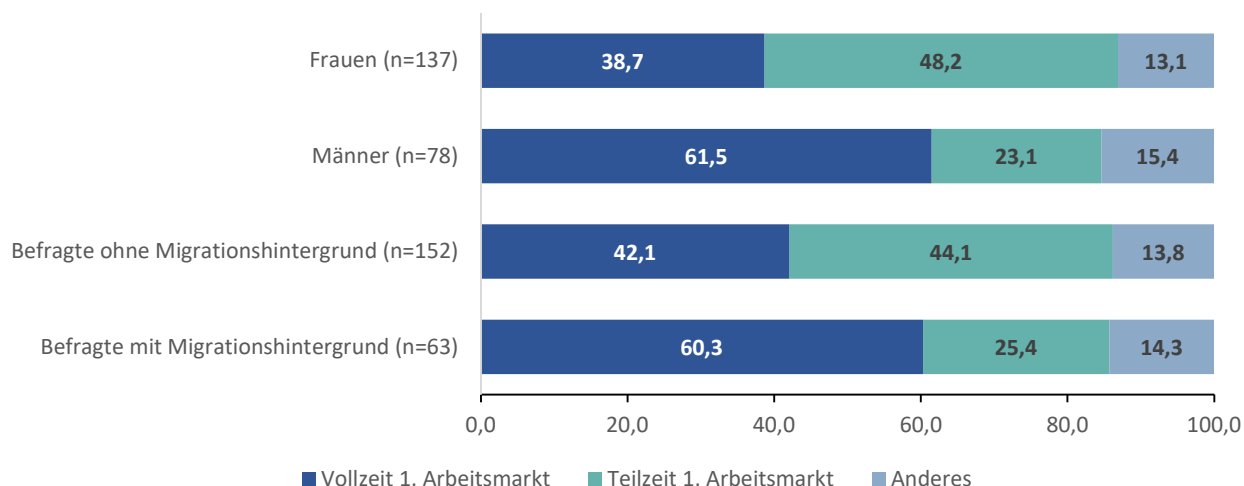
Die weitere Analyse der ZBFS-Befragung zeigt, dass

- die Erwerbsquote zwischen den Geschlechtern nur geringfügig variiert (Männer: 56,3%; Frauen: 54,2%). In beiden unteren Altersgruppen (18-39 Jahre und 40-49 Jahre) sind die Quoten fast identisch. Bei den 50-59-Jährigen sind Männer etwas häufiger berufstätig (58,1% versus 54,9%). Bei den Älteren (60-65 Jahre) ergibt sich ein umgekehrtes Bild (Männer: 41,6%; Frauen: 46,5%).
- sich die Erwerbsquote von Befragten deutscher Staatsbürgerschaft mit und ohne Migrationshintergrund nicht voneinander unterscheidet (56,6% versus 56,4%). Bei Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft liegt der Anteil der Berufstätigen mit 50,0% allerdings erkennbar niedriger.
- kein linearer Zusammenhang zwischen dem höchsten schulischen Bildungsabschluss und der generellen Erwerbsquote besteht – im Sinne: je höher der Abschluss, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer Teilhabe am Arbeitsleben. Dass die Erwerbsquote bei Befragten mit Abitur mit 57,7% etwas höher ist als bei Menschen mit formal geringeren Abschlüssen (z.B. Haupt-/Mittelschule: 52,7%), ändert hieran nichts. Anders formuliert: Personen mit schwereren psychischen Beeinträchtigungen scheinen höhere schulische Qualifikationen kaum als Türöffner in das Berufsleben nutzen zu können. Dies unterscheidet sie deutlich von Menschen mit anderen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen.<sup>242</sup>

**Derzeitige Arbeitsmarktintegration.** Nimmt man die 221 ZBFS-Befragten in den Blick, die erklärten, berufstätig zu sein, zeigt sich, dass knapp die Hälfte (47,5%) einer Vollzeitbeschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt nachgeht und ein gutes Drittel (38,5%) dort teilzeitbeschäftigt ist (beides ohne Inklusionsbetriebe). Rund acht Prozent erklärten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entweder geringfügig (5,4%) oder in einem Inklusionsbetrieb (2,3%) beschäftigt zu sein. Der Rest war in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig (3,6%) oder machte diesbezüglich keine näheren Angaben (2,7%). Die Teilzeitquote ist bei Frauen dabei wesentlich höher als bei Männern. Ebenso ist der Teilzeitanteil bei Befragten ohne Migrationshintergrund deutlich höher als bei Befragten mit Migrationshintergrund – der deutlich höhere Männeranteil bei den migrantischen ZBFS-Befragten (50% versus 30% bei der Gegengruppe) spielt hierbei eine wesentliche Rolle.

<sup>242</sup> Sagner (2013: Teil I, S. 86-87).

**Abbildung 4.5: Art der Arbeitsmarktintegration der berufstätigen ZBFS-Befragten nach Geschlecht und Migrationshintergrund<sup>243</sup> (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

#### 4.2.2 Gründe für die fehlende Arbeitsmarktteilhabe

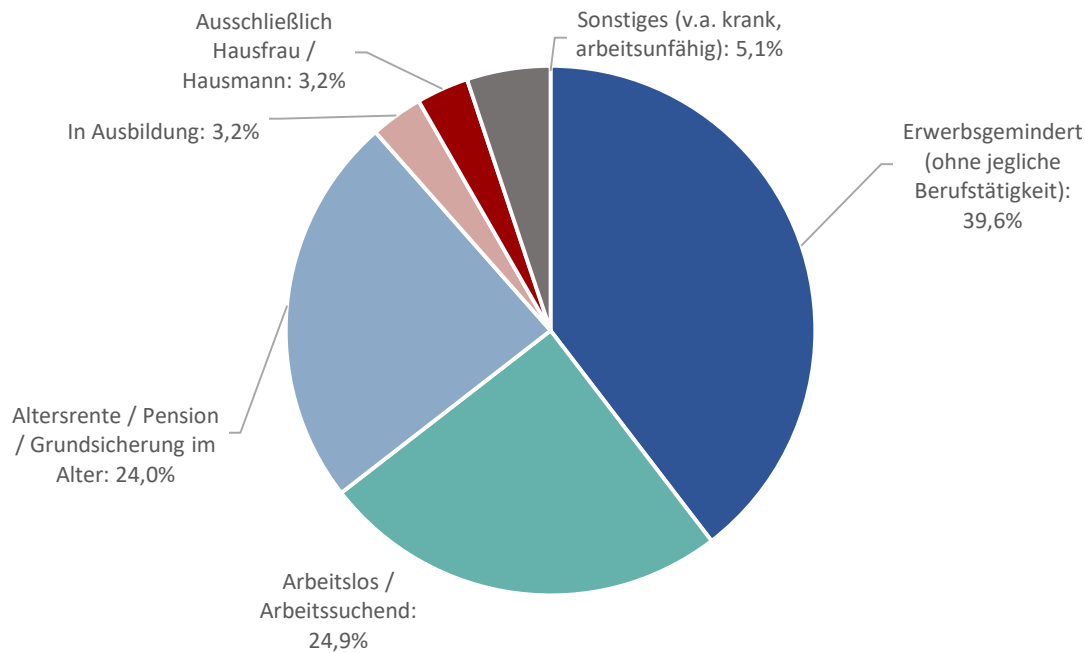
**Überblick.** Nimmt man alle nicht erwerbstätigen Befragten in den Blick, unabhängig von ihrem Alter,<sup>244</sup> zeigt sich, dass die mangelnde Arbeitsmarktteilhabe im Wesentlichen in einer generellen Erwerbsminderung (39,6% aller Nicht-Erwerbstätigen)<sup>245</sup> bzw. in den Schwierigkeiten wurzelt, einen adäquaten Arbeitsplatz zu finden: 24,9% der nicht erwerbstätigen ZBFS-Befragten waren zum Zeitpunkt der Befragung formal arbeitslos gemeldet oder waren (wenn auch nicht beim Arbeitsamt entsprechend registriert) arbeitssuchend. Hierbei handelt es sich in knapp zwei Drittel der Fälle (61,9%) um Personen im ALG II-Leistungsbereich. Ein knappes Viertel (24,0%) der Befragten bezieht bereits eine Altersrente / Pension bzw. Grundsicherungsleistungen im Alter. Jeweils 3,2% der Befragten befinden sich in Ausbildung oder bezeichnen sich als Hausfrau oder Hausmann. Unter der Kategorie „Sonstiges“ verbergen sich vor allem frei gewählte Antwortkategorien wie „krank“ oder „arbeitsunfähig“.

<sup>243</sup> Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen werden hier nur die Angaben für „Vollzeit / Teilzeit erster Arbeitsmarkt“ differenziert ausgewiesen.

<sup>244</sup> Da knapp 14% der Befragten keine Angaben zu ihrem Alter machten, wird im Rahmen der Überblicksdarstellung auf eine Berücksichtigung des Alters verzichtet.

<sup>245</sup> Wobei festzuhalten bleibt, dass natürlich selbst eine volle Erwerbsminderung eine berufliche Tätigkeit nicht generell ausschließt (siehe Kap. 4.1.3). Die Frage, ob die in Abbildung 4.6 genannten „erwerbsgeminderten Personen ohne jegliche Berufstätigkeit“ freiwillig oder gezwungenermaßen keinerlei Tätigkeit (auch nicht der des Zuverdiensts) nachgingen, lässt sich anhand der ZBFS-Daten nicht beantworten. Folgt man unseren Interviews dürfte aber beides der Fall sein.

**Abbildung 4.6: Gründe der nicht erwerbstätigen ZBFS-Befragten für ihre Nichtteilhabe am Arbeitsleben**  
(n=213; in Prozent)



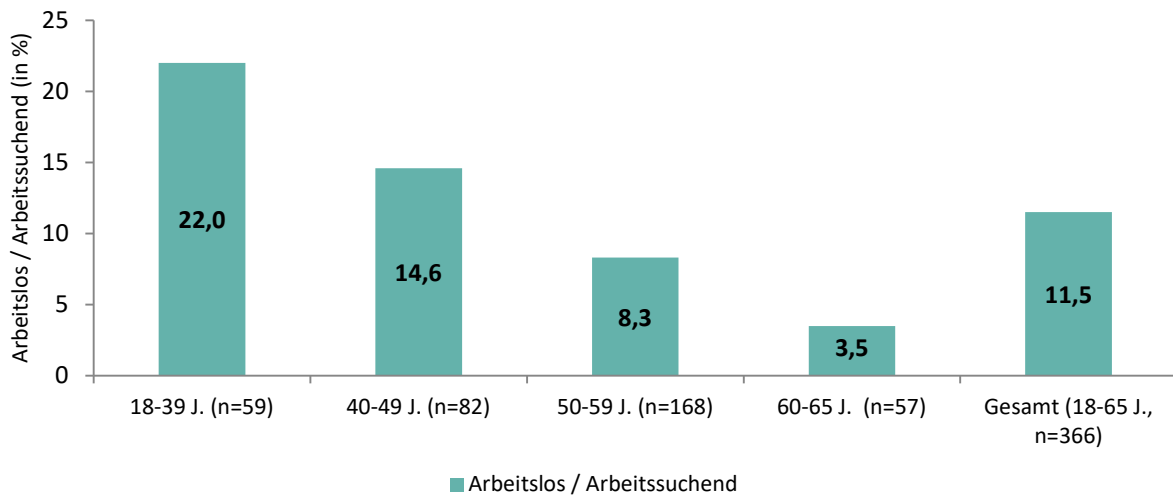
Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

**Erwerbsminderungsrente (18-65 Jährige).** Personen, denen es aus gesundheitlichen Gründen auf längere Zeit nicht möglich ist, täglich mindestens sechs Stunden (teilweise erwerbsgemindert) oder mindestens drei Stunden (voll erwerbsgemindert) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter den üblichen Bedingungen zu arbeiten, können eine Erwerbsminderungsrente beantragen (SGB VI §43). Ein gutes Viertel (28,1%) *aller* ZBFS-Befragten – bezogen auf die 18 bis 65-Jährigen – bezieht eine solche Rente. Lässt man jene Rentenbezieher\*innen unberücksichtigt, die angaben, neben der Rente noch in irgendeiner Form berufstätig sein, ergibt sich eine Quote von 24,0%. Erwartungsgemäß steigt der Anteil der Bezieher\*innen von Erwerbsminderungsrenten mit zunehmendem Alter an: Während bei den unter 40-Jährigen „nur“ knapp jeder Zehnte (8,6%) eine solche Rente bezieht, sind es bei den 40-49-Jährigen bereits 20,0%. Für die beiden älteren Gruppen liegen die Anteile bei 25,5% (50-59 Jahre) bzw. bei 30,0% (60-65 Jahre).<sup>246</sup>

**Arbeitslosigkeit (18-65 Jährige).** Der Anteil der arbeitslosen Befragten an allen ZBFS-Befragten verhält sich spiegelbildlich zu den altersspezifischen Erwerbsminderungsquoten: In der Gruppe der 18-39-Jährigen bezeichnet sich fast jede\*r vierte (22,0%) ZBFS-Befragte als arbeitslos bzw. arbeitssuchend. Bei den 50-59-Jährigen sind dies „nur mehr“ 8,3%. Bezogen auf alle 18-65jährigen ergibt sich eine Quote von 11,5%. Die offizielle Arbeitslosenquote aller zivilen Erwerbstätigen in der Landeshauptstadt München lag Ende 2021 im Übrigen bei 4,8%.

<sup>246</sup> Da rund ein Fünftel der Bezieher\*innen von Erwerbsminderungsrenten keine Angaben zu seinem / ihrem Alter machte, unterschätzen diese Quote allerdings die jeweiligen Anteile.

**Abbildung 4.7: Anteil der ZBFS-Befragten, die sich aktuell als arbeitslos / arbeitssuchend bezeichnen nach Altersgruppen (n=366; in Prozent)**

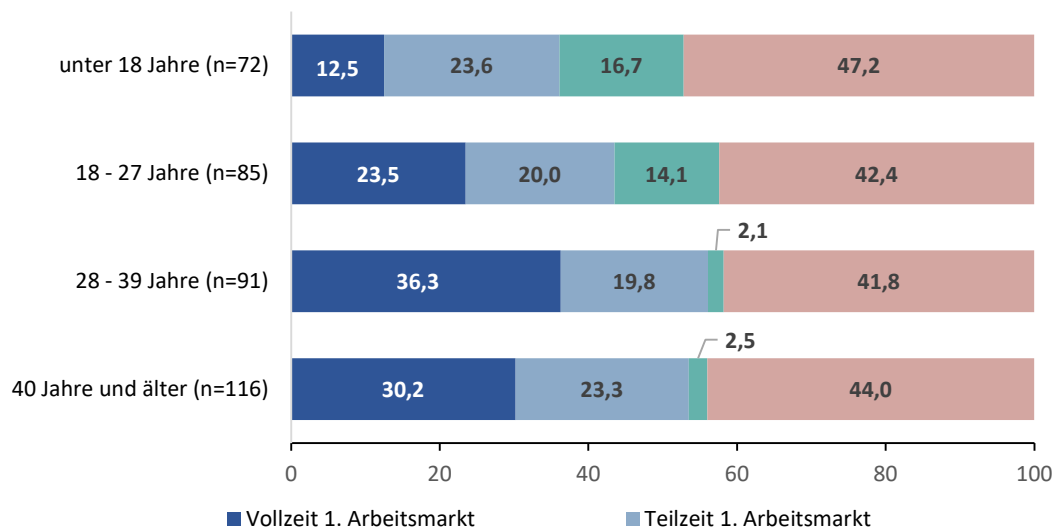


Quelle: Daten (ZBFS-Befragung) | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Aufgrund der geringen Fallzahlen verbieten sich aus methodischen Gründen leider weitergehende altersdifferenzierte Analysen nach Geschlecht, Migrationshintergrund oder Diagnosen.

**Qualifizierungsdefizite.** Treten psychische Erkrankungen im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter auf, können Qualifizierungsdefizite vermutlich nur mit Mühe später aufgeholt werden können; der Einstieg ins Berufsleben wird erschwert. Die ZBFS-Befragung deutet an, dass Befragte, die bereits in jungen Jahren das Gefühl hatten, größere psychische Probleme zu haben, es in der Tat schwerer hatten, auf dem ersten Arbeitsmarkt jenseits von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen Fuß zu fassen.

**Abbildung 4.8: Beschäftigungssituation nach Alter bei Erstmanifestation der psychischen Erkrankung<sup>247</sup> (in Prozent)**



Quelle: Daten (ZBFS-Befragung) | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

<sup>247</sup> Das Alter bei Erstmanifestation der Erkrankung wurde wie folgt abgefragt (F5): „Psychische Beeinträchtigungen spielen sich im Inneren von betroffenen Menschen ab und entwickeln sich manchmal sehr langsam. In welchem Jahr hatten Sie zum ersten Mal das Gefühl, größere psychische Probleme zu haben?“

Unter der Bezeichnung „andere berufliche“ Tätigkeiten verbergen sich bei der ersten Gruppe (Erstmanifestation der Erkrankung unter 18 Jahren) in erster Linie „geringfügige Beschäftigungsverhältnisse auf dem ersten Arbeitsmarkt“ (6,9%) und Werkstattbeschäftigung (5,6%); bei der Gruppe der 18-27-Jährigen ist dies, sieht man von reiner Zuverdienst-Tätigkeit (3,5%) und geringfügiger Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt (2,4%) ab, nicht genauer aufschlüsselbar.<sup>248</sup>

Ein negativer Zusammenhang – allerdings auf niedrigem Niveau – zeigt sich zwischen dem höchsten Schulabschluss und dem selbst berichteten Alter bei Erstmanifestation der Erkrankung: Rund ein Drittel der Befragten (36,6%), die angaben, erstmals in ihrer Kindheit/Jugend (unter 18 Jahre) Erkrankungssymptome bemerkt zu haben, hatten später das Abitur gemacht. Bei den an den anderen Befragten liegt der entsprechende Anteil bei 45,0%.

#### 4.2.3 Konkrete Arbeitssituation der Berufstätigen (Diskriminierungserfahrungen)

Die arbeitsweltliche Inklusion sollte nicht auf den Umfang der Einbindung in den ersten Arbeitsmarkt reduziert werden, so wichtig diese auch sein mag. Entscheidend ist eben auch die Art und Weise der arbeitsweltlichen Einbindung bzw. wie diese von den Betroffenen erlebt wird. Um diesen Aspekt im Rahmen der Studie annäherungsweise zu erfassen, wurden den Befragten verschiedene arbeitsweltbezogene Aussagen vorgelegt, die auf einer fünfstufigen Skala zu bewerten waren – von „stimme ganz und gar zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“. Ergänzend bestand auch die Möglichkeit, mit „weiß nicht“ zu antworten.

Nachfolgende Abbildung zeigt die Ergebnisse der Befragung.<sup>249</sup> Trotz insgesamt positiver Bewertungen berichtet doch etwa jede vierte bis fünfte befragte Person, die einer Beschäftigung nachgeht, von Ausgrenzungs- bzw. Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung. Dabei gibt allerdings nur etwa jede\*r zehnte Befragte\*r (11,2%) an, am Arbeitsplatz aufgrund der psychischen Erkrankung direkt gemobbt oder diskriminiert worden zu sein; ein knappes Drittel (29,8%) berichtet von negativen Erfahrungen. Jede fünfte Person (20,4%) war „voll“ oder „eher“ überzeugt, wegen ihrer psychischen Beeinträchtigung „nur Tätigkeiten zu bekommen, die sie unterforderten oder nicht ihren Qualifikationen entsprächen“.

Dennoch stimmten rund 57% der Befragten der Aussage „Meine Fähigkeiten werden an meiner Arbeitsstelle geschätzt“ „(eher) voll“ zu. Anzumerken bleibt, dass dieses Gefühl der Wertschätzung statistisch signifikant mit dem Verständnis korreliert, dass Vorgesetzte bzw. Kolleg\*innen gegenüber der psychischen Erkrankung bzw. deren etwaigen Auswirkungen an den Tag legen.<sup>250</sup>

Bei der Interpretation ist zu beachten, dass über ein Drittel (36,3%) der berufstätigen ZBFS-Befragten erklärte, in ihrem Betrieb niemand etwas von ihrer Erkrankung erzählt zu haben. Dies verweist auf Befürchtungen seitens der Befragten, bei einem „outing“ Nachteile erleben zu müssen. Interessanterweise berichtet „nur“ etwa ein Fünftel der Befragten, die erklärten, in ihrem Betrieb niemanden von ihrer Erkrankung erzählt haben, von negativen Erfahrungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung; bei der Gegengruppe ist es rund ein Drittel.

---

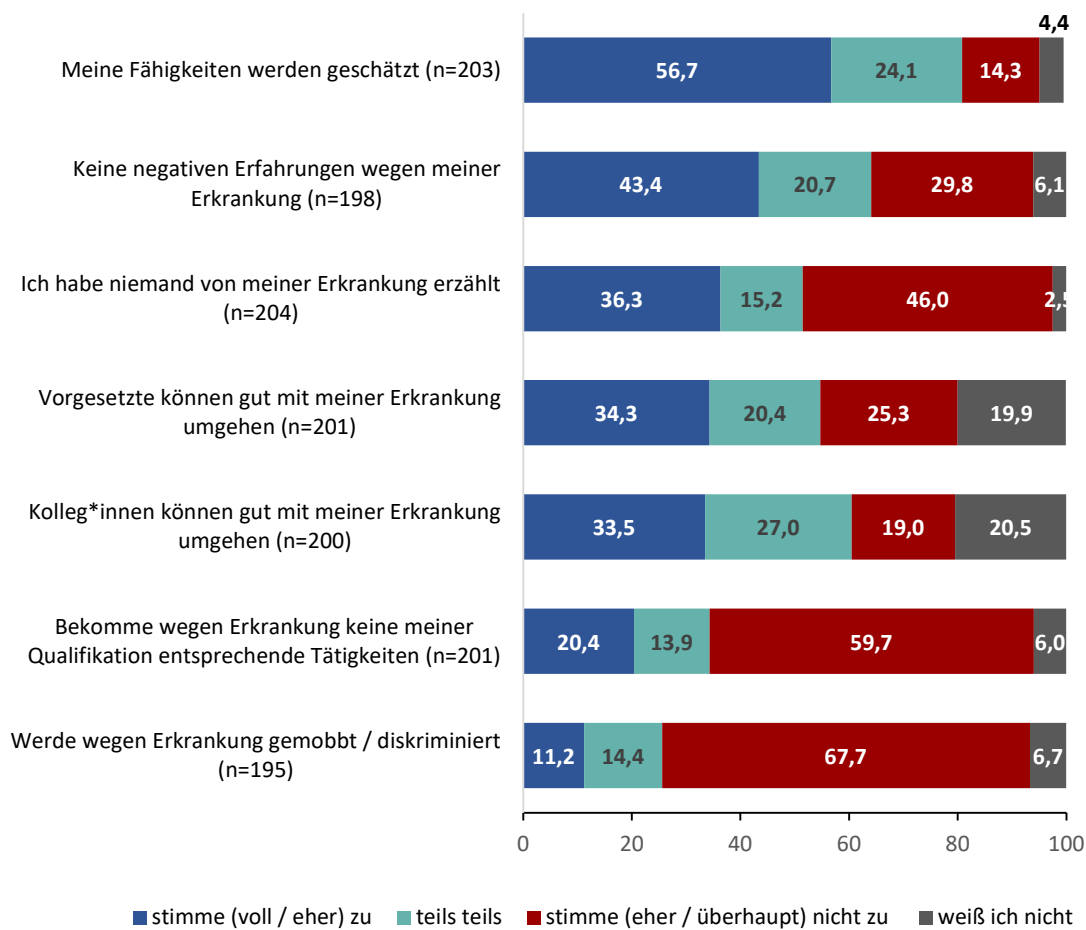
<sup>248</sup> Auf die Frage nach der Art der Berufstätigkeit (F41) wurde von 5,9% die Restkategorie „Anderes“ gewählt.

<sup>249</sup> Auf eine Differenzierung der Personen nach ihrer konkreten arbeitsmarktlichen Einbindung (v.a. erster Arbeitsmarkt, zweiter Arbeitsmarkt, Inklusionsbetrieb, Werkstatt für behinderte Menschen), siehe 4.1) muss aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen (siehe Kap. 1.2.1) verzichtet werden.

<sup>250</sup> Siehe in Abb. 4.9 die beiden Items: „Vorgesetzte können gut mit meiner Erkrankung umgehen“ und „Kolleg\*innen können gut mit meiner Erkrankung umgehen.“



**Abbildung 4.9: Persönliche Bewertung der konkreten Arbeitsmarktsituation der berufstätigen ZBFS-Befragten (in Prozent)<sup>251</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Nach Diagnosen zeigen sich erstaunlicherweise keine signifikanten Unterschiede. Dies muss vor dem Hintergrund der teilweise geringen Fallzahlen<sup>252</sup> und dem Umstand gesehen werden, dass die Befragungsteilnehmer\*innen im Durchschnitt drei psychiatrische Diagnosen vorbrachten (siehe Kap. 1.2.1).

Nach soziodemographischen Variablen ergeben sich kaum Unterschiede:

- Bezüglich des Geschlechts zeigen sich nur bezüglich des Items „Meine Vorgesetzten können gut mit meiner psychischen Erkrankung umgehen“ erkennbare Bewertungsunterschiede: Während 31,0% der Frauen diesbezüglich zustimmend antworteten, waren es bei den Männern knapp vierzig Prozent (39,4%). Allerdings erweist sich die Varianz im statistischen Sinne als nicht signifikant.
- Mit Blick auf den Migrationshintergrund bzw. die Staatsbürgerschaft, ergibt sich nur für die Aussage „Meine Fähigkeiten werden an der Arbeitsstelle geschätzt“ ein signifikanter Unterschied:<sup>253</sup> Deutsche ohne Migrationshintergrund fühlen sich deutlich öfter wertgeschätzt als Befragte der beiden „Gegengruppen“ (Deutsche mit Migrationshintergrund; Befragte mit ausländischer Staatsbürgerschaft).

<sup>251</sup> Die zugrundeliegende Frage (F42) lautete: „Anbei finden Sie eine Reihe von Aussagen zu möglichen Arbeitssituationen. Sagen Sie uns bitte, inwieweit Sie den einzelnen Aussagen zustimmen oder nicht.“

<sup>252</sup> So finden sich es in der ZBFS-Datenbank nur 20 berufstätige Personen mit der (Selbst-)Diagnose „Psychose“.

<sup>253</sup> Auszuschließen ist allerdings nicht, dass Personen mit schlechteren Deutschkenntnissen die beiden negativ formulierten Items (z.B. „An meinem Arbeitsplatz habe ich *keine* negativen Erfahrungen aufgrund meiner psychischen Erkrankung gemacht“) falsch interpretierten.

Auch in unseren Interviews kamen diese Diskriminierungserfahrungen immer wieder zur Sprache, sei es aufgrund von Vorurteilen oder sei es aufgrund von Unsicherheiten der anderen Beschäftigten. Wie es ein Betroffener formulierte:

*„Da war ich mutig und habe mich meinen Kollegen geöffnet und dann wurde ich gemobbt. Dann war Feierabend. Aber auch von Oben herunter, vom Marktleiter her, der einfach gesagt hat – ich hatte ja zwischenzeitlich einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt– und der hat mir ganz klar ins Gesicht gesagt <Bei uns arbeiten keine schwerbehinderten Menschen>. Und dann war ich draußen. Dass man da natürlich nicht gesund wird, dass einem das nicht guttut, ist klar. Und ich war dann draußen aus dem Arbeitsmarkt. Und es hat lange gedauert, bis ich mich von diesem Schock dann wieder erholt habe. (...) Das sind halt so Sachen <Wenn Sie entgegengeschleudert bekommen: „Sie sind schwerbehindert, psychisch krank, ich kann sie nicht brauchen“>. Das macht was mit einem.“*  
(Interview | Betroffene\*r).

### 4.3 Arbeit und Berufstätigkeit II: Weitere Ergebnisse

#### 4.3.1 Ergebnisse der Online-Befragung im Überblick

**Probleme und Barrieren.** In der Online-Befragung vertraten rund 80% der Befragten die Ansicht, dass sich psychisch beeinträchtigte Personen im Bereich Arbeit „oft“ oder zumindest „ab und zu“ besonderen Barrieren und Problemen gegenübersehen. An erster Stelle der Nennungen standen – neben der Kritik an dem generellen Leistungsdruck auf dem ersten Arbeitsmarkt (siehe auch Kap. 4.1.1) – vor allem Faktoren auf betrieblicher Ebene, sprich die Vorurteile bzw. das mangelnde Wissen der dort Beschäftigten bzw. der Arbeitgeber\*innen selbst, die einen offenen Umgang mit psychischen Erkrankungen erschwerten, sowie das Fehlen leistungsadäquater Arbeitsplätze. An zweiter Stelle folgten – quasi spiegelbildlich – Hinweise auf krankheitsbedingte Einschränkungen der Leistungs- / Belastungsfähigkeit der Betroffenen, die es schwierig machten, auf dem ersten Arbeitsmarkt „Fuß zu fassen“. Im Sinne einer inklusiven Logik verweisen solche krankheitsbedingten Schwierigkeiten letztendlich natürlich wiederum auf fehlende strukturelle Passungen des Arbeitsmarktes. Kritik an der Arbeitsverwaltung (Jobcenter, Bundesagentur für Arbeit) und anderen relevanten Akteur\*innen (Integrationsfachdienst) spielten hingegen nur eine untergeordnete Rolle. Tabelle 4.1 fasst die Ergebnisse zusammen.

**Tabelle 4.1: Die größten Probleme im Bereich Arbeit / Beschäftigung aus Sicht der Befragten** (absolute Anzahl der Nennungen und in Prozent der Befragten; offene Frage (Mehrfachcodierungen möglich))

	Betroffene (n=129)		Gesamt (n=285)	
	abs.	%	abs.	%
<b>Kritik am 1. Arbeitsmarkt, davon</b>	<b>97*</b>	<b>75,2</b>	<b>157</b>	<b>55,1</b>
– Vorurteile / Stigmatisierung / mangelndes Wissen um psychische Erkrankungen / mangelndes Verständnis	71		101	
– Leistungsdruck generell („man muss funktionieren“)	24		38	
– leistungsadäquate Arbeitsplätze (inkl. Einfach-Arbeitsplätze) fehlen; zu wenig flexible Arbeitsplatzmodelle	13		30	
– Kein offener Umgang mit psychischer Erkrankung möglich	26		30	
– Ressourcen / Fähigkeiten psychisch erkrankter Menschen werden nicht gesehen	5		6	
– ungenügende Arbeitsplatzgestaltung (z.B. zu laut; Großraumbüro); zu wenig Home Office-Angebote	2		5	
<b>Psychische Beeinträchtigung als Problem der Arbeitsmarktintegration, davon</b>	<b>25</b>	<b>19,4</b>	<b>59</b>	<b>20,7</b>
– Innere Barrieren als Hemmnis (geringere Leistungs- / Belastungsfähigkeit; kommunikative Barrieren etc.)	20		49	
– Biographische Nachteile aufgrund psychischer Erkrankung (z.B. Lücken im Lebenslauf)	5		10	
– Krankheitsbedingte Ausfälle (Angst vor Kündigung; Konflikte ...)	5		7	
<b>Zu wenig konkrete Unterstützung durch Dritte / fehlendes Verständnis zentraler Akteure (Verwaltung, JC, AA, IFD<sup>254</sup>), davon</b>	<b>6</b>	<b>4,7</b>	<b>24</b>	<b>8,4</b>
– für Betroffene (einschl. Arbeitsassistenten)	5		18	
– für Arbeitgeber (fachlich, finanziell, Informationstechnisch)	1		9	
<b>Alternativen zum „klassischen“ 1. Arbeitsmarkt (Arbeit / Ausbildung) ungenügend, davon</b>	<b>5</b>	<b>3,9</b>	<b>21</b>	<b>7,4</b>
– Zu wenige „betreute“ Arbeitsplätze (Inklusionsbetriebe, 2. AM)	2		13	
– Bedingungen des 2. AM problematisch (Entlohnung; Tätigkeiten, Beschäftigungsstruktur)	---		6	
<b>Übergeordnete Rahmenbedingungen erschweren Arbeitsmarktintegration, davon</b>	<b>4</b>	<b>3,1</b>	<b>14</b>	<b>4,9</b>
– Verbeamtungsregelungen diskriminierend	3		5	
– Sozialrechtliche Rahmenbedingungen (ALG II-Gesetzgebung; SGB II / SGB XII; AGH/Zuverdienst – 1./2. Arbeitsmarkt)=	---		5	
<b>LHM wird ihrem Vorbildcharakter als Arbeitgeberin nicht gerecht: Einstellungspraxis, Beschäftigungspraxis, Fürsorge psychisch erkrankter Personen, davon</b>	<b>8</b>	<b>6,2</b>	<b>12</b>	<b>4,2</b>
– Vorurteile / Stigmatisierung / mangelndes Verständnis gegenüber psychisch erkrankten städtischen Beschäftigten (seitens Kolleg*innen / Vorgesetzten)	5			
<b>Sonstiges / Nicht zuordenbar, davon</b>	<b>5</b>	<b>3,9</b>	<b>21</b>	<b>7,4</b>
– zu schnelle Verrentung			5	

\* Die übergeordneten Kategorien enthalten keine Mehrfachnennungen. D.h. im vorliegenden Fall kritisierten 97 Betroffene einen oder mehrere Aspekte des ersten Arbeitsmarktes.

Quelle: Auswertung | Kodierung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

<sup>254</sup> Die Kürzel stehen für: JC = Jobcenter; AA =Arbeitsagentur; IFD = Integrationsfachdienst.

**Lösungsvorschläge.** Im Rahmen der Online-Befragung wurde von den Befragten eine Reihe von Punkten genannt, an denen man im Sinne von mehr Teilhabe am Arbeitsleben ansetzen könnte bzw. sollte. Sie lassen sich zwar spiegelbildlich aus den oben genannten Barrieren ableiten. Sie seien hier aus Gründen der Transparenz in der Reihenfolge der Häufigkeit ihrer Nennungen dennoch genannt - unabhängig ihrer Realisierbarkeit im Einzelnen.

- **[Generelle Aufklärung und Sensibilisierung der privaten und öffentlichen Arbeitgeber]:** „Auch Arbeitgeber und die Teams der Arbeitnehmenden sollten sensibilisiert werden auf die unsichtbaren Behinderungen“. Ein\*e Betroffene konkretisierte diesen Vorschlag wie folgt: „Vielleicht sollten speziell geschulte Psychiater/Ärzte in die Firmen kommen und die Belegschaft aufklären. Es passiert immer noch, dass die Betroffenen aussortiert werden bzw. als labil gelten!“ (Online-Befragung | Betroffene).
- **[Mehr Arbeitsplätze für psychisch erkrankte Menschen bei der Landeshauptstadt München]:** „Ich würde mir mehr Angebote zur Beschäftigung von ehemals psychisch Erkrankten bei der LHM wünschen;“ „im Bereich städtisches Personal: Es sollten für psychisch beeinträchtigte Kolleg\*innen Stellen geschaffen werden, die überplanmäßig zum Stellenplan vorgehalten werden. Bei dem derzeit extrem knapp bemessenen Personalschlüssel muss Jeder und Jede das vorgesehene Arbeitspensum erbringen. Leistungsgeminderte Kolleg\*innen geraten durch diese Regelung unter Druck oder erfahren häufig nicht die Wertschätzung des Teams, dass ggf. Defizite auffangen muss. Dies ist für beide Seiten eine Belastung.“ (Online-Befragung | Fachkräfte).  
Zwei Befragte stellten gezielt auf die Schaffung / Vorhaltung von Einfacharbeitsplätzen in der städtischen Verwaltung bzw. den städtischen Töchtern ab: „Der Arbeitsmarkt ist schneller geworden und es gibt weniger Sicherheit bei vielen Jobangeboten. Gerade Ältere haben kaum eine Chance, wenn sie eine psychische Beeinträchtigung haben. Viele "einfache", regelmäßige Tätigkeiten gibt es nicht mehr. Vielleicht könnte die LHM solche Tätigkeiten wie Botengänge oder Lieferdienste in ihren Ämtern einführen oder speziell für Menschen mit Beeinträchtigungen "reservieren"“. (Online-Befragung | Fachkraft).
- **[Konkrete fachliche Unterstützung der Arbeitgeber, um mit krankheitsbedingten Herausforderungen besser umgehen zu können]:** „Hilfsangebote, wie Chefs kranken Mitarbeitern helfen können: Wie führe ich ein Unterstützungsgespräch? Wie kann ich meine anderen Mitarbeiter sensibilisieren? Umgang mit Klatsch, Tratsch, Mobbing.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Bedarfsangepasste flexible Arbeitszeitmodelle entwickeln]:** „Modelle für flexible Arbeitszeiten (15-35h /Woche ) schaffen, um Betroffenen <ein gesundes Arbeiten> zu ermöglichen und systemisch bedingte Krankmacher im Arbeitsumfeld zu minimieren.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Ausbau des zweiten Arbeitsmarktes bzw. einschlägiger Projekte jenseits des ersten Arbeitsmarktes]:** „Es gibt nicht genügend Angebote auf dem 2. Arbeitsmarkt. Es müssen viel mehr "betreute" Arbeits- und Beschäftigungsstellen geschaffen werden.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r); „Ausbau eines Projektes zwischen Arbeitsmarkt und psychiatrischem Aufenthalt wie das Projekt Entfaltere<sup>255</sup>.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Bessere Unterstützung Betroffener bei Bewerbung / Jobsuche]:** „Viele Betroffene brauchen einfach Unterstützung bei der Bewerbung <Was sage ich wie. Wie gehe ich vor? Da gibt es zwar Angebote. Aber die konnten nicht so eingehen auf meine Ängste.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Aufrechterhaltung bzw. Ausbau des Home-Office]:** „Hier sollte Homeoffice mehr forciert werden.“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **[Bedürfnisgerechte Gestaltung des räumlichen Arbeitsumfeldes].** Hier wurde vor allem auf das Fehlen von Rückzugsmöglichkeiten im Kontext der „Großraumkultur“ verwiesen, die auch und gerade für psychisch erkrankte Personen Probleme aufwerfen und ein konzentriertes Arbeiten erschweren: „Im Arbeitsumfeld gibt es derzeit kein Rückzugsgebiet, keinen Pausenraum, keine Pausenversorgung. So

<sup>255</sup> Bei der im Selbsthilfezentrum München gelisteten „Entfaltere“ handelt es sich laut Eigenbeschreibung um „eine selbstverwaltete Tagesstätte und Co-Working-Space für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Belastungen.“ Siehe: <https://www.shz-muenchen.de/gruppensuche.html> (letzter Abruf: 05.09.2023).

etwas fehlt und muss absolut zur Motivation und Unterstützung angeboten bzw. bereitgestellt werden.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

- **[Ombudspersonen für psychisch erkrankte Personen in Firmen]:** „Lösung: Vertrauensperson am Arbeitsplatz, die möglichst nicht der Behindertenbeauftragte ist.“ (Online-Befragung | ohne Angabe zur Rolle).
- **[Einführung vom Mental Health Days im Sinne von Auszeiten],** um in Stresssituationen durchatmen zu können: „Mental Health Days (zusätzlich zu Urlaub).“ (Online-Befragung Betroffene\*r).
- **[Verbindliche Quoten für die Beschäftigung psychisch erkrankter Personen]:** „Oft ist nur der zweite Arbeitsmarkt für die Betroffenen möglich; da gibt es z.T. zu wenig Angebote. Viele Erkrankte könnten in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden, wenn die Firmen entsprechende Quoten zur Vorgabe hätten und so auch die Mitarbeiter geschult würden.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

#### 4.3.2 Zentrale Arbeitsmarktbarrieren im Kontext

Natürlich hängen die Teilhabechancen von Menschen mit wie ohne (seelische) Behinderungen maßgeblich vom gesamtwirtschaftlichen Rahmen im Allgemeinen bzw. vom Stellenangebot im Besonderen (Arbeitsmarktentwicklung) ab. Kurzum, die Möglichkeiten oder Chancen einer Erwerbsintegration stehen und fallen nicht zuletzt mit der globalen Angebot-Nachfrage-Relation am Arbeitsmarkt bzw. mit der Angebots-Nachfrage-Relation der von den einzelnen Unternehmen hergestellten Produkte bzw. Dienstleistungen. Sicherlich sind die meisten dieser makroökonomischen Rahmenbedingungen allenfalls durch Initiativen auf übergeordneter politischer Ebene beeinflussbar. Allerdings spielen auch Grundhaltungen, Wissensstände und strukturelle Ausgrenzungen eine Rolle. Im Folgenden soll auf einige zentrale Barrieren, wie sie sich aus Sicht Betroffener wie von Fachkräften darstellen, etwas näher eingegangen werden.

- **Leistungserwartungen.** Zum großen Teil sind es die im Wirtschaftssystem angelegten Leistungserwartungen der Arbeitgeber\*innen, die der Ausgrenzung zugrunde liegen. Die faktische Leistungsfähigkeit bzw. deren verlässliche Erbringung sind für Betriebe ein wichtiges, wenn nicht sogar *das* wichtigste Einstellungskriterium. Um eine erfahrene Fachkraft aus dem sozialen Arbeitsmarkt zu zitieren:

*„Einem Arbeitgeber ist es eigentlich egal, was für eine Behinderung jemand hat. Auch die Fördermöglichkeiten sind egal. Ich habe oft gehört: <Ich will, dass der, der hier arbeitet, auch arbeitet. Wenn ich den brauche, muss der da sein.> Ich habe dann gesagt <Sie kriegen dann Minderleistungsausgleich>. Die Antwort: <Ist mir alles wurscht>. Ein Arbeitgeber, ein Mittelständler will leistungsfähige Leute. Wenn der einen Auftrag hat, muss der fertig werden. <Ich will, dass der da ist und arbeitet. Dann passt es>. (...) Wir reden seit Jahrzehnten über Inklusion von psychisch schwer erkrankten Personen. Tatsächlich gibt es wenig Fortschritte und das hat seine Gründe. Weil das sind halt Wirtschaftsbetriebe. (Interview | Fachkraft Sozialer Arbeitsmarkt).*

Hier ist zu berücksichtigen, dass viele schwerer psychisch erkrankte Personen zudem körperliche Einschränkungen mitbringen (siehe Kap. 2.1).

- **Vorurteile.** Gleichwohl wäre es verkürzt, die bestehenden Ausgrenzungen für psychisch erkrankte Personen auf dem Arbeitsmarkt monokausal auf die Leistungsanforderungen und die etwaig bestehenden betriebswirtschaftlichen „Zwänge“ zurückzuführen, so wichtig diese Faktoren auch sein mögen. Die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen lassen den Arbeitsmarkt nicht unberührt: Psychische Erkrankungen werden von Arbeitgeber\*innen oftmals *per se* mit einer *andauernden* verminderten Leistungs- und Belastungsfähigkeit gleichgesetzt. Die nachweisbare Qualifikation und die konkrete Krankheitsgeschichte zählen, so Betroffene, oft weniger als die *vorweggenommene* Annahme einer geringeren Leistungsfähigkeit bzw. der Angst, dass die Leistungsfähigkeit Betroffener nicht verlässlich abschätzbar ist.

*„Hat man mal das Label „psychisch krank“, hat man auf dem Arbeitsmarkt keine Chancen mehr. Das ist zumindest meine Erfahrung ... aber auch von anderen, die ich kenne. Da bist du in der Schublade „nicht leistungs- / belastungsfähig“, vielleicht auch „potenziell gefährlich“. Dass man wie ich seit 20 Jahren relativ stabil ist, seine Krankheit im Griff hat, das spielt keine Rolle. Leider.“ (Interview | Betroffene\*r).*

Krupa et al.<sup>256</sup> führten die arbeitsmarktbezogenen Benachteiligungen psychisch erkrankter Personen arbeitgeberseitig auf vier Annahmen zurück: (1) Grundsätzliche Annahme fehlender Kompetenzen, um den Arbeitsforderungen gerecht werden zu können; (2) Angst vor unberechenbarem Verhalten Betroffener; (3) eine Anstellung sei für psychische erkrankte Personen gesundheitlich kontraproduktiv und (4) die Arbeitsmarktintegration Betroffener sei nicht Aufgabe der Privatwirtschaft. In der Tat zeigen Forschungen, dass Arbeitgeber\*innen gegenüber psychisch erkrankten Personen mehr Bedenken an den Tag legen als bei anderen Gruppen.<sup>257</sup> Eine in der Schweiz durchgeführte Befragung von Unternehmensvertreter\*innen<sup>258</sup> ergab, dass lediglich 1,1% von ihnen der Aussage, dass Personen mit einer psychischen Erkrankung so gut arbeiten können wie andere auch, „voll und ganz“ zustimmten, während 20,7% die Aussage für falsch hielten.

Nicht wenige der von uns Interviewten waren überzeugt, dass ein offener Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung daher einem Arbeitsmarktausschluss gleichkäme. Eine einmalige Therapie oder ein längerer krankheitsbedingter Ausfall reichten, so etliche Befragte, oftmals aus, um Bewerbungen oder Vorsprachen „im Papierkorb landen“ zu lassen:

*„Also ich habe das nie verheimlicht. Das war bei einem Vorstellungsgespräch auch mein Verhängnis: Weil der Personaler da direkt gefragt hat, warum ich denn schwerbehindert bin. Das habe ich ihm dann direkt gesagt und da war für ihn Aus, Ende, Schluss, Feierabend. Er meinte dann zwar, ich würde aus der Personalabteilung eine Nachricht bekommen. Es kam nur noch die Ablehnung. Also da habe ich da schon gemerkt und gespürt ... da hat der das Interesse verloren. Und das war ironischerweise bei [nennt Namen eines sozial orientierten Arbeitgebers, SIM] Ich dachte <Gerade ihr, müsstet doch tolerant und offen gegenüber solchen Menschen sein>.“ (Interview | Betroffene\*r).*

Die diskriminierungsbedingte Angst, sich am Arbeitsplatz bzw. im Betrieb mit seiner psychischen Erkrankung zu „outen“, hat weitreichende Konsequenzen. Nicht nur, dass es bedeutet, etwaige krankheitsbedingte Leistungsabfälle unbedingt verbergen zu müssen – mit der Gefahr einer stresshaften Überforderung der eigenen Person. Sie schränkt auch die Anbindung an das Versorgungssystem potenziell ein – mit all ihren Konsequenzen:

*„Arbeitgeber und Kollegen haben massive Vorurteile gegenüber psychischen Beeinträchtigungen. Die Erkrankung muss verheimlicht werden. Für Therapietermine müssen andere Erklärungen gefunden werden (wenn man deshalb früher gehen muss). Man muss länger auf Therapietermine warten, da man nur Abendtermine wahrnehmen kann. Phasen, in denen eine geringe Leistungsbereitschaft möglich ist, müssen so gut wie möglich verschleiert werden.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).*

- **„Innere Barrieren“**. Die eingangs genannten krankheitsbedingten Leistungsschwankungen oder gar dauerhaftere Leistungseinschränkungen sind allerdings nur *eine* „innere Barriere“. Die eingeschränkten Handlungsoptionen von Betroffenen können bereits Bewerbungen erschweren. Betroffene wie Angehörige räumten dies, wenig überraschend, auch unumwunden ein (siehe Tab. 4.1). Um wiederum aus unserer Online-Befragung zu zitieren:

*„Beim Arbeitsmarkt ist es ähnlich wie beim Wohnungsmarkt. Man muss sich begeistert und motiviert präsentieren - in depressiven Phasen natürlich schwierig.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).*

Jaye Wald hat vor einigen Jahren die Probleme aufgelistet, denen sich Personen mit Angststörungen mit Blick auf eine Erwerbstätigkeit gegenübersehen können: Auf sieben Dimensionen bezogen (Arbeitsplatzpräsenz; Produktivität; Zeitmanagement; kognitive Fähigkeiten; soziale Kompetenzen / Kommunikation; emotionale Belastbarkeit und räumlich-physische Anforderungen) listete sie knapp dreißig arbeitsplatzrelevante mögliche funktionelle Beeinträchtigungen auf.<sup>259</sup> Beispielhaft seien hier genannt: Schwierigkeit, vereinbartes Arbeitszeitvolumen einzuhalten; reduzierte oder inkonsistente Produktivität; Schwierigkeit unter Zeitdruck oder Deadlines (feste Abgabetermine) zu arbeiten;

<sup>256</sup> Krupa et al. (2009).

<sup>257</sup> Schneider, Kawohl & Lay (2018: 77-78).

<sup>258</sup> Schneider, Kawohl & Lay (2018: 79).

<sup>259</sup> Wald (2011: 128-129).



Schwierigkeit mit arbeitsbedingten Stressoren umzugehen und mit anderen Menschen zusammenzuarbeiten.

- **Informations- / Unterstützungsdefizite.** Ob bzw. inwieweit arbeitgeberseitig Informationsdefizite hinsichtlich der Fördermöglichkeiten der öffentlichen Hand zur Beschäftigung von psychisch erkrankten Personen bzw. grundsätzlicher: von (schwer-)behinderten Menschen bestehen, kann hier nicht abschließend beantwortet werden. Auch nicht, inwieweit das einschlägige Beratungsangebot der Integrationsfachdienste (IFD) von Arbeitgeber\*innen angenommen wird.<sup>260</sup> Es ist aber zu vermuten, dass vor allem bei kleineren und mittleren Unternehmen entsprechende Informationsdefizite bestehen.<sup>261</sup> Dies wurde auch in der Online-Befragung vereinzelt thematisiert. Allerdings sollten die beschäftigungshemmenden Effekte solcher Wissenslücken nicht überzeichnet werden. Dies gilt auch und gerade, da die Bedeutung von Förderinstrumenten wie dem Lohnkostenzuschuss für die Erhöhung der Bereitschaft, Menschen mit Behinderungen bzw. psychisch erkrankte Personen einzustellen, häufig wohl eher beschränkt ist (siehe oben). Für die Verbesserung der Arbeitsmarktteilhabe des zuletzt genannten Personenkreises ist aus unserer Sicht neben allgemeinen Sensibilisierungs- und Aufklärungsmaßnahmen vor allem eine niederschwellige, d.h. unbürokratisch abrufbare Fachexpertise für alle Fragen rund um das Thema „psychische Erkrankung“ entscheidender als technisch-finanzielle Beratungen. Wie es eine sozialpsychiatrische Fachkraft ausdrückte:

*„Gut wäre es, wenn EX-Inler auch in Betrieben arbeiten könnten. Die da beraten. Da sollte die öffentliche Hand, die Stadt aber auch der Bezirk, einfach mehr tun.“ (Interview | sozialpsychiatrische Fachkraft).*

Ähnlich meinte eine mit der Vermittlung von psychisch erkrankten SGB II-Bezieher\*innen in den ersten Arbeitsmarkt vertraute Fachkraft:

*„Das Beste ist, dass Sie dem Arbeitgeber Angebote machen, und zwar nicht nur im Sinne finanzieller Unterstützungsleistungen, sondern dass der Arbeitgeber weiß <Ich bekomme da ein Gesamtpaket an Leistungen>. Der Mensch wird qualifiziert, der wird betreut und wenn Konflikte kommen, dann habe ich jemand, der leistet eine Nachbetreuung und ist für mich für Fragen da und findet dafür eine Lösung. Diese Nachbetreuung muss ich immer anbieten, damit es gut wird.“ (Interview | Fachkraft Arbeitsvermittlung Jobcenter München).*

Die Informations- / und Beratungsdefizite reichen unseres Erachtens aber noch wesentlich weiter. Folgt man der von Jaye Wald (siehe oben) am Beispiel von Angststörungen entwickelten These, dass den meisten krankheitsbedingten Beeinträchtigungen („innere Barrieren“) durch passende Maßnahmen mehr oder weniger effektiv begegnet werden könnte (z.B. durch Coaching-Angebote; flexible Arbeitszeitmodelle; Job Sharing), wird dies offensichtlich. Hier besteht zweifelsohne Interventionsbedarf, auch wenn nicht auszuschließen ist, dass Kostenüberlegungen und generelle Vorurteile verhindern könnten, dass entsprechende Informations- und Beratungsangebote genützt würden.<sup>262</sup>

Aus Sicht der von uns befragten Betroffenen und Fachkräften wäre neben dem Ausbau von Arbeitsassistenzen<sup>263</sup> bzw. sonstigen personellen Unterstützungen (Coaching, Begleitung durch Fachpersonen)<sup>264</sup> diesbezüglich vor allem eine stärkere Flexibilisierung von Arbeitszeiten und

<sup>260</sup> In Bayern beraten die IFD im Auftrag des Inklusionsamts auch Arbeitgeber\*innen, die Menschen mit psychischer Beeinträchtigung beschäftigen - mit dem Ziel, deren Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.

<sup>261</sup> Siehe hierzu unsere Ausführungen im Rahmen einer Studie zur Arbeitsmarktteilhabe von (schwer-)behinderten Menschen in München (Sagner 2013: Teil I, 117-120).

<sup>262</sup> Soweit das Autorenteam dies beurteilen kann, steht eine systematische Aufarbeitung dieser Fragestellungen für die verschiedenen Störungsbilder noch aus. Hier besteht ein beträchtlicher Forschungsbedarf, einschließlich einer evidenzbasierten Aufarbeitung der Reichweiten bzw. Grenzen einzelner Anpassungsmaßnahmen.

<sup>263</sup> Arbeitsassistenzen, sprich; notwendige personale Hilfen, werden in Bayern vom ZBFS-Integrationsamt übernommen. Allerdings richtet sich dieses Angebot hauptsächlich an sinnes- und körperbehinderte Personen. Zudem muss ein Schwerbehindertenausweis oder ein Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit vorliegen. Unabhängig hiervon sei ausdrücklich betont, dass die gleichberechtigte Einbindung Betroffener in den Arbeitsmarkt nur gelingen kann, wenn die Betriebe der Verschiedenheit ihrer Beschäftigten durch Diversifizierung der betrieblichen Abläufe Rechnung tragen und geeignete Rahmenbedingungen für die berufliche Teilhabe psychisch erkrankter (und behinderter) Menschen schaffen. Arbeitsassistenzen und etwaige technische Arbeitshilfen reichen mit Sicherheit nicht aus, um dieses Ziel zu erreichen.

<sup>264</sup> Zur Bedeutung solcher Job Coaches siehe etwa: Giernalczyk & Lazar (2002).

Leistungsanforderungen erforderlich. Eine solche Flexibilisierung sollte auch als ein Baustein begriffen werden, um dem zunehmenden Fachkräftemangel entgegenzusteuern.

- **Qualifizierungsdefizite.** Dass ein frühes Eintreten psychischer Erkrankungen und somit möglicherweise verpasste Chancen einer abgeschlossenen Berufsausbildung die spätere Teilhabe am (ersten) Arbeitsmarkt erschwert (siehe Abb. 4.8), wurde auch in unseren Gesprächen immer wieder thematisiert. Dies ist kritisch, weil für Arbeitgeber\*innen neben Leistungs-/ Wettbewerbsfähigkeit vor allem die Kompetenz / geeignete Qualifikation zählt.<sup>265</sup> Sicherlich gibt es eine Reihe von Akteur\*innen, bei denen Betroffene Ausbildungsabschlüsse erwerben bzw. nachholen können, sei es im Rahmen der beruflichen Rehabilitation (z.B. BBW, BFW, BTZ)<sup>266</sup> oder sei es über das Jobcenter oder Träger des zweiten Arbeitsmarktes. Problematisch ist jedoch, folgt man unseren Gesprächspartner\*innen, dass derartige Angebote (zu oft) auf Vollzeit ausgerichtet seien, sie nur einige wenige Ausbildungsbereiche abdeckten bzw. sie zeitlich / organisatorisch zu wenig flexibel seien. In diesem Sinne wünschten sich manche Gesprächspartner\*innen ausdrücklich mehr niederschwellige Qualifizierungsangebote, Ansätze, wie sie etwa mit dem Kölner Bildungsmodell realisiert werden.<sup>267</sup> Betroffene mit höheren Bildungsabschlüssen kritisierten das vorhandene Qualifizierungsangebot als wenig passend bzw. unattraktiv. Generell wird es oft als schwierig erlebt, überhaupt den Zugang zu den Angeboten zu finden. Ganz abgesehen davon, dass Betroffene gegenüber Gleichaltrigen, die ihre Abschlüsse „altersgemäß“ erworben haben, mitunter Scham empfinden. Eine unserer Interviewpartner\*innen bemerkte mit Blick auf die Problematik generell:

*„Was ich besonders schwierig finde: Wenn man psychisch krank ist und noch nicht den Einstieg in die Arbeitswelt geschafft hat. Das ist eine Katastrophe. Weil ... es gibt ganz viele Maßnahmen, wenn man in der Arbeitswelt psychisch erkrankt ist – Integration oder auch in den großen Unternehmen selber Anlaufstellen, wo man hingehen kann – aber wenn man noch kein Studium oder Ausbildung hat und das als psychisch Erkrankter anfangen möchte, es ist der Wahnsinn.“ (Interview | Betroffene\*r).*

Das Dilemma wird in der folgenden Schilderung einer jungen Münchnerin mit Abitur deutlich:

*„Das Jobcenter hatte keine Ahnung, was sie mir mit meiner psychischen Erkrankung anbieten sollte. Die haben gesagt <Entweder arbeiten Sie ganz normal. Sie machen eine normale Ausbildung. In Vollzeit. Oder Sie arbeiten in einer Werkstatt für Behinderte>. Genau. Das waren die Vorschläge von denen. Ich habe gesagt <Vollzeit geht nicht>. Selbst die Werkstatt wäre Vollzeit gewesen. Antwort <Dann sind Sie bei uns nicht richtig. Dann sind Sie eben nicht erwerbsfähig. Und dann können wir Ihnen auch nicht weiterhelfen>. Also richtig krass. Wenn man so etwas hört, wenn man sich schon traut, dort hinzugehen und möchte den Schritt in die Arbeitswelt schaffen und wird dann so entmutigt, dass man sagt <OK, für Dich gibt es einfach keine Möglichkeiten. Du bist hier fehl am Platze>. Das fand ich ganz krass. Da war ich fertig mit der Welt. Da dachte ich, ich werde nie den Weg in die Arbeitswelt schaffen.“ (Interview | Betroffene\*r).*

Es kann und soll an dieser Stelle nicht entschieden werden, inwieweit die obige Erfahrung verallgemeinert werden kann und – weitergehender – wie das Reha-System in qualitativer Hinsicht zu bewerten ist. Dies würde eine differenziertere Erhebung, als sie hier möglich ist, erfordern. Unstrittig ist allerdings, dass die Reha-Träger mitunter sehr unterschiedlich mit den Themen Umschulungen und Weiterbildungen umgehen – insbesondere mit Blick auf SGB II-Bezieher\*innen – und oft zu spät

<sup>265</sup> Schneider, Kawohl & Lay (2018: 79, 82).

<sup>266</sup> Berufsbildungswerke (BBW) sind Institutionen zur beruflichen Rehabilitation junger Menschen mit körperlichen oder psychischen Behinderungen bzw. funktionalen Beeinträchtigungen. Sie bieten denjenigen Jugendlichen eine qualifizierte Ausbildung, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung bzw. Beeinträchtigung während der Ausbildung auf besondere medizinische, psychologische, pädagogische oder soziale Hilfen angewiesen sind. Daneben bieten die Berufsbildungswerke auch Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB) an. Berufsförderungswerke (BFW) sind überbetriebliche Einrichtungen, in denen erwachsene Menschen mit Behinderung eine Weiterbildung oder Umschulung (neue Berufsausbildung, außerbetriebliche Berufsausbildung) machen können. Berufliche Trainingszentren (BTZ) richten sich ihrerseits insbesondere an psychisch erkrankte Menschen mit dem Ziel, deren gesundheitliche Belastbarkeit wieder aufzubauen und sie fachlich fit für eine passende, dauerhafte berufliche Tätigkeit zu machen.

<sup>267</sup> Siehe: <https://www.koelner-bildungsmodell.de/ueber-uns/#evaluation>.

reagiert wird. Inwieweit der 2018 neu ins SGB IX eingeführte §12 („Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung“) hier zu grundsätzlichen Änderungen führt, bleibt abzuwarten.

- **Strukturelle Arbeitsmarktlücken (für erwerbsgeminderte Personen).** In unseren Gesprächen verwiesen erwerbsgeminderte Personen immer wieder auf Schwierigkeiten, eine geeignete Beschäftigung zu finden. Das verweist noch einmal auf die Leistungserwartungen des ersten Arbeitsmarktes bzw. auf die Lücke zwischen dem ersten Arbeitsmarkt einerseits und den Werkstätten bzw. tagesstrukturierenden Beschäftigungsmöglichkeiten andererseits.

„Ich kenne viele Leute, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht arbeiten können, die erwerbsunfähig sind. Man müsste da mehr Möglichkeiten zu schaffen. (...) Es hat jeder seine Potenziale. Klar, man kann die Leute jetzt nicht einfach in den ersten Arbeitsmarkt reinschmeißen, aber Möglichkeiten zu bieten und sie dann zu unterstützen. Und die auch ein bisschen zu coachen. Beschäftigung ist wichtig.“ (Interview | Betroffene\*r).

„Ich habe mich dann nach einer anderen Aufgabe umgesehen, im Ehrenamt. Weil als Erwerbsunfähigkeitsrentner kriegt man ja keinen Job. Auch nicht mit drei Stunden. Ich hab da auf jeden Fall nichts gefunden.“ (Interview | Betroffene\*r).

Abschließend sei einschränkend angemerkt, dass manche der „inneren Barrieren“ auch im besten Umfeld nicht gänzlich aufgehoben werden können:

„Meine Kolleg\*innen und Vorgesetzte wissen alle von meiner psychischen Erkrankung. (...) Ich habe nach wie vor Tage mit viel Erschöpfung, ich habe Gedächtnis- / Konzentrationsprobleme, aber in welchem Umfang wirklich, das darf eigentlich niemand wissen. Es ist ein sehr tolles Team und ein tolles Miteinander. Die Kolleg\*innen entlasten mich bei der Zuteilung von Spezialaufgaben, z.B. im IT-Bereich. Dafür bin ich dankbar. Das hat aber den Nachteil, dass ich dann nicht mehr wirklich Teil der Arbeitsgruppe bin. D.h. die anderen treffen sich, um Themen zu besprechen, die mich nicht betreffen. Dabei gibt es natürlich auch etwas Smalltalk, man wächst zusammen. Und irgendwann habe ich gemerkt, ich fühlte mich ausgeschlossen und habe einige wichtige Informationen nicht mitbekommen. Ich mach auch relativ viel Home-Office, da ist es ruhiger und ich kann mir Pausen einplanen und die Arbeit leichter auf den Tag verteilen. Ich hoffe, dass die Kolleg\*innen mich irgendwie im Blick haben und auch Verständnis für meine Situation haben, aber es ist für jemand anderen nicht wirklich vorstellbar, was in meinem Kopf vorgeht. Also ich gehe ganz bewusst offen mit meiner Erkrankung um. Aber die Arbeit lässt sich eben nicht jederzeit stressfrei gestalten. Dann jagen mich die Situation und die nicht böse gemeinten Reaktionen der Kolleg\*innen immer wieder auch in Stress-Situationen hinein. Und oft schäme ich mich meiner Unpässlichkeit und wage nicht, heimzugehen und mich krank zu melden, wenn dies nötig wäre. Ich versuche, mich immer zu verstecken, dass niemand merkt, wenn ich wieder einen Fehler gemacht habe. Andere machen auch Fehler. Aber ich habe immer das Gefühl, meine Fehler sind besonders schlimm und fallen bei mir besonders negativ auf. Ich muss mich besonders verstecken, weil sich sonst im Team meine Position weiter verschlechtern könnte, oder jemand über mich verärgert wäre. (...) Und es ist wieder so seit ein paar Tagen, dass ich fühle, dass meine Kraft zu Ende ist. Aber ich mache weiter, trotz vieler Fehler. Am Arbeitsplatz möchte ich meine Aufgaben zuverlässig erfüllen. Es gibt immer wieder Phasen, da müssen Aufgaben zeitnah erledigt sein. Arbeitsabläufe sind nicht so angelegt, dass jemand nicht mehr jung und voll leistungsfähig ist.“ (Interview | Betroffene\*r).

#### 4.3.3 Zur Rolle der Landeshauptstadt München im Bereich Arbeit

Die Landeshauptstadt München hat (wie andere öffentliche Körperschaften) als Nachfragerin von Produkten und Dienstleistungen insofern eine unmittelbare Gestaltungsmacht, als es ihr im Rahmen der rechtlichen Regelungen *theoretisch* freisteht, jene Unternehmen bei Ausschreibungen zu bevorzugen, die ihrer Verpflichtung zur Einstellung von Menschen mit (seelischen) Behinderungen in besonderem Maße nachkommen bzw. die sich als Akteure der Arbeitsmarktintegration begreifen (z.B. Inklusionsbetriebe, Werkstätten). De facto sind die Vorgaben häufig allerdings sehr eng und lassen wenig Gestaltung zu. Auch gehen Kriterien (z.B. Catering nur von Bio-Betrieben) mitunter zu Lasten von sozialen Betrieben.

Probleme wurden auch mit Blick auf die Rolle der Landeshauptstadt München als Arbeitgeberin vorgebracht: Die in der Privatwirtschaft anzutreffenden Vorbehalte seien, so einzelne Befragte, auch bei der

Landeshauptstadt München zu beobachten. Dies ist umso bedauerlicher, als die öffentliche Verwaltung für Personen mit psychischen Erkrankungen der vermutlich wichtigste Arbeitgeber ist.<sup>268</sup> Ein Zitat soll genügen:

*„Also ich habe schon in unterschiedlichen Referaten und Ämtern in der Stadt gearbeitet. Auf meine geringere Leistungsfähigkeit wurde da oft nicht eingegangen. Ich bin auch direkt gemobbt worden. Der Stress in der Arbeit hat unter anderem auch zu meinem ersten Klinikaufenthalt geführt. Danach war ich nur noch eine geduldete Mitarbeiterin und habe mich gefühlt wie ein Vollidiot gefühlt und wurde auch so behandelt. Wegen der fehlenden Stress Resilienz durfte ich keinen Parteiverkehr mehr machen. Deshalb wurde ich aus dem Parteiverkehr herausgenommen. Und die Vorgesetzten äußerten sich deutlich, dass sie mich nicht mehr brauchen könnten und nicht haben wollten. Wiederholt wurde ich von Vorgesetzten angesprochen, wann ich denn endlich versetzt werde. Die Vorschläge vom POR [Personal- und Organisationsreferat der LH München, SIM] haben aber auch nicht gepasst, es waren zunächst nur Vorschläge für Arbeitsplätze mit Stress Belastung darunter, die ich ablehnen musste.“ (Interview | Betroffene\*r).*

Die gelegentlich vorgebrachten Kritiken ändern auch nichts daran, dass der Beschäftigungsschutz in der Landeshauptstadt München als „sozialer Arbeitgeberin“ wesentlich höher ist als in der Privatwirtschaft – auch und gerade für leistungsgeminderte Personen. Handlungsbedarf zeigt sich daher vor allem in Richtung Schaffung „angepasster Arbeitsplätze.“

Wie dargestellt (siehe Kap. 4.1.1), ist die Landeshauptstadt München unter anderem im Bereich des zweiten (und dritten) Arbeitsmarktes äußerst aktiv. Zur Umsetzung des Münchner Beschäftigungs- und Qualifizierungsprogramms, das neben dem Programmbereich „Soziale Betriebe“ auch das „Verbundprojekt Perspektive Arbeit (VPA)“ umfasst,<sup>269</sup> stellte der Stadtrat dem Referat für Arbeit und Wirtschaft 2022 20 Millionen Euro zur Verfügung.<sup>270</sup> Zum Vergleich: Der Gesamthaushalt des Jobcenter München belief sich auf rund 50 Millionen Euro. Trotz allen einschlägigen kommunalen Engagements lassen sich aber auch hier noch Handlungsbedarfe erkennen. Sei es im Bereich der über MBQ geförderten Beschäftigungsplätze (siehe Kap. 4.1.2), sei es – damit verbunden – im Bereich der Umschulungen:

*„Die Möglichkeit eines Ausbildungsabschlusses ist ja auch über den zweiten Arbeitsmarkt vorhanden: Man kann bei AGH-Trägern wie [nennt Namen eines sozialen Betriebs, SIM] – Umschulungen machen. Aber da müsste es mehr Plätze geben. Weil das ist dann weiterhin ein geschütztes Umfeld – das ist auch schön, dass man von der AGH in die Umschulung gehen kann; die Ansprechpartner bleiben weiterhin dieselben; die Rahmenbedingungen von der Arbeit sind auch dieselben, aber es wird ein normaler Ausbildungsabschluss angestrebt. Dann kann es irgendwann auf den ersten Arbeitsmarkt gehen. Solche Umschulungsmöglichkeiten gibt es bei manchen Trägern, aber leider nur für eingeschränkte Bereiche.“ (Interview | Fachkraft Jobcenter München).*

#### 4.3.4 Exkurs: Selbstständigkeit

Die Frage der Selbstständigkeit wurde in der ZBFS-Befragung vor dem Hintergrund der zu erwartenden Fallzahlen nicht explizit thematisiert. Auf den ersten Blick bietet Selbstständigkeit eine Alternative, um Ausgrenzungen im Kontext sozialversicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse zu entgehen. Sie kann Betroffenen einen Ausweg aus dem System ermöglichen, das ihnen nicht guttut, oder um überhaupt wieder in die Arbeit zurückkehren.

*„Ich glaube, ich bin nicht system-kompatibel. Ich funktioniere nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt – als Angestellte. Acht Stunden jeden Tag, 40 Stunden die Wochen das geht nicht. Umgekehrt konnten auch meine früheren Chefs und Kollegen nicht mit meiner Depression und meinen Ängsten umgehen. Es war purer Stress für mich. Es ist auch jetzt als Selbständige immer wieder mal stressig. Ich kann mich aber nun um mich selber kümmern, z.B. Pausen machen, wenn ich die brauche, mein Arbeitsvolumen steuern. Ich bereue es nicht, den Schritt [in die Selbstständigkeit, SIM] gemacht zu haben. Mir geht es heute auf jeden Fall besser als früher. Vielleicht auch weil es schon immer mein Traum war, „meine eigene Chefin“ zu sein.“ (Interview | Betroffene\*r).*

Allerdings sind die Anforderungen an die berufliche Selbstständigkeit beträchtlich: Abgesehen von entsprechenden beruflichen Qualifikationen bzw. Erfahrungen sind hier insbesondere „Soft-Faktoren“ wie

<sup>268</sup> Darauf deuten zumindest Studien aus der Schweiz hin: Schneider, Kawohl & Lay (2018: 81).

<sup>269</sup> Das VPA umfasst eine Reihe versierter Bildungsträger und bindet diese in ein Beratungs- und Qualifizierungsnetzwerk ein.

<sup>270</sup> Jobcenter München (2022: 46, 51).

Belastbarkeit, Risikobereitschaft und Unsicherheitstoleranz zu nennen. Kann Selbstständigkeit einerseits Schutz vor Leistungsanforderungen Dritter bieten und ein besseres Arbeiten im Einklang mit den eigenen Leistungsschwankungen ermöglichen, bringt sie eben doch auch spezifische Herausforderungen mit sich (Stichwort: Unsicherheiten). Nicht zuletzt ist der Druck, seine psychische Erkrankung zu verbergen, besonders stark.

„Wenn die einmal mitbekommen, dass man etwas hatte [eine psychische Erkrankung, SIM], hat man keine [Chance, SIM] mehr, was zu bekommen.“ (Co-Forscher).

Sofern psychisch erkrankte Personen sich den Schritt in die Selbstständigkeit zutrauen, begründet er daher oft einen besonderen Bedarf an beratender Unterstützung. Um einen unserer Co-Forscher zu zitieren:

### **Vor- und Nachteile von Selbstständigkeit: Persönliche Erfahrungen eines Co-Forschers**

Ich war 25 Jahre selbständig. Ich lebte mit meiner psychischen Erkrankung. Lange Zeit schützte mich die Selbstständigkeit. Ich hatte wenig feste Termine. Ich konnte arbeiten, wenn es mir gut ging. Ich wurde kränker und kränker. 2012 kam es zu einer großen psychischen Krise.

Die Folge war: Ich musste meine Firma aufgeben. Verlor alle meine Rücklagen, auch die für die Altersversorgung. Die gute Seite: Ich verlor auch eine Arbeit, die ich nie leiden konnte.

Viele Selbständige gehen in den Konkurs. Ich denke es ist ein Unterschied, wenn eine Erkrankung der Grund ist und nicht die Qualität der geleisteten Arbeit.

Ich wollte diese Schutzlosigkeit der Selbstständigkeit nicht mehr.

Mehrere Versuche in der Welt der Arbeitnehmer\*innen zurecht zu kommen sind gescheitert. Mir fehlt die Erfahrung und Übung, mich in Hierarchien zu bewegen. Mittlerweile bin ich Kulturschaffender. Mir wird gesagt, ich bin gut in meiner Arbeit.

Doch ich bin wieder selbständig. Ich erlebe gerade, dass diese, für mich unsichere Situation wieder zum Problem werden könnte und teilweise schon ist. Was helfen würde, wären Orte/ Strukturen, die mich unterstützen könnten, ohne dass ich in die „Mühlen“ der Verwaltung gerate. Wenn ich von Menschen in der Verwaltung unterstützt würde, die sich mit psychischen Erkrankungen auskennen. Dann würden Instrumente wie Bürgergeld oder Grundsicherung dazu beitragen können, dass Selbständige in Summe weniger finanzielle Unterstützung in Anspruch nehmen müssten und ein sinnvoller Schritt zur Umsetzung der Teilhabe geleistet wurde.

Ralf Otto

Es wäre sicherlich lohnenswert das Themenfeld „psychische Erkrankung und Selbstständigkeit“ eingehender zu betrachten und systematisch auf entsprechende Unterstützungsbedarfe abzufragen. Dies war im Rahmen der vorliegenden Studie nicht möglich.



#### 4.4 Wirtschaftliche Lage

**Quantitative Perspektiven (ZBFS-Befragung).** Im Folgenden wird die in der Sozialberichterstattung klassische Untergliederung der Haushalte in arme und reiche sowie in Haushalte der unteren und oberen Mitte übernommen. Grundlage der Zuordnung ist dabei das bedarfsgewichtete Nettoäquivalenzeinkommen, das in der Münchner Bevölkerungsbefragung 2021 bei 2.453 Euro im Monat lag.<sup>271</sup> Je nach ihrer Einkommenssituation<sup>272</sup> – gemessen am bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen – werden die Haushalte den vier genannten Gruppen wie folgt zugeordnet:

- Arme Haushalte: weniger als 60% des jeweiligen äquivalenzgewichteten Durchschnitts (Einpersonenhaushalt: weniger als 1.472 Euro netto)
- Untere Mitte: zwischen 60% und unter 120% (Einpersonenhaushalt: zwischen 1.472 Euro und weniger als 2.944 Euro netto)
- Obere Mitte: zwischen 120% und unter 200% (Einpersonenhaushalt: zwischen 2.944 Euro und weniger als 4.906 Euro netto)
- Reiche Haushalte: 200% und mehr (Einpersonenhaushalt: 4.906 Euro netto und mehr).

Die jüngste Münchner Bevölkerungsbefragung weist eine haushaltsbezogene Armutsquote von 18,0% aus. Demgegenüber liegt die rechnerische Quote der ZBFS-Befragten – je nach Berechnung (siehe Abb. 4.10) zwischen 37,0% und 47,5%. Trotz aller Unschärfen, die ein solcher Vergleich birgt,<sup>273</sup> der eher geringen Stichprobengröße der ZBFS-Befragung und dem Umstand, dass in der ZBFS-Befragung (wie auch in der Bürgerbefragung) über 20 Prozent der Befragten keine Angaben zu ihrem Einkommen machten, wird doch die deutlich höhere Armutsbetroffenheit seelisch behinderter Personen deutlich. Dass die ausgewiesene Quote – gerade im Fall der ZBFS-Befragung – mit Vorbehalt zu betrachten ist, sei aber hierbei ausdrücklich betont. Auch ist zu bedenken, dass bei der Berechnung Vermögenswerte (z.B. Wohnungsbesitz) ebenso unberücksichtigt bleiben wie (umgekehrt) die Frage etwaiger Ver-/ Überschuldungen.

---

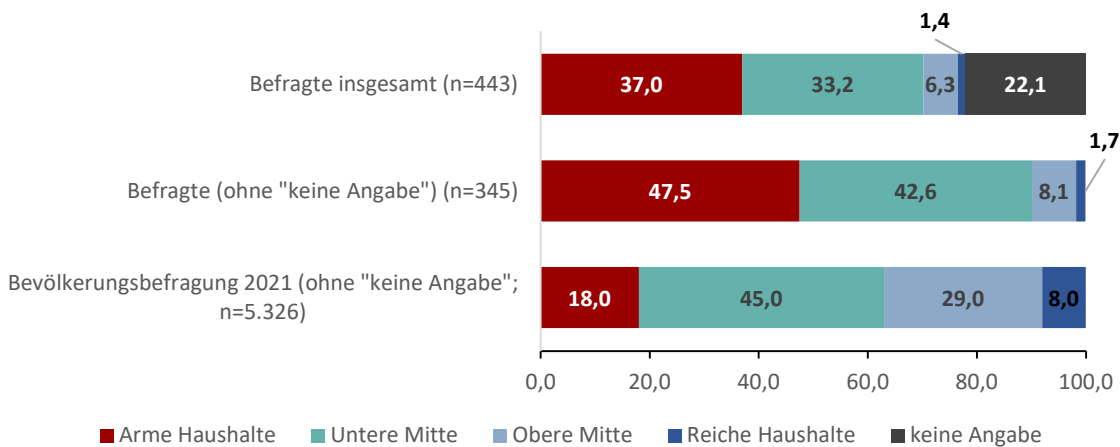
<sup>271</sup> Der Äquivalenzgewichtung liegt die Erfahrung zugrunde, dass gemeinsames Wirtschaften mit mehreren Haushaltsmitgliedern Skaleneffekte besitzt, sprich: dass der Bedarf nicht proportional mit der Anzahl der Haushaltsmitglieder ansteigt. Wie in der jüngsten Münchner Bevölkerungsbefragung wurden zur Berechnung dieser Skaleneffekte die Bedarfsgewichte der so genannten „modifizierten OECD-Skala“ verwendet: Sie weist der ersten erwachsenen Person das Bedarfsgewicht 1,0, jedem zweiten Erwachsenen bzw. jedem Jugendlichen (14-17 Jahre) das Gewicht 0,5 sowie jedem Kind unter 14 Jahren das Bedarfsgewicht 0,3 zu.

<sup>272</sup> Sicherlich kann ein geringes Einkommen auf eine eingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe des betroffenen Haushalts hindeuten. Und im Regelfall ist es auch ein guter Indikator.

<sup>273</sup> Hier ist zudem darauf hinzuweisen, dass bei der ZBFS-Befragung im Gegensatz zur Münchner Bevölkerungsbefragung nur Personen im Alter von 18 bis 75 Jahren einbezogen und zugunsten der jüngeren Altersgruppen „geschichtet“ wurde (siehe Abschnitt 1.2). Dies ist insofern relevant, als die Altersbevölkerung gemeinhin ein deutlich höheres Armutsrisiko trägt als jüngere Altersgruppen. Andererseits werden in der Münchner Bevölkerungsbefragung bei der Berechnung der Einkommensklassen Befragte, die *keine* Angaben machten (27,6% aller Befragten), *nicht* berücksichtigt. Unabhängig davon bleibt zu bedenken, dass die Daten der ZBFS-Befragung im Gegensatz zu jenen der Münchner Bevölkerungsbefragung keinem Gewichtungsverfahren unterzogen worden sind (siehe Abschnitt 1.2). Hinzu kommt, dass die Schwellenwerte – wie die auf ihrer Basis berechneten Armutsquoten – gegenüber stichprobenbedingten Schwankungen des mittleren Einkommens (Median) nicht sehr robust sind: Bereits zufällige Schwankungen dieses Einkommens können merkliche Veränderungen der Schwellenwerte (beziehungsweise der Quoten) zur Folge haben.



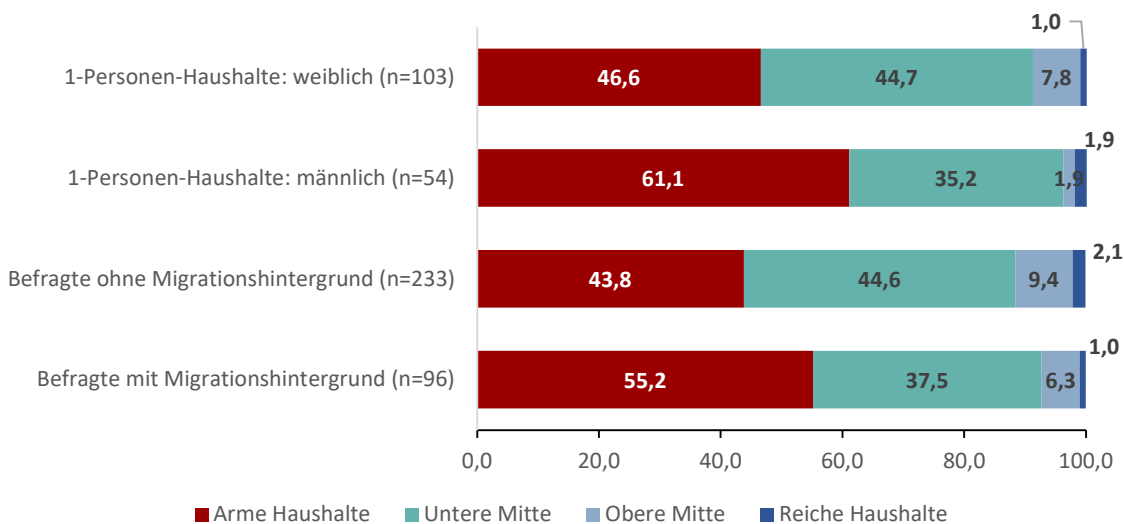
**Abbildung 4.10: Einkommen der ZBFS-Befragten – Vergleich mit der Bevölkerungsbefragung 2021 (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Befragte mit Migrationshintergrund tragen ein deutlich höheres Armutsrisiko als Befragte ohne einen solchen (55,2% versus 43,8%; siehe Abb. 9.2). Befragungsteilnehmer\*innen mit ausschließlich ausländischer Staatsbürgerschaft weisen sogar eine Quote von 75,7% auf – allerdings ist die Fallzahl mit n=37 eher gering. Psychische Erkrankungen stellen – vermittelt über arbeitsweltliche Ausschlüsse – erkennbar einen Risikofaktor für Armut dar. Wobei Armut aufgrund der mit ihr verbundenen psychosozialen Belastungen umgekehrt psychischen Erkrankungen Vorschub leisten bzw. verschlimmern kann. Studien belegen, dass Einkommenslage bzw. sozioökonomischer Status und psychiatrisches Erkrankungsrisiko signifikant assoziiert sind.<sup>274</sup> Vergleicht man die Einkommensverteilung von männlichen und weiblichen Ein-Personen-Haushalten miteinander, werden geschlechtsspezifische Muster erkennbar: Anders als in der Münchner Bevölkerungsbefragung 2021,<sup>275</sup> gehören alleinlebende Männer in der ZBFS-Befragung deutlich häufiger zur Gruppe der armen Haushalte als weibliche Einpersonenhaushalte. Andererseits sind Männer aber auch deutlich häufiger in der obersten Einkommensgruppe („reiche Haushalte“) zu finden als Frauen.

**Abbildung 4.11: Einkommen der ZBFS-Befragten nach soziodemographischen Merkmalen (ohne „keine Angabe“) (in Prozent)**



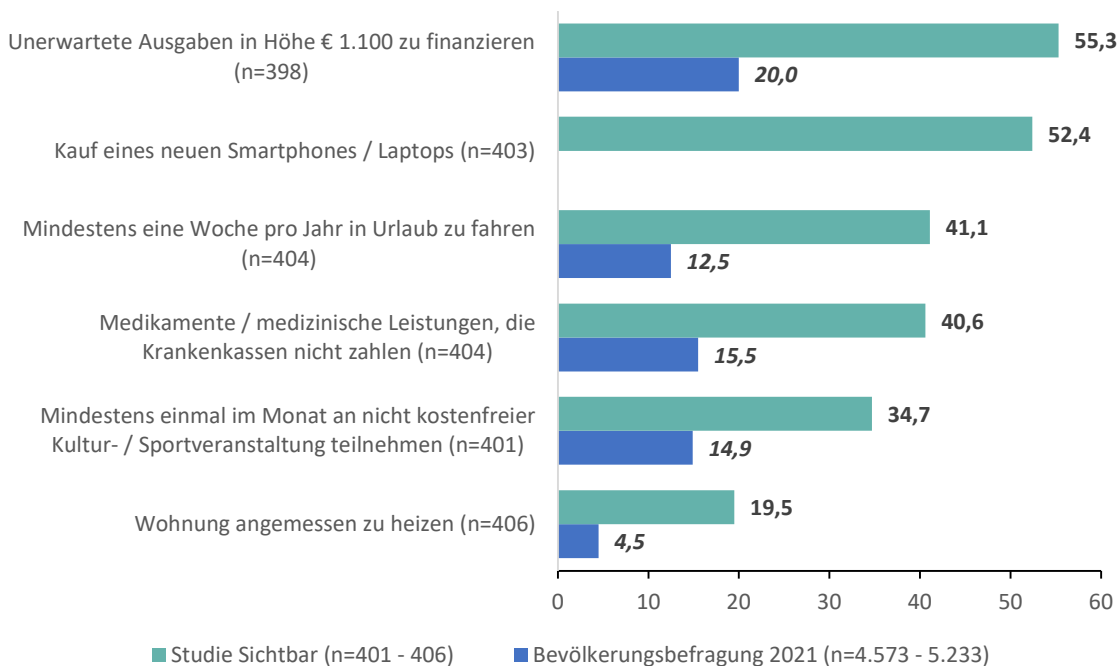
Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

<sup>274</sup> Busch et al. (2013); Hoell & Salize (2019).

<sup>275</sup> Landeshauptstadt München (Referat für Stadtplanung und Bauordnung) (2022: 93).

Einen etwas anderer Blick auf die wirtschaftliche Situation der Haushalte liefern die Antworten auf die Frage, was sich die befragten Haushalte jeweils leisten können. Über die Hälfte der Haushalte hat nach eigenen Angaben nicht die Mittel, um unerwartete Ausgaben in Höhe von € 1.100 zu decken (55,3%) oder sich ein neues Smartphone oder ein neues Laptop zu kaufen (52,4%). Gut vierzig Prozent sehen sich nicht in der Lage, jährlich in den Urlaub zu fahren (41,1%) oder Medikamente bzw. medizinische Leistungen, die die Krankenkassen nicht übernehmen, zu tragen (40,6%). Im Vergleich zur Bürgerbefragung 2021 zeigt sich, dass die Anteilswerte jeweils *mindestens* um den Faktor zwei höher liegen. Diese Befunde bestätigen die in Abbildung 4.10 präsentierten Ergebnisse.

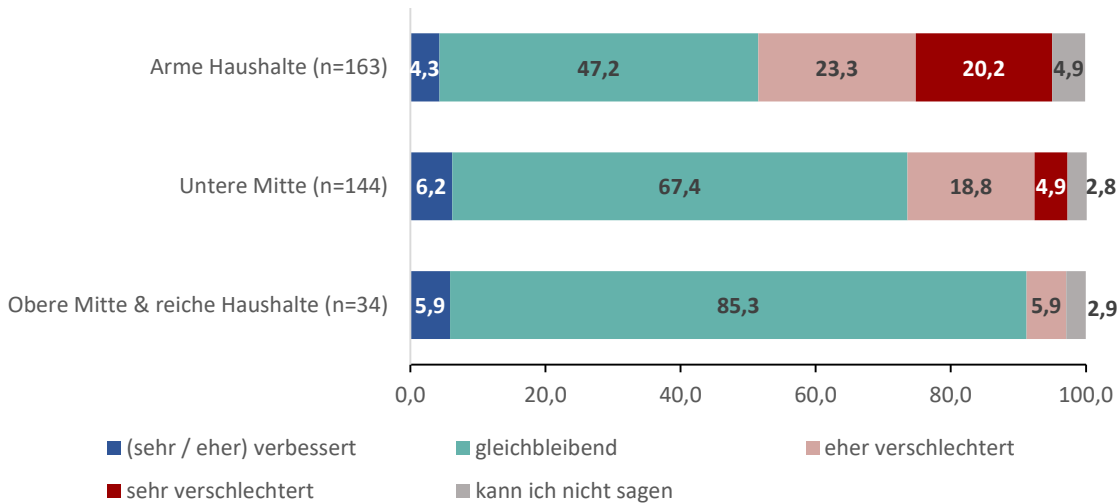
**Abbildung 4.12: Finanzielle Möglichkeiten der Haushalte („Deprivationsarmut“) – Vergleich mit der Bevölkerungsfragung 2021** (Darstellung der Antwortkategorie „nein“; ohne „keine Angabe“; in Prozent)



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

**Wirtschaftliche Folgen der Corona-Pandemie.** Die Corona-Pandemie hat die ZBFS-Befragten aus einkommensschwächeren Haushalten in wirtschaftlicher Hinsicht deutlich stärker getroffen als besser gestellte Haushalte: Während knapp die Hälfte (43,5%) der Befragten aus armen Haushalten erklärten, dass sich ihre persönliche wirtschaftliche Situation im Zuge der Pandemie (sehr / eher) verschlechtert habe, beläuft sich der Anteil bei Befragten bei den beiden höchsten Einkommensgruppen auf 5,9%.

**Abbildung 4.13: Subjektive Beurteilung der persönlichen wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

**Qualitative Perspektiven (Interviews).** Die geringeren materiellen Handlungsspielräume begrenzen nicht nur die sozialen Teilhabechancen der Betroffenen, sondern wirken ihrerseits als Stressoren. Mit Armut geht häufig eine *doppelte* Ausgrenzung und Demütigung einer, eine gleichsam verdoppelte Erfahrung des Nicht-Verstanden-Werdens – als psychisch erkrankte Person und als Armutsbetroffene „mit dem Gefühl, in fast allen Lebensbereichen, Bittstellerin zu sein.“<sup>276</sup> Die reine Alltagsbewältigung rückt noch mehr in den Vordergrund. Die enge Verbundenheit, die viele Betroffene mit anderen psychisch erkrankten Personen spüren (siehe Kap. 6.1.1), hat auch mit dieser doppelten Ausgrenzung zu tun. Zur Verdeutlichung sei nur auf zwei unserer Interviews verwiesen:

„Das Geld reicht vorne und hinten nicht. Und jetzt steigen die Preise und steigen ... Das sind alles so Sachen, die auch die Psyche belasten. Existenzängste. (...) Vor allem man kann sich ja gar nichts mehr leisten. Und wenn man sich dann noch überlegen muss, wie kriege ich den nächsten Tag was auf den Tisch, dann wird es halt noch schwieriger. Und über die Tafeln wird es auch immer schwieriger.“  
(Interview | Betroffene\*r).

„Also es ist ein Teufelskreis. Wegen der Krankheit fällt es mir schon sehr schwer, was zu unternehmen. Manchmal geht es auch gar nicht. Aber ich kann halt auch nichts unternehmen, weil ich es mir einfach nicht leisten kann. Das ist ein Teufelskreis. Weil man probiert es dann erst gar nicht. Es ist frustrierend, wenn Sie wollen und es geht nicht. Dann lässt man es halt. (...) Die materiellen Faktoren, die ... ja verschlimmern die Krankheit. Weil die Aktivität, die aus der Krankheit herausführt, ist ja nicht möglich. Weil egal, was sie machen, alles kostet. (...) Und die Leute unternehmen auch ungern mit einem was. Erstens wissen die, die müssen kofinanzieren, wenn man was macht. Und zweitens... teilweise sieht man halt auch nicht aus wie das blühende Leben. Und das bindet sich jemand natürlich ungern ans Bein. (Interview | Betroffene\*r).

Diese Stimmen verdeutlichen, dass es bei psychisch erkrankten Armutsbetroffenen zu kurz greift, ausschließlich die psychische Belastung wahrzunehmen und zu behandeln. Armutspolitik und bedarfsgerechte Behandlungsangebote sind zusammen zu denken.

<sup>276</sup> Frisch, Thoma & Zedlick (2021: 23).

## 4.5 Zusammenfassung

Die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsmarkt ist im Vergleich zur Münchner Allgemeinbevölkerung deutlich eingeschränkt: Während laut letzter Bürgerbefragung rund drei Viertel (75,3%) der 18- bis 65-Jährigen Münchner Bürger\*innen am Arbeitsleben teilnehmen, trifft dies nur für gut die Hälfte (54,6%) der ZBFS-Befragten zu. Dabei besteht bei den ZBFS-Befragten *kein* linearer Zusammenhang zwischen dem höchsten schulischen Bildungsabschluss und der Ausübung einer Erwerbstätigkeit – im Sinne: je höher der Abschluss, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer Teilhabe am Arbeitsleben. Man könnte auch sagen, psychische Erkrankungen wirken unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nachhaltig „dequalifizierend“. Mit Blick auf die ZBFS-Befragten wäre es allerdings verkürzt zu sagen, dass – wie es Heim im Einklang mit Kardoff<sup>277</sup> in Bezug auf chronisch psychisch erkrankte Personen formulierte – „vorrangig prekäre Arbeitsverhältnisse auf dem ersten oder geschützte Beschäftigungen auf dem zweiten Arbeitsmarkt“ bestehen.

11,5% der ZBFS-Befragten im Alter von 18 bis 65 Jahren waren zum Befragungszeitpunkt arbeitslos gemeldet oder arbeitssuchend; bei den 18- bis 39-Jährigen lag der Anteil mit 22,0% sogar fast doppelt so hoch. Außerdem gibt es einen hohen Anteil, der frühverrentet war: Ein gutes Viertel (28,1%) der 18- bis 65-jährigen ZBFS-Befragten bezog eine Erwerbsminderungsrente. Lässt man jene Rentenbezieher\*innen unberücksichtigt, die angaben, neben der Rente noch in irgendeiner Form berufstätig zu sein, ergibt sich eine Quote von 24,0%. In der Tat werden rund 40% aller Frühberentungen der rentenversicherten Münchner\*innen mit psychischen Störungen begründet. Psychisch erkrankte und erwerbsgeminderte Personen sind erwerbstechnisch *de facto* mehr oder weniger „ausgesteuert“. Dass manche von ihnen unter den derzeitigen Bedingungen auch gar nicht mehr am Arbeitsleben teilhaben wollen, ändert nichts am strukturellen Ausschluss.

Neben faktischen Leistungsminderungen im Zuge psychischer Erkrankungen sind es vor allem das Fehlen flexibler(er), erkrankungsadäquater Arbeitszeitmodelle, das Fehlen leistungsadäquater (Einfach-)Arbeitsplätze, und bedürfnisgerechter *return-to-work-Programme* sowie – entscheidend – die Stereotypisierung Betroffener als generell leistungsschwach, die der Ausgrenzung zugrunde liegen. Unsere Befragungsergebnisse deuten darauf hin, dass Vorurteile (wie eben das einer generellen Leistungsschwäche) bzw. Befürchtungen (z.B. höhere Fehlzeiten, intensivere Betreuungsaufwand) Arbeitgeber eher beeinflussen als die vorhandenen (monetären) Unterstützungsangebote der öffentlichen Hand. Dem entspricht, dass uns Betroffene rückmeldeten, dass sie sich nach Bekanntwerden ihrer Erkrankung – trotz unveränderter Leistungsfähigkeit und Qualifikation – Ausgrenzungen gegenübersehen. Abgesehen davon sind jedoch viele psychisch erkrankte Personen, die im SGB II-Bezug stehen, *de facto* nicht mehr auf den ersten – und zum Teil auch nicht auf den zweiten – Arbeitsmarkt vermittelbar.

Der Einstieg in die Arbeitswelt gestaltet sich vor allem für jene schwer, die noch vor Beginn bzw. vor Abschluss ihrer Ausbildung psychisch erkrankten. Dies muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass ein knappes Fünftel der ZBFS-Befragten (19,6%) berichtet, bereits vor ihrem achtzehnten Lebensjahr größere psychische Probleme gehabt zu haben; vor dem 23. Lebensjahr – das durchschnittliche Studienabschlussalter (Bachelor | Median) in Deutschland<sup>278</sup> – hatte knapp ein Drittel (32,2%) der Befragten bereits entsprechende Symptome entwickelt.

Dieser Ausschluss vom Arbeitsleben ist umso bedeutender, als dem Bereich Arbeit eine doppelte Bedeutung zukommt: Er sichert eben nicht nur den Lebensunterhalt, „sondern stellt auch eine Quelle sozialer Inklusion dar und vermittelt Selbstwertgefühl und Sinnerfahrung.“<sup>279</sup> Dass ein bedingungsloses Grundeinkommen – oder noch grundsätzlicher: ein anerkanntes Recht auf Arbeit<sup>280</sup> – manche dieser Ausgrenzungserfahrungen obsolet werden lassen könnte, sei der Vollständigkeit halber angemerkt.

Die Armutsrisikoquote der ZBFS-Befragten liegt deutlich höher als bei der Münchner Wohnbevölkerung. Dass das hier verwendete Konzept der relativen Einkommensarmut eher auf materielle Ungleichheit als auf Armut

---

<sup>277</sup> Heim (2020: 28); Kardoff (2010: 135).

<sup>278</sup> Siehe: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/bestandenepruefungen-gruppen.html> (letzter Abruf: 05.09.2023).

<sup>279</sup> Heim (2020: 29).

<sup>280</sup> In Deutschland artikuliert sich das Recht auf Arbeit auf das Recht freier Berufswahl und das Recht, unter Wahrung der menschlichen Würde arbeiten zu können. Ob ein weitergehendes Recht auf Arbeit bei allen Betroffenen auf Gegenliebe stoßen würde, erscheint zudem fraglich. Manche Betroffene würden es wohl eher als Zwang – im Sinne des nationalsozialistischen Spruchs „Arbeit macht frei“ – erleben, so eine selber betroffene Fachkraft.

fokussiert und etwaige Vermögenswerte ebenso unberücksichtigt bleiben wie Unterstützungsmöglichkeiten durch gut situierte Verwandte ändert nichts an der höheren Armutsbetroffenheit. Armut erweist sich für psychisch erkrankte Personen als eine zentrale Teilhabebarriere, die die persönlichen Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen zu verdoppeln vermag. Vor dem Hintergrund der hohen Armutsquoten sollte armutssensiblen Perspektiven in der (sozial-)psychiatrischen Behandlung und Unterstützung grundsätzlich ein hoher Stellenwert beigemessen werden – auch und gerade in der Gestaltung von spezifischen Angeboten für psychisch erkrankte Personen und in der Gestaltung von zielgruppenübergreifenden Sozialraumangeboten.<sup>281</sup> Armutspolitik ist auch in sozialpsychiatrischer Hinsicht als (primäre, sekundäre und tertiäre) Präventionspolitik zu begreifen.

---

<sup>281</sup> Frisch, Thoma & Zedlick (2021: 24).



## Kapitel 5

### Wohnen und Wohnumfeld



## 5. Wohnen und Wohnumfeld

### 5.1 Vorbemerkungen: Zentrale Rahmenbedingungen und Bedeutung des Handlungsfeldes

#### 5.1.1 Zentrale Rahmenbedingungen

Als zentrale strukturelle Rahmenbedingungen lassen sich nennen:

- **Wohnungsmarkt.** Die Nachfrage nach Wohnraum übersteigt in München seit Jahren deutlich das Wohnungsangebot. Wohnraum bleibt, wie es im jüngsten Armutsbericht prägnant heißt, „knapp und teuer.“<sup>282</sup> Insbesondere Familien fällt es schwer, bezahlbaren und ausreichend großen Wohnraum auf dem freien Markt zu finden. Die durchschnittliche Mietbelastungsquote, also der Anteil am Haushaltsnettoeinkommen, der für die Bruttokaltmiete aufgebracht werden muss, lag bereits 2018 für die Landeshauptstadt München bei 30,6 Prozent.<sup>283</sup> Für 2021 liegt diesbezüglich leider keine Berechnung vor. Die Münchner Bürgerbefragung 2021 zeigt aber, dass „62 Prozent der Befragten in armen Haushalten 40 Prozent oder mehr ihres Einkommens für die Miete aufwenden müssen. Bei Befragten in Haushalten der unteren und oberen Mitte reduziert sich dieser Anteil bereits auf 26,4 Prozent beziehungsweise 6,7 Prozent, bei Befragten in reichen Haushalten auf 2,2 Prozent.“<sup>284</sup> Kurzum: Die sozialen Teilhabechancen ärmerer Haushalte werden bereits durch die Struktur des Münchner Wohnungsmarkt nachhaltig eingeschränkt.

Vor dem Hintergrund ihrer deutlich höheren Armutsbetroffenheit (siehe Kap. 4.4), muss der Mangel an preiswerten Wohnungen Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders hart treffen – ganz unabhängig von etwaigen weiteren Diskriminierungen.

- **Geförderter Wohnraum.** Die Zahl der Anträge auf eine geförderte Wohnung bewegt sich in München seit Jahren auf einem sehr hohen Niveau. 2021 belief sich deren Zahl auf knapp 29.000. Bedenkt man, dass jährlich „nur“ zwischen 2.500 und 3.000 Wohneinheiten über das Amt für Wohnen und Migration vergeben werden können,<sup>285</sup> werden die Herausforderungen für einkommensschwächere Haushalte deutlich. Zwar sind Menschen mit Schwerbehinderung bei der Vergabe leicht überrepräsentiert. Aber da psychisch schwerer beeinträchtigte Menschen oft keinen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung stellen (siehe Kap. 2.1.3), vermögen sie hiervon nur bedingt zu profitieren. Dies gilt auch mit Blick auf das Vergabekriterium „gesundheitliche Gründe“, spielen diese bei der Vergabe doch nur insofern eine Rolle, als „eine konkrete gesundheitliche Gefährdung festgestellt wird, die in ursächlichem Zusammenhang mit einem erwiesenen nicht behebbaren Mangel der Wohnung steht.“<sup>286</sup>
- **Unterstützende Wohnformen.** Bezüglich 2021 weisen die Statistiken des Bezirks Oberbayern<sup>287</sup> für Menschen mit seelischer Behinderung auf dem Gebiet der Landeshauptstadt München 2.852 Plätze für das Betreute Einzelwohnen (BEW) sowie 1.228 Plätze in Therapeutischen Wohngemeinschaften aus; dies entspricht mehr als 50% der im Bezirk Oberbayern insgesamt vorgehaltenen Plätze. Die Zahl der Plätze in besonderen Wohnformen belief sich 2021 wie bereits in den Vorjahren hingegen „nur“ auf 344. bzw. unter Berücksichtigung des Übergangsbereichs auf 557. Mit Blick auf die Gruppe der sog. seelischen behinderten Erwachsenen beläuft sich die Ambulantisierungsquote in München damit mittlerweile auf rund 88% - Tendenz steigend. Die Frage, inwieweit der Bedarf nach ambulanten Wohnangeboten damit gedeckt werden kann, wurde von den von uns befragten Fachexpert\*innen unterschiedlich beantwortet. In der Online-Befragung wurde gelegentlich ebenfalls ein Ausbau angemahnt, nicht zuletzt in Form trägerbezogenen Wohnraums (siehe Kap. 5.4.2). Ein abschließendes Urteil über die Bedarfsgerechtigkeit des Angebots kann im Rahmen der vorliegenden Übersichtsstudie nicht getroffen werden.

---

<sup>282</sup> Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2022: 94). Für die Jahre 2016 bis 2020 weist der Armutsbericht einen Anstieg der nettokalten Mieten um 12,2% (von 18,72 auf 21,20 Euro/qm; Erstbezugsmieten) bzw. um 26,5% (von 15,50 auf 19,60 Euro/qm; Wiedervermietungen) aus.

<sup>283</sup> Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2022: 272, Fn 104).

<sup>284</sup> Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2022: 101).

<sup>285</sup> Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2022: 96, 98).

<sup>286</sup> Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2022: 96).

<sup>287</sup> Bezirk Oberbayern (2021)

### 5.1.2 Bedeutung des Handlungsfeldes

Für das Gelingen einer selbstbestimmten alltäglichen Lebensführung spielt das Wohnen eine herausragende Rolle. Die Wohnung, die einen Großteil der alltäglichen Aktivitäten der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens umfasst, bildet den Kernbereich der Privatsphäre. Als Ort der Beheimatung und persönlichen Souveränität, als potenzieller Rückzugsort aus der Hektik und der oft anzutreffenden Stigmatisierung und Ausgrenzung spielt sie gerade für psychisch (schwerer) beeinträchtigte Menschen eine zentrale Rolle.

Selbstständiges Wohnen trägt wesentlich zur psychischen Stabilisierung und besseren Bewältigung des Alltags bei. Umgekehrt ist es zentral, dass für schwerer psychisch beeinträchtigte Menschen, „denen ein selbstständiges Leben im eigenen Haushalt Schwierigkeiten bereitet, entsprechende organisierte Formen des Zusammenlebens angeboten werden.“<sup>288</sup> Zu ihnen zählen neben ambulant betreutem Einzelwohnen (BEW) und therapeutischen Wohngemeinschaften auch stationäre Wohneinrichtungen.<sup>289</sup> Im Sinne der UN-BRK ist es dabei entscheidend, dass das in Artikel 19 verbrieftete Recht auf eine freie Wahl der Wohnformen gewährt bleibt. Der angespannte Münchner Wohnungsmarkt setzt hier allerdings insofern Grenzen, als er die Nachfrage nach institutionalisierten Wohnformen befördert bzw. gewünschte Auszüge aus diesen erschwert (Kap. 5.3.1).

Wohnen sollte allerdings nicht auf das Vorhandensein von Wohnraum bzw. auf den Zugang zu eigenem Wohnraum reduziert werden, mögen sich gerade psychisch beeinträchtigte Personen hier auch immer wieder besonderen Problemen gegenübersehen (siehe unten). Wohnzufriedenheit und gesellschaftliche Teilhabe werden eben auch über „die Qualität des Zusammenlebens von Menschen mit und ohne psychische Beeinträchtigungen“ im nachbarschaftlichen Umfeld<sup>290</sup> und die infrastrukturelle Ausstattung im Nahraum nachhaltig beeinflusst (siehe Kap. 5.3.2).

## 5.2 Quantitative Perspektiven: Ergebnisse der ZBFS-Befragung

Im Folgenden werden die zentralen Erkenntnisse der ZBFS-Befragung zusammenfassend dargestellt. Ausdrücklich sei noch einmal erwähnt, dass die Befragung nicht den Anspruch erhebt bzw. erheben kann, repräsentative Aussagen über „die“ Gruppe der schwerer psychisch erkrankten Menschen zu treffen. Gleichwohl vermögen die im Folgenden berichteten Zusammenhänge doch Hinweise auf Problemfelder und etwaige Handlungsbedarfe im Bereich Wohnen zu geben.

### 5.2.1 Haushaltsstruktur

**Haushaltsgröße.** Dass im Vergleich zur erwachsenen Münchner Gesamtbevölkerung überproportional viele der befragten seelisch behinderten Menschen (45,6% gegenüber 26,0%) in einem Ein-Personen-Haushalt leben, wurde bereits hingewiesen (siehe Kap. 1.2.1). Wie Tabelle 5.1 zeigt, differiert die Haushaltsgröße vor allem nach Migrationshintergrund bzw. Staatsbürgerschaft. Nach Alter und Geschlecht fallen die Unterschiede deutlich weniger ins Gewicht, sieht man einmal davon ab, dass ältere Befragte (60 Jahre und mehr) erwartungsgemäß kaum (mehr) in größere Haushaltsstrukturen eingebunden sind.

---

<sup>288</sup> BMAS (2021: 338-339).

<sup>289</sup> Der Begriff der stationären Wohneinrichtung ist mit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), das die bisherige Trennung von ambulanten und stationären Wohnformen aufgehoben hat, sicherlich obsolet geworden: (Die ehemals) stationären Einrichtungen werden seitdem als „besondere“ beziehungsweise „gemeinschaftliche Wohnformen“ (§ 42a SGBXII) bezeichnet. Insofern der Begriff der stationären Einrichtung aber weiterhin im alltäglichen Sprachgebrauch Verwendung findet, soll er hier weiterhin genutzt werden.

<sup>290</sup> Paritätischer Gesamtverband (2019: 4).

**Tabelle 5.1: Haushaltsgröße der Befragten nach ausgewählten Merkmalen der Befragten** (absolut und in Prozent (Zeilenprozentwerte))

	In einem Haushalt mit .... Person(en) leben ...					Durchschnittliche Anzahl
	n=	1	2	3	4 u. mehr	
<b>Insgesamt</b>	<b>432</b>	<b>45,6</b>	<b>31,3</b>	<b>13,2</b>	<b>10,0</b>	<b>1,9</b>
<b>Nach Alter</b>						
18-39 Jahre	58	46,6	19,0	22,4	12,0	2,1
40-49 Jahre	82	32,9	34,1	17,1	15,9	2,2
50-59 Jahre	167	40,1	34,1	13,2	12,6	2,0
60 Jahre und älter	74	45,9	41,9	10,8	1,4	1,7
<b>Nach Geschlecht</b>						
Männer	152	44,7	29,6	11,8	13,8	2,0
Frauen	264	46,2	32,6	13,6	7,5	1,9
Divers / keine Angabe	*	*	*	*	*	*
<b>Nach Migrationshintergrund (MH)   Staatsbürgerschaft (SB)</b>						
Deutsche ohne MH	286	51,0	33,6	8,7	6,5	1,7
Deutsche mit MH	68	38,2	26,5	14,7	20,6	2,2
Ausländische SB	52	23,1	26,9	34,6	15,4	2,5

\* Geringe Fallzahlen. Aus methodischen und Datenschutzgründen nicht ausweisbar.

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Eine Auswertung nach (Selbst-)Diagnose ergibt eine Schwankungsgröße bezüglich der durchschnittlichen Haushaltsgröße von 2,3 (Selbstdiagnose „Autismus“) bis 1,6 (Selbstdiagnosen „Manisch-depressive Erkrankung“ und „Suchterkrankung“). Allerdings sind die Fallzahlen zu gering, um hieraus weitergehende Schlussfolgerungen ableiten zu können.

**Haushaltszusammensetzung.** Die meisten Befragten wohnen in reinen Erwachsenenhaushalten: Berücksichtigt man auch die in Einrichtungen lebenden Männer und Frauen ergibt sich in der ZBFS-Befragung eine Quote von 88,9%; ohne diesen Personenkreis sind es 88,5%. Allerdings zeigen sich – durchaus erwartungsgemäß - deutliche Unterschiede nach Alter und Migrationshintergrund bzw. Staatsbürgerschaft: Während nur in 7,0% der Haushalte von Befragten ohne Migrationshintergrund *minderjährige* Kinder wohnen, sind es bei den beiden Vergleichsgruppen 17,4% (Deutsche mit Migrationshintergrund) bzw. 27,5% (Befragte mit ausländischer Staatsangehörigkeit). Nach Geschlecht ergibt sich hingegen kein erkennbares Muster. Deutlich wird, dass in der sozialpsychiatrischen Behandlung und Unterstützung von Migrant\*innen dem Thema „Kinder psychischer erkrankter Eltern“ ein großes Gewicht beigemessen werden muss.

Insgesamt lebt ein gutes Drittel (35,9%) der Befragten mit ihrem/ihrer Partner\*in in einem Haushalt, sei es allein mit diesem bzw. dieser (22,9%) oder gemeinsam mit ihren minder- bzw. volljährigen Kindern (13,0%). Nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund zeigen sich dabei beträchtliche Unterschiede. So leben und wirtschaften Befragte ohne deutsche Staatsbürgerschaft deutlich seltener in reinen Partnerhaushalten, aber dafür häufiger in Elternhaushalten und anderen Privathaushalten. Nachfolgende Tabelle verdeutlicht dies:

**Tabelle 5.2: Haushaltszusammensetzung nach ausgewählten Merkmalen der Befragten (absolut und in Prozent (Zeilenprozentwerte))**

	n=	Allein (privat)	Nur mit Partner*in	Mit Partner*in & Kinder*in	Andere Privathaushalte	Einrichtung / Anderes
<b>Insgesamt</b>	<b>437</b>	<b>43,5</b>	<b>22,9</b>	<b>13,0</b>	<b>16,7</b>	<b>3,9</b>
<b>Nach Alter</b>						
18-39 Jahre	59	44,1	*	*	39,0	*
40-49 Jahre	82	30,5	18,3	23,2	23,2	*
50-59 Jahre	168	39,3	27,4	19,0	10,7	3,6
60 Jahre u. älter	74	41,9	40,5	*	12,2	*
<b>Nach Geschlecht</b>						
Männer	155	41,3	20,6	16,8	14,9	6,5
Frauen	266	44,7	24,8	11,3	16,9	2,3
Divers / keine Angabe	*	*	*	*	*	*
<b>Nach Migrationshintergrund (MH)   Staatsbürgerschaft (SB)</b>						
Deutsche ohne MH	288	49,3	25,0	8,3	13,9	5,2
Deutsche mit MH	69	36,2	18,8	20,3	20,3	*
Ausländische SB	54	20,4	16,7	31,5	25,9	*

\* Geringe Fallzahlen. Aus methodischen und Datenschutzgründen nicht ausweisbar.

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Die differenzierte Auswertung der Kategorie „Andere Privathaushalte“<sup>291</sup> zeigt, dass immerhin knapp sieben Prozent der befragten Frauen allein mit einem oder mehreren ihrer Kinder lebten (bei Männern ist dies fast nie anzutreffen). Nur mit ihren Eltern leben immerhin knapp sechs Prozent der befragten Männer und vier Prozent der Frauen;<sup>292</sup> ein gutes Viertel der Eltern (26,9%) waren dabei 75 Jahre und älter, dürften also in der einen oder anderen Form selbst unterstützungsbedürftig sein – auch und gerade vor dem Hintergrund der hohen Belastungen, denen sich solche Eltern häufig gegenübersehen. Beide Haushaltsformen legen einen familienzentrierten Interventionsbedarf nahe. Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte dieser Fragestellung aber nicht weiter nachgegangen werden.

### 5.2.2 Wohndauer, Wohnverhältnisse und Wohnzufriedenheit

**Zuzug nach München.** Ein gutes Viertel (26,0%) der Befragten, über die wir diesbezüglich Angaben haben (n=381), lebt seit seiner Geburt in München. Gut die Hälfte der Zuzüge (51,1%) erfolgte im jüngeren Erwachsenenalter (18-29 Jahre); nur ein kleiner Teil (14,9%) der „Zuzügler\*innen“ hatte das vierzigste Lebensjahr bereits überschritten. Ob bzw. inwieweit die *relativ* gute Behandlungs- und Unterstützungsstruktur für psychisch erkrankte Menschen (siehe Kap. 3.1.1) eine Rolle für die Zuzugsentscheidung spielte – sei es für die Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher oder sei es für die Betroffenen selbst –, lässt sich nicht beantworten. Dass knapp 40% (39,8%) der „Zuzügler\*innen“ berichtete, zum Zeitpunkt ihres Zuzugs bereits größere psychische Probleme verspürt zu haben,<sup>293</sup> sollte gegenüber anderen Pull-Faktoren (z.B. Arbeit, Familie) nicht überinterpretiert werden.

<sup>291</sup> Hierunter verbergen sich unter anderem die Kategorien „nur mit Kind(ern)“ und „nur mit Eltern“.

<sup>292</sup> Datenschutzerwägungen lassen eine differenzierte Auswertung nach Alter und Migrationshintergrund leider nicht zu.

<sup>293</sup> Die zugrundeliegende Frage (F5) lautete: „Psychische Beeinträchtigungen spielen sich im Inneren von betroffenen Menschen ab und entwickeln sich manchmal sehr langsam. In welchem Jahr hatten Sie zum ersten Mal das Gefühl, größere psychische Probleme zu haben?“ Mehrfachantworten wurden hierbei zugelassen. Insgesamt antworteten 431 Personen auf diese Frage.

**(Unter-)Miete und Eigentum.** Knapp drei Viertel (69,7%) der Befragten, die hierzu eine Angabe machten,<sup>294</sup> leben zur Miete oder Untermiete.<sup>295</sup> In der eigenen Eigentumswohnung oder im eigenen Haus wohnt etwa ein Fünftel (21,2%). Unter den befragten Deutschen ohne Migrationshintergrund ist knapp ein Viertel (24,6%) Eigentümer bzw. Eigentümerin. Bei den Deutschen mit Migrationshintergrund sind es 19,1% und bei den Befragten mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft 5,8%. Diese Verteilung ist angesichts der unterschiedlichen Finanzkraft der jeweiligen Haushalte (siehe Kap. 4.4) wenig überraschend. Die Mietquoten streuen zwischen 66,7% (Deutsche ohne Migrationshintergrund) und 86,5% (Befragte ohne deutsche Staatsbürgerschaft). Frauen verfügen mit 23,7% etwas häufiger über Wohneigentum als die befragten Männer (17,2%). Durchaus erwartungsgemäß steigt die Eigentumsquote mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. Dies spiegelt die differierenden Möglichkeiten zur Eigentumbildung sowie die Lebenslaufposition wider. Tabelle 5.3 fasst das Gesagte zusammen:

**Tabelle 5.3: Wohnverhältnis nach ausgewählten Merkmalen der Befragten** (absolut und in Prozent (Zeilenprozentwerte))

	n=	Zur (Unter-) Miete	Im Eigentum	Ohne Angabe / andere Wohnarrangements
<b>Insgesamt</b>	<b>429</b>	<b>69,7</b>	<b>21,2</b>	<b>9,1</b>
<b>Nach Alter</b>				
18-39 Jahre	59	61,0	11,9	27,1
40-49 Jahre	80	73,8	16,3	10,0
50-59 Jahre	165	67,3	27,3	5,5
60 Jahre u. älter	72	*	34,7	*
<b>Nach Geschlecht</b>				
Männer	151	71,5	17,2	11,3
Frauen	262	69,1	23,7	7,3
Divers / keine Angabe	*	*	*	*
<b>Nach Migrationshintergrund (MH)   Staatsbürgerschaft (SB)</b>				
Deutsche ohne MH	285	66,7	24,6	8,8
Deutsche mit MH	68	70,6	19,1	10,3
Ausländische SB	52	86,5	*	*

\* Geringe Fallzahlen. Aus methodischen und Datenschutzgründen nicht ausweisbar.

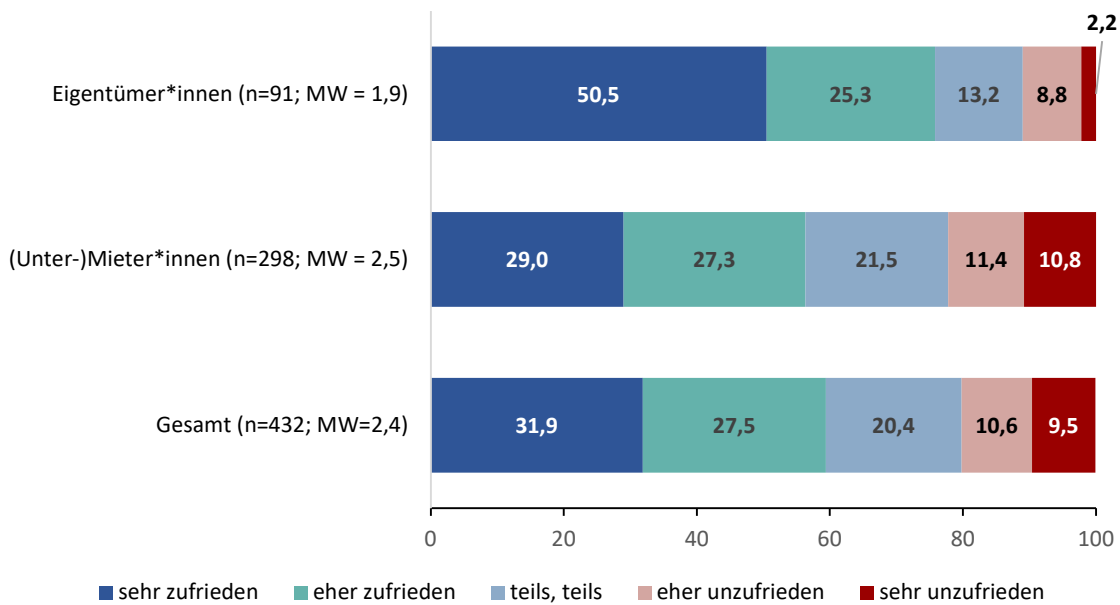
Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

**Wohnzufriedenheit.** Nach ihrer Zufriedenheit mit ihrer derzeitigen Wohnung befragt, äußerten sich fast 60% „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Rund ein Fünftel (21,1%) erklärte sich „eher unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“. Dies ergibt einen „Mittelwert“ (MW) von 2,4 auf der 5-stufig abgefragten Skala (1=sehr zufrieden bis 5=sehr zufrieden). Die Zufriedenheit wird – wenig überraschend – entscheidend über den Eigentumsstatus vermittelt: Die höhere Zufriedenheit von Eigentümer\*innen (MW=1,9) gegenüber (Unter-)Mieter\*innen (MW=2,5) erweist sich im statistischen Sinne als hoch signifikant.

<sup>294</sup> Die zugrundeliegende Frage (F20) lautete: „Wohnen Sie .... (a) in einer Eigentumswohnung bzw. im eigenen Haus? b) in einer Wohnung oder Haus zur Miete oder zur Untermiete? c) in einer selbstorganisierten Wohngemeinschaft d) in der Wohnung bzw. im Haus Ihrer Eltern oder von Verwandten? e) im betreuten Einzelwohnen? f) in einer „besonderen Wohnform“ für Menschen mit Behinderungen (z.B. therapeutische Wohngemeinschaft, betreute Wohngemeinschaft, stationäre Einrichtung, Wohnheim)? g) in einer städtischen Unterkunft (z.B. Wohnungsnotfall)? h) Anderes?“

<sup>295</sup> Unter der Annahme, dass die Nutzer\*innen des betreuten Einzelwohnens und die Bewohner\*innen selbstorganisierter Wohngemeinschaften sowie die im Hause ihrer Eltern oder sonstiger Verwandten Lebenden im Regelfall ebenfalls in Miete wohnen, erhöht sich die Mietquote um 5,1% auf 74,5%.

**Abbildung 5.1: Zufriedenheit mit der jetzigen Wohnsituation nach Eigentumsstatus (ohne „keine Angabe“; in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Wenngleich die Zufriedenheit mit zunehmendem Alter kontinuierlich ansteigt und Frauen etwas zufriedener sind als Männer, bleiben die Zufriedenheitsmuster entlang dieser beiden Achsen doch weitgehend stabil (im statistischen Sinne). Sie werden ihrerseits stark durch die Unterschiede im Wohnstatus überlagert (siehe oben). Allerdings beurteilen Ältere (60 Jahre und älter) auch bei Kontrolle des Wohnstatus (Eigentum versus (Unter-)Miete) ihre Wohnsituation signifikant besser als die Betroffenen der anderen Altersgruppen. Die größere Unzufriedenheit von Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft (MW = 2,8)<sup>296</sup> kann ebenfalls nur bedingt über Unterschiede im Wohnstatus erklärt werden. Dies ist wenig überraschend: Angesichts des deutlich höheren Armutsrisikos der ausländischen Haushalte (siehe Kap. 4.4) ist anzunehmen, dass nicht-deutsche Betroffene nicht nur in beengteren und schlechter ausgestatteten Wohnungen leben, sondern auch an schlechteren Standorten und mit dem Gefühl einer geringeren Akzeptanz in ihren Nachbarschaften als deutsche Frauen und Männer. Generell zeigt sich ein statistisch (leicht) signifikanter Zusammenhang zwischen der Wohnzufriedenheit und der Einbindung in die Nachbarschaft.<sup>297</sup> Ein enger (statistisch signifikanter) Zusammenhang zeigt sich auch zwischen der Wohnzufriedenheit und der subjektiv wahrgenommenen Schwere der psychischen Erkrankung, im Sinne: „je kränker, desto unzufriedener“ mit der Wohnsituation.

Berücksichtigt man die Haushaltsform, zeigen sich Befragte, die in einem Paarhaushalt bzw. die alleine leben am zufriedensten: 68,7% (reiner Paarhaushalt) bzw. 61,5% (alleinlebend) von ihnen gaben an, mit ihrer jetzigen Wohnsituation sehr oder eher zufrieden zu sein. Bezogen auf alle anderen Haushaltsformen<sup>298</sup> äußerte sich nur jede\*r Zweite (50,0%) entsprechend. Auffällig ist die hohe Wohnzufriedenheit von Bewohner\*innen des Betreuten Einzelwohnens (70% äußerten sich sehr oder eher zufrieden) – allerdings ist die Fallzahl in diesem Fall sehr gering (n=10).

Von den 175 Befragten, die mit ihrer aktuellen Wohnsituation nicht zufrieden waren, machten 165 nähere Angaben zu den Gründen. Im Vordergrund stehen dabei die Unzufriedenheit mit der Größe der Wohnung bzw. des Zimmers (46,6%), die zu hohe Miete (37,1%) sowie häufige Probleme mit den jeweiligen Nachbar\*innen (34,5%). Rund ein Viertel (23,0%) begründete seine Unzufriedenheit mit mangelnder Selbstbestimmung. Bei den unzufriedenen Personen, die erklärten, in gruppenbezogenen Wohnformen oder mit Partner\*innen samt

<sup>296</sup> Für die beiden andere Gruppen belaufen sich die Mittelwerte auf 2,3 (Deutsche ohne Migrationshintergrund) und 2,5 (Deutsche mit Migrationshintergrund).

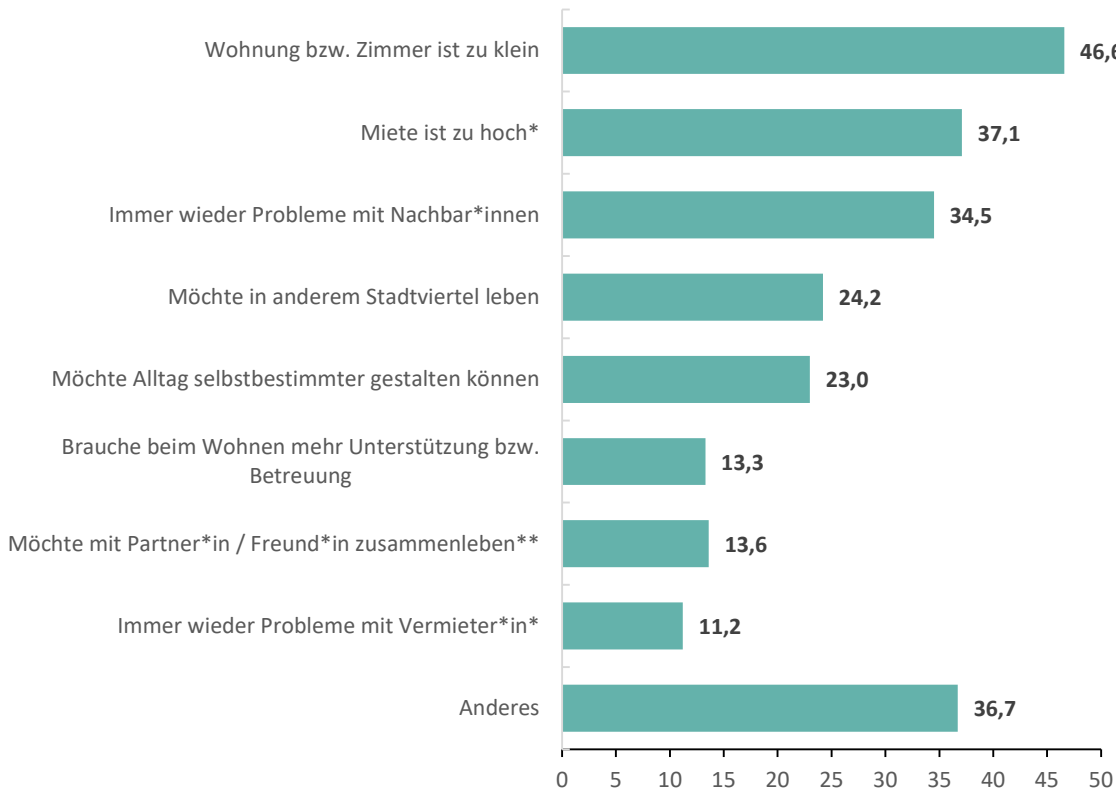
<sup>297</sup> Die Einbindung wurde dabei über die Antwort zur Aussage „Ich fühle mich in meiner Nachbarschaft isoliert“ (Frage 24) operationalisiert.

<sup>298</sup> Dies sind: Haushalte mit Partner\*in und Kind(ern), nur mit Kind(ern), nur mit Eltern, andere Privat-Haushalte sowie Einrichtungen.



Kind(ern) zu leben, erhöht sich dieser Anteil allerdings auf 42,8% (gruppenbezogene Wohnformen) bzw. 44,4% (mit Partner\*innen & Kindern).<sup>299</sup> Wenngleich sich eine „Hochrechnung“ auf die Gesamtgruppe der Befragten bzw. die Gesamtzahl der einzelnen Haushaltstypen verbietet,<sup>300</sup> deuten sich hier doch Teilhabehindernisse im Sinne von Einschränkungen bei der Wohnortwahl an.

**Abbildung 5.2: Gründe für geringe Zufriedenheit mit der jetzigen Wohnsituation (n=165; in Prozent; Mehrfachantworten)**



\* Nur Mieter\*innen-Haushalte; \*\* Nur Personen, die nicht mit Partner\*in zusammenleben.

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Von den 61 Personen, die die obige Frage mit „Anderes“ beantworteten, nannte über die Hälfte (n=34) den Zustand, die Ausstattung oder Lage der Wohnung als Grund für ihre Unzufriedenheit. Dabei dominierten die Themen „Lärm“ (n=17), „schlechter Wohnstandard (z.B. Schimmel, Kälte; n=10) und „mangelnde Barrierefreiheit“ (n=5). An zweiter Stelle steht die Unzufriedenheit mit dem Leben in der Stadt insgesamt (v.a. Preise, Angst vor Luxussanierung, Hektik) bzw. der Wunsch, lieber auf dem Land zu leben (n=15). Weitere Probleme mit der Nachbarschaft bzw. dem Wohnumfeld (z.B. Drogenkonsum) machten sechs Personen geltend.

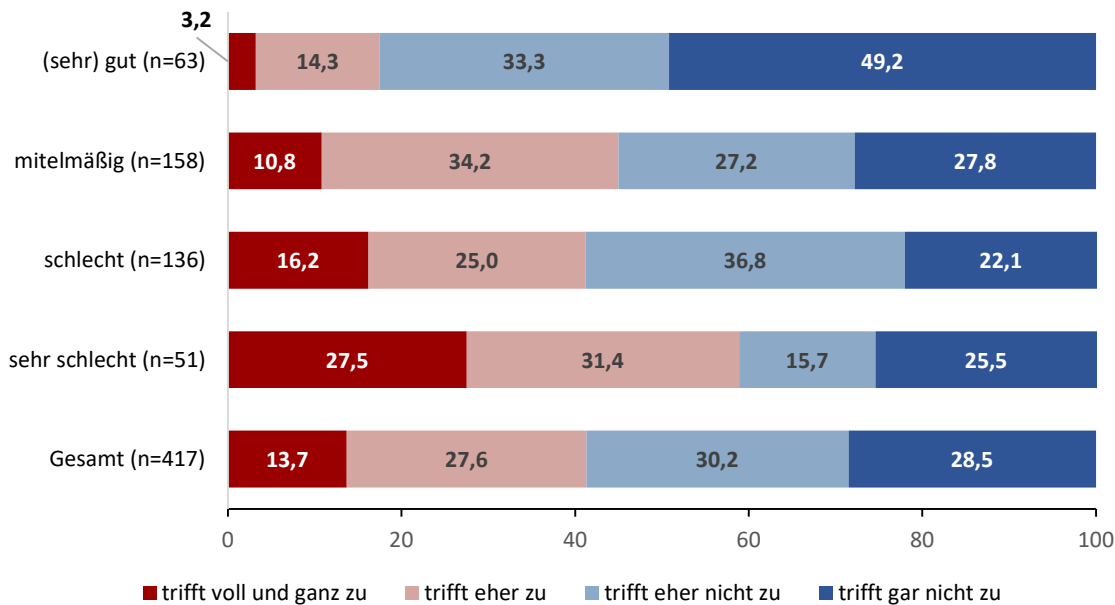
**Einbindung Wohnumfeld / Nachbarschaft.** Gut vierzig Prozent der Befragten (41,3%) stimmten der Aussage „Ich fühle mich in meiner Nachbarschaft isoliert“ ganz oder eher zu. Männer bezeichneten sich dabei als ein bisschen isolierter als Frauen; Deutsche ohne Migrationshintergrund als besser integriert als die beiden

<sup>299</sup> Eine differenzierte Auswertung der Haushaltseinbettung jener Personen, die erklärten, beim Wohnen mehr Unterstützung zu benötigen, verbietet sich auf Grund der geringen Fallzahlen. Allerdings bestehen wenig Zweifel, dass Betroffene, die mit ihren Partner\*innen und Kind(ern) zusammenleben, hier ebenfalls überdurchschnittlich oft einen Unterstützungsbedarf anmelden. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass eine entsprechende Einbettung, so wertvoll sie für die Betroffenen auch sein mag, doch häufig mit Überforderungen bzw. Einschränkungen einhergeht.

<sup>300</sup> Eine solche Prozentuierung der absoluten Werte würde die Probleme insofern unterschätzen, als auch Personen, die mit ihrer aktuellen Wohnsituation sehr oder eher zufrieden sind, entsprechende Probleme geltend machen könnten. Verlässlich abschätzen lässt sich dies aber nicht.

Gegengruppen. Die Unterschiede fallen in all diesen Fällen allerdings nur schwach aus; im statistischen Sinne sind sie nicht relevant. Als signifikant erweist sich in diesem Zusammenhang jedoch die psychische Gesundheit: Je schlechter die psychische Gesundheit eingeschätzt wird, desto stärker ist das subjektive Isolationsgefühl.<sup>301</sup> Im Gegensatz hierzu spielen wahrgenommene Unterschiede in der körperlichen Gesundheit keinerlei Rolle. Unabhängig hiervon weisen die Ergebnisse auf einen Bedarf an Begegnungsangeboten / Kennenlern-Möglichkeiten in den Sozialräumen vor Ort hin.

**Abbildung 5.3: Zustimmung zur Aussage „Ich fühle mich in meiner Nachbarschaft isoliert“ nach Grad der psychischen Gesundheit (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Durchaus erwartungsgemäß fühlen sich Befragte, die mit ihrem / ihrer Partner\*in (allein oder mit Kind(ern)) zusammenleben am wenigsten isoliert: „Nur“ 30,9% (mit Partner\*in und Kind(ern) bzw. 38,5% (nur mit Partner\*n) stimmten der Aussage „Ich fühle mich in meiner Nachbarschaft isoliert“ ganz oder eher zu.<sup>302</sup> Auffällig ist jedoch das relativ starke Isolationsgefühl bei Betroffenen, die das Betreute Einzelwohnen nutzen (55,5%) oder die nur mit ihren Eltern bzw. nur mit einem Elternteil zusammenwohnen (47,0%). Allerdings sind die Grundgesamtheiten in den beiden Fällen jeweils gering; die Ergebnisse sind insofern mit Vorsicht zu interpretieren. Für befragte Fachkräfte des BEW war das Ergebnis allerdings wenig überraschend:

*„Vereinsamung ist ein Problem, gerade wenn Personen im betreuten Einzelwohnen betreut werden. Sie schaffen trotz gutem Willen Termine nicht, brauchen jemand, der das wahrnimmt und sie dennoch eigenständig leben können.“ (Online-Befragung | Fachkraft).*

<sup>301</sup> Die Art der psychischen Erkrankung (Diagnose) erweist sich demgegenüber als sekundär.

<sup>302</sup> Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen wird im Folgenden wieder auf einen Vergleich der Mittelwerte zurückgegriffen.

## 5.3 Qualitative Perspektiven

### 5.3.1 Probleme beim Zugang zum Wohnungsmarkt

**Ergebnisse der Online-Befragung im Überblick.** Im Rahmen der Online-Befragung machten insgesamt 264 Personen nähere Angaben zu den Barrieren, denen sich psychisch erkrankte Personen in München auf dem Wohnungsmarkt gegenübersehen, davon bezeichneten sich 99 Kommentierende als aktuell psychisch erkrankt.

Im Vordergrund der Kritik steht der Mangel an bezahlbarem Wohnraum, vor allem in Form von Sozialwohnungen: Knapp 60% aller Betroffenen und gut 50% aller Befragungsteilnehmer\*innen insgesamt formulierten dies als das zentrale Teilhabebehindernis. Dies ist vor dem Hintergrund des deutlich erhöhten Armutsrisikos schwerer psychisch erkrankter Menschen (siehe Kap. 4.4) nicht überraschend.

An zweiter Stelle stehen Barrieren, die sich direkt oder indirekt aus der Krankheit selbst ergeben bzw. mit dieser zusammenhängen. Analytisch lassen sich dabei vier Aspekte unterscheiden:

- Falls eine psychische Beeinträchtigung oder abweichendes Verhalten bei einem / einer potenziellen Mieter\*in bekannt bzw. erkennbar ist, wirke sich dies, so etwa ein Viertel der Befragten, negativ auf die Chancen aus, einen Zuschlag für eine Wohnung zu erhalten.
- Etwaige Benachteiligungen durch Vermieter\*innen erfolgten oft auch indirekt - durch vermeintlich „neutrale“ Erwartungen, Erwartungen, die psychisch erkrankte Personen aufgrund ihrer Biografien eben immer wieder nicht erfüllen könnten (z.B. Forderung nach Vorlage eines unbefristeten Arbeitsvertrags).
- Mangelnde kommunikative Kompetenzen mancher Betroffener, um bei der Suche gegenüber ihren eloquenteren Mitbewerber\*innen überhaupt bestehen zu können bzw. die Angst, nicht über die notwendigen Fähigkeiten und das notwendige Selbstbewusstsein zu verfügen. Im Extremfall könne es auch vorkommen, dass eine Person aufgrund ihrer krankheitsbedingten Antriebslosigkeit überhaupt nicht in der Lage sei, auf Wohnungssuche zu gehen.
- Als einschränkend werden auch die städtischen Vorgaben und Richtlinien im Rahmen der Vergabe von Sozialwohnungen erlebt.<sup>303</sup> So wird das Antragsverfahren auch und gerade für psychisch erkrankte Personen oftmals einfach zu komplex erlebt – allen Bemühungen der Betroffenen, den Vorgaben gerecht zu werden, zum Trotz.

Abgesehen davon bezog sich die Kritik vor allem auf den zu geringen Ausbau betreuter bzw. institutionalisierter Wohnformen (6,8% aller Befragten). Zudem wurde mehr Unterstützung Betroffener bei der Wohnungssuche und danach gewünscht (6,1% aller Befragten).

Das Risiko, dass Betroffene ihren Mietzahlungen und anderen Verpflichtungen aus dem Mietvertrag aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr nachkommen könnten und ein Wohnungsverlust aufgrund von Mietschulden oder Nachbarschaftskonflikten drohe, wurde hingegen nur sehr vereinzelt vorgebracht (2,3% aller Befragten) – was aber nichts an der Relevanz des Themas ändert (siehe Kap. 5.3.2)

---

<sup>303</sup> In der Online-Befragung wurde diesbezüglich auch der Wunsch geäußert, dass psychische Erkrankungen bei der Punktebemessung – im Sinne einer Gleichbehandlung mit körperlichen Einschränkungen – stärker berücksichtigt werden sollten. Allerdings werden diese, wenn bekannt, bereits gleichermaßen berücksichtigt.

**Tabelle 5.4: Die größten Probleme im Bereich Wohnen aus Sicht der Befragten** (absolut (Zahl der Codierungen) & in Prozent (auf Befragte); offene Frage (Mehrfachcodierungen möglich))

	Betroffene (n=99)		Befragte gesamt (n=264)	
	abs.	%	abs.	%
<b>Münchener Wohnungsmarkt generell problematisch, davon</b>	<b>59</b>	<b>59,6</b>	<b>144</b>	<b>54,5</b>
– Mangel an bezahlbarem Wohnraum generell	50		110	
– Zu wenig Sozialwohnungen bzw. geförderte Wohnungen	9		36	
<b>Zugang zu Wohnungsmarkt aufgrund psychischer Erkrankung erschwert, davon</b>	<b>37</b>	<b>37,4</b>	<b>110</b>	<b>41,7</b>
– Konkrete direkte bzw. indirekte (biographiebedingte) Diskriminierung durch (potenzielle) Vermieter*innen	20		73	
– Antragsverfahren für Sozialwohnungen berücksichtigt psychische Erkrankungen nicht genügend bzw. ist für Betroffene zu kompliziert	6		23	
– Wohnraumsuche ist für Betroffene extrem anstrengend („innere Barrieren“ / fehlende kommunikative Kompetenzen erschweren Suche zusätzlich)	9		18	
– Personen haben allgemein schlechte Chancen auf Wohnungsmarkt (kein spezifischer Grund genannt)	4		13	
<b>Kritik an vorhandenen Unterstützungsangebote, davon</b>	<b>13</b>	<b>13,1</b>	<b>42</b>	<b>15,9</b>
– Zu wenig aktive Unterstützung bei der Wohnungssuche	11		19	
– Zu wenig betreute bzw. institutionalisierte Wohnangebote (einschl. Angebote der Wohnungslosenhilfe)	2		18	
<b>Konkrete Wohnsituation ist kritisch (z.B. zu laut, zu hell, mangelnde Barrierefreiheit)</b>	<b>7</b>	<b>7,1</b>	<b>13</b>	<b>4,9</b>
<b>Wohnungserhalt aufgrund psychischer Erkrankungen erschwert (z.B. auflaufende Mietschulden; Konflikte mit Nachbar*innen)</b>	<b>---</b>	<b>---</b>	<b>6</b>	<b>2,3</b>
<b>Anderes</b>	<b>9</b>	<b>9,1</b>	<b>16</b>	<b>9,8</b>

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

**Barrieren und ihre Konsequenzen aus Sicht der Befragten.** Im Folgenden sollen einige der genannten Teilhabehindernisse und deren Konsequenzen durch die Stimmen Befragter „hörbar“ gemacht werden.

- **Fehlender (kostengünstiger) Wohnraum als zusätzlicher Stressfaktor.** Auf dem Münchener Wohnungsmarkt bedeutet Wohnungssuche für die meisten Personen Stress. Im Extremfall besteht auch Angst vor der Obdachlosigkeit (siehe auch Kap. 5.3.4). Die Struktur des Wohnungsmarktes bzw. die Mietpreisentwicklungen können zudem nachhaltig das Sicherheitsgefühl von Mieter\*innen unterminieren. Für psychisch Erkrankte gilt beides in besonderem Maße:

„Das liegt weniger an der psychischen Erkrankung als an der Wohnungssituation in München allgemein. Stichwort: Zu wenig bezahlbarer Wohnraum. Auch hier sind der Organisationsaufwand sowie das [erforderliche, SIM] Durchhaltevermögen wieder Trigger.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Wer weiß schon, ob er sich seine Wohnung morgen noch leisten kann. Ich auf jeden Fall nicht. Da ist immer ein Damoklesschwert über mir. Das ist Stress pur. Manchmal kann ich gar nicht richtig schlafen und schlägt mir auf die Stimmung. Man wird noch fatalistischer als man eh schon ist.“ (Interview | Betroffene\*r).

„Die Mietpreise an sich sind meiner Meinung nach ein Hauptfaktor für psychische Probleme, weil sie einerseits den eigenen Geldbeutel und damit die Psyche belasten. Andererseits schwebt stets die Zukunftsangst, vom Vermieter wegen Eigenbedarf herausgekickt zu werden, über

*einem. Zudem merke ich, dass zahlreiche hilfreiche soziale Kontakte vor allem aufgrund der hohen Mieten aus der Stadt ziehen.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).*

- **Eingeschränkte Wahlfreiheit als Folge des Wohnungsmarktes.** Die Enge des Wohnungsmarktes mit seinen diskriminierenden Praktiken (siehe unten) unterminieren die in der UN-BRK festgelegte Wahlfreiheit bei der Wahl der Wohnform. Sei es, dass fachlich sinnvolle Auszüge aus gemeinschaftlichen Wohnformen (v.a. aus Therapeutischen Wohngemeinschaften) wegen fehlendem Anschlusswohnraum immer wieder hinausgeschoben werden müssen, sei es, dass ein Auszug aus beengten bzw. problematischen Wohnverhältnissen verhindert wird. Als besonders dramatisch erweist sich dabei vor allem – trotz aller institutionellen Unterstützungsangebote – die Situation Wohnungsloser, die vor Klinikentlassungen stehen:

*„Also ich sehe da die größte Lücke, wenn jemand schwer krank ist, aber stabilisiert aus der Psychiatrie entlassen wird. <Was mache ich mit dem? Wo soll er hin? Wenn er nicht ins Männerwohnheim will oder auf die Straße> Der muss irgendwo untergebracht werden.“ (Interview | Fachkraft sozialpsychiatrische Beratung).*

*„Wir haben viele Leute in den Wohngemeinschaften, die absolut wohnfähig wären – da läuft auch ein Sozialwohnungsantrag – aber die finden in 100 Jahren einfach keine Immobilie.“ (Interview | sozialpsychiatrische Fachkraft).*

*„Ich bin 35 Jahre alt und vor kurzem in meine erste eigene Wohnung gezogen und das auch nur, weil ich sie von meinem betreuten Wohnen vermittelt bekommen habe. Davor habe ich immer unfreiwillig in Wohngemeinschaften gewohnt. Es war nicht so als ob ich mich nicht all die Jahre um eine Sozialwohnung bemüht hätte.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).*

*„Auf dem freien Wohnungsmarkt hat unsere Tochter sowieso keine Chance eine Wohnung zu bekommen. Wie soll sie sich entwickeln und selbständig werden können?“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).*

*„Oft sind die Menschen darauf angewiesen, wieder zu den Eltern zu ziehen. Das birgt wieder andere Konflikte.“ (Online-Befragung | Fachkraft).*

- **Diskriminierung.** Sofern man über ein sicheres Einkommen verfügt und die psychische Erkrankung – zumindest während des Kontaktes mit der/dem zukünftigen Vermieter\*in „unsichtbar“ bleibt –, sehen sich Betroffene keinen größeren Problemen gegenüber, eine Wohnung zu finden als andere Menschen. In der Online-Befragung verneinten Betroffene aus diesem Grund immer wieder auf dem Wohnungsmarkt benachteiligt zu werden bzw. worden zu sein.

*„Mein Mann und ich haben sichere Arbeitsplätze und somit Einkommen. Die psychischen Erkrankungen sind nicht sichtbar für die Außenwelt - insbesondere bei der kurzen Zeit mit dem Vermieterkontakt - von daher hatten wir keine Probleme eine Wohnung zu finden.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).*

Dies ändert aber nichts daran, dass die Überzeugung, die eigene psychische Erkrankung unbedingt verbergen zu müssen, einen verbreiteten Stressfaktor darstellt, und dass „Menschen mit sicht- oder fühlbaren Besonderheiten“ auf dem freien Wohnungsmarkt kaum eine Chance haben.

*„Psychisch kranke Personen erfahren Diskriminierung von Vermietern und haben kaum Chancen auf dem offenen Wohnungsmarkt. Der Wettbewerb ist sehr intensiv und psychisch kranke Personen werden als problematische, unzuverlässige Mieter abgestempelt.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).*

*„Wenn diese Menschen es überhaupt schaffen, sich um die Wohnungssuche zu kümmern, scheitern sie dann im direkten Kontakt mit dem Vermieter, bei der Besichtigung, wenn man ihnen ihre Beeinträchtigung anmerkt.“ (Online-Befragung | Fachkraft).*

Dies sei, so Betroffene und Fachkräfte, auf dem Sozialwohnungsmarkt kaum anders:

*„Auch hier [SOWON, SIM] haben psychisch kranke Personen aufgrund ihres auffälligen Verhaltens immer Nachsehen bei mehreren Bewerbern.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).*

*„Dann werden fünf ausgewählt und müssen zu dieser Besichtigung pünktlich erscheinen. Und ich habe das Gefühl, die Mitarbeiter\*innen der [nennt städtische Wohnungsbaugesellschaft,*

| SIM] riechen auf fünf Meter Entfernung eine psychische Erkrankung. Und wenn die merken <Mit dem stimmt etwas nicht> – Pech gehabt.“ (Interview | Fachkraft Wohnungslosenhilfe).

Wie auf dem Arbeitsmarkt können natürlich auch scheinbar neutrale Vorgaben für psychisch erkrankte Personen eine benachteiligende Wirkung haben. Ihr erschwerter Zugang zum Arbeitsmarkt schränkt eben auch ihre Möglichkeiten auf dem Wohnungsmarkt mittelbar ein – insbesondere für alleinlebende Betroffene.

| „Man kann halt nicht gut arbeiten mit psychischer Belastung. Vermieter wollen aber unbefristete Verträge.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

| „Wenn man länger nicht gearbeitet hat, wird man nicht für Wohnungen genommen oder da vergessene Rechnungen auch bei der Schufa landen, sind das erhöhte dauerhafte Schwierigkeiten – auch auf dem Wohnungsmarkt.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

- **„Innere Barrieren“ (Funktionsfähigkeit).** In der Online-Befragung findet sich immer wieder die Überzeugung, bereits aufgrund der psychischen Erkrankung bei der Wohnungssuche benachteiligt zu sein. Die Ergebnisse deuten auf einen krankheitsbedingt erschwerten Zugang zum Wohnungsmarkt hin. Dies verweist auf die Notwendigkeit, vermehrt Unterstützungsangebote im Kontext der Wohnungssuche zu schaffen, die individuell auf die Ressourcen und Einschränkungen der Einzelnen eingehen.

| „Wer akut in einer depressiven Phase ist, hat keine Chance, auf dem normalen Wohnungsmarkt irgendetwas zu finden. Zig Unterlagen, kurze Reaktionszeiten.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

| „Dieser Wohnungsmarkt, da brauchst Du Ellbogen. Ist ein Ellbogenmarkt. Wenn Du die nicht hast, Dich nicht verkaufen kannst, bist Du verloren. Und die [Ellbogen, SIM] hab ich mit meiner starken Angststörung nicht. Die Medikamente helfen da nicht.“ (Interview | Betroffener).

| „Bereits ohne psychische Erkrankung ist es eine schwierige Aufgabe, aber in dieser Situation schier unmöglich (man soll ständig für Rückrufe erreichbar sein, kurzfristig Unterlagen einreichen, muss ständig schnell reagieren, wenn man eine Chance auf eine Wohnung haben will).“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

### 5.3.2 Nachbarschaftliches Umfeld

**Ausgrenzung und Isolierung.** Folgt man den Ergebnissen der ZBFS-Befragung sind Konflikte zwischen Menschen mit einer seelischen Behinderung und ihrem nachbarschaftlichen Umfeld eher selten (siehe Kap. 5.2.2). Hauptprobleme im nachbarschaftlichen Zusammenleben sind eher Diskriminierung und die Isolierung Betroffener. Dies wurde auch in der Online-Befragung gespiegelt: Gefragt, was im Wohnumfeld denn die größten Probleme bzw. Barrieren seien, standen die Erfahrungen der Ausgrenzung bzw. des mangelnden Verständnisses in der Nachbarschaft sowie Isolationsgefühle an erster Stelle (siehe Tab. 5.5).

| „Keiner möchte einen psychisch erkrankten Menschen als seinen Mieter haben, geschweige denn als Nachbar.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

| „Auch ist das Verständnis für Depressionen leider sehr gering. <Geh doch mal raus in die Sonne, beweg dich mehr und dann geht es dir wieder gut>. Solche Aussagen kennen fast alle Betroffenen.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

| „Menschen mit psychischen Erkrankungen sind oft (je nach Krankheitsbild und Ausprägung) nicht in der Lage, ihre sozialen Beziehungen zu pflegen. Es kommt daher zu Isolierung, Konflikt und anderen daraus resultierenden Prozessen.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

Die Isolation ist häufig allerdings weniger Folge von Diskriminierung und Ausgrenzung als vielmehr Spiegelbild einer generell anonymen Atmosphäre im Sozialraum, aber auch von Beeinträchtigungen der Betroffenen im Bereich der Interaktionskompetenz bzw. Ausdruck von Ängsten, Misstrauen und Antriebslosigkeit. Etlichen der von uns interviewten Personen fiel es – auch vor dem Hintergrund negativer Erfahrungen in der Vergangenheit – erkennbar schwer, einen ersten Kontakt aufzunehmen oder gar engere soziale Beziehungen mit Nachbar\*innen (und Anderen) aufzubauen. Hierbei schwang oft auch die Angst mit, sich damit in der Nachbarschaft mit der psychischen Erkrankung (ungewollt) zu outen.



„In der Nachbarschaft grüßt man sich nur, wenn man sich begegnet. Persönliche Kontakte mit Hilfestellungen oder mal zum Kaffee trinken gibt es nicht. Jeder lebt für sich alleine. Im Umfeld gibt es wenig Möglichkeiten Kontakte zu knüpfen.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Mir fällt es einfach schwer rauszugehen, jemand anzusprechen. <Hallo> zu sagen. Man weiß ja nie, was kommt.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

**Tabelle 5.5: Die größten Probleme im Wohnumfeld aus Sicht der Befragten** (absolut (Zahl der Codierungen) & in Prozent (auf Betroffene & Befragte); offene Frage (Mehrfachcodierungen möglich))<sup>304</sup>

	Betroffene (n=92)		Befragte insgesamt (n=270)	
	abs.	%	abs.	%
– Isolation / Anonymität / Schwierigkeiten, in Kontakt zu kommen und Kontakte aufrechtzuerhalten	15	16,3	51	18,9
– Kein Verständnis für psychische Probleme / fehlende Akzeptanz und Rücksicht	8	8,7	44	16,3
– Stigmatisierung / Ausgrenzung / Ablehnung / Vorurteile	11	12,0	39	14,4
– Auffälliges Verhalten der Betroffenen: Aggressivität, Messie etc.	2	2,2	27	10,0
– Krankheitsbedingte Barrieren (geringere Belastbarkeit, höhere Reizempfindlichkeit, fehlende Krankheitseinsicht)	10	10,9	26	9,6
– Anonymität / Gleichgültigkeit / Desinteresse / fehlende Unterstützung	10	10,9	23	8,5
– Problematische Wohnverhältnisse (eng, zu laut) / fehlende Rückzugsmöglichkeiten (als Stressoren bzw. Konfliktsachen)	7	7,6	17	6,3
– Unsicherheit / Überforderung / Angst	2	2,3	17	6,3

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

**Konflikte.** Psychisch erkrankte Menschen können aufgrund ihrer spezifischen Erlebens- und Verhaltensweisen auch selbst zu einer Konfliktquelle in ihren Wohnhäusern und Quartieren werden. Wobei mangelndes Wissen in den Nachbarschaften und Unsicherheiten im Umgang mit Betroffenen hier natürlich eine Rolle spielen.<sup>305</sup> Dass solche Fälle vorkommen, wurde uns in unseren Befragungen und Gesprächen mit Wohnungsbaugesellschaften, Sozialraumakteur\*innen und der BSA auch immer wieder berichtet. Das kann von Beschimpfungen und Bedrohungen über Stalking und Menschen, die in der Nacht lauthals am Balkon schreien, bis hin zu Sachschäden und im Extremfall gar zur körperlichen Gewalt reichen. In den meisten Fällen bleibt letztendlich nur der mietrechtliche Verfahrensweg. Kündigungen müssen zu Recht allerdings hohen Anforderungen genügen, um vor Gericht bestehen zu können.<sup>306</sup>

„Ich lebe selbst mit einer psychisch kranken Frau im Haus. Sie hat schizophrene Anfälle und wird dann laut, schreit, und auch teils gewalttätig. Dies ist für eine Nachbarschaft nicht tragbar, gleichzeitig ist auch uns allen bewusst, dass auch diese Frau Wohnraum braucht und nicht auf der Straße sitzen sollte.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Im Wohnumfeld meiner Mutter gibt es große Probleme mit einem Nachbarn, der an Wahnvorstellungen leidet und immer wieder seine Nachbarn kontaktiert und attackiert. Da er auch schon körperlich übergriffig wurde, machen auch Verbalattacken Angst.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

„Ich fühle mich mit dem an Schizophrenie erkrankten direkten Nachbarn alleingelassen. Er will sich nicht behandeln lassen, lebt seine Krankheit aus, stört die Nachtruhe durch lautes Klopfen oder

<sup>304</sup> Bei der Auswertung werden nur Antworten berücksichtigt, die sich unmittelbar mit dem Thema „Wohnumfeld“ befassen. Ein gutes Drittel aller Befragten stellten auf völlig andere Problemlagen (z.B. ÖPNV, Arbeitsmarkt) bzw. auf die Struktur des Wohnungsmarktes im Allgemeinen ab.

<sup>305</sup> Wie es ein\*e Betroffene\*r in der Online-Befragung formulierte: „Es fehlt Wissen über psychische Erkrankungen und Unterstützungsangebote. Häufig kommt es aufgrund dessen und aufgrund von Ängsten auf beiden Seiten zu Konflikten in der Nachbarschaft.“

<sup>306</sup> Auch und gerade vor dem Hintergrund der Bedeutung des Wohnens und des angespannten Münchner Wohnungsmarktes können Kündigungen immer nur die *ultima ratio* darstellen. Aus fachlicher Sicht sollten sie mit einer Anbindung an das psychiatrische Unterstützungssystem einhergehen bzw. sollten Wohnalternativen zur Verfügung gestellt werden können.

*Hämmern an der Tür, schreit, beschimpft mich. Keine Hilfe der Polizei. Solange er sich nicht selbst behandeln lassen will, wird er nicht dazu gezwungen und darf sein Umfeld terrorisieren. Ich wünsche mir Unterstützung, Beratung, um mit dieser herausfordernden Situation klarzukommen.“ (Online-Befragung | Bürger\*in).*

*„Es sind zum Teil wirklich unglaubliche Zustände für die Mitmieter – von der Geruchsbelästigung, vom Schreien, Lärmen nachts ... und wir haben das wirklich regelmäßig. Wir haben in dieser psychiatrischen Ausprägung monatlich Fälle, die neu zu uns kommen. Dass die z.B. vor der Wohnungstür nachts der Nachbarn stehen und sich gebärden. Oder im Haus ihre Notdurft verrichten. Oder Alufolie mit Antenne auf dem Kopf ... da gibt es wirklich Fälle ... die nackt im Keller beim Aufzug auf dem Stuhl sitzen. Und die Nachbarn sagen <Da muss man doch was tun>. Die trauen sich ja nicht mehr ihre Kinder in den Keller zu schicken. Aber man kann nichts machen. Das können sie vergessen. Auch die Kooperation mit dem KVA ... die sind sehr streng.“ (Interview BSA-Fachkraft).*

Die Mitbewohner\*innen sehen sich, wie die obigen Zitate zeigen, mitunter beträchtlichen Belastungen ausgesetzt. Sofern keine Fremd- und Selbstgefährdung vorliegt, sind die Handlungsspielräume von Vermieter\*innen und Nachbar\*innen allerdings begrenzt. Die rechtlichen Möglichkeiten für eine Einweisung in die Psychiatrie sind erfreulicherweise mittlerweile eng gesteckt. Auch würden sie oft nur zum „Abtauchen“ in die Wohnungslosigkeit führen. Generell kann im nachbarlichen Zusammenleben mit psychisch erkrankten Personen bzw. mit Menschen mit Behinderung grundgesetzlich ein hohes Maß an Toleranz eingefordert werden.<sup>307</sup> Und das Bundesverfassungsgericht hat im Rahmen einer seiner jüngsten Entscheidungen zum Thema Zwangsbehandlung klargestellt, dass die Freiheitsgrundrechte auch das Recht auf „Freiheit zur Krankheit“ einschließen (siehe Kap. 3.2).

Als besonders problematisch erweist sich bei solchen nachbarschaftlichen Konfliktlagen, dass sich die psychisch erkrankten Menschen häufig Kontaktaufnahmen von dritter Seite (z.B. Bezirkssozialarbeit, Sozialpsychiatrische Dienste, aufsuchende Sozialarbeit) verweigern bzw. letztere nicht über die notwendigen zeitlichen Ressourcen verfügen, um eine langwierige (und keineswegs immer erfolgsversprechende) Vertrauensarbeit zu leisten. Wie es eine BSA-Fachkraft formulierte:

*„Die Crux ist, wie gelingt ein Kontakt. Und die 20%, die sich [auf die erste Kontaktaufnahme, SIM] melden, melden sich nur, um sich zu beschweren. Im Sinne <Ich mache eine Dienstaufsichtsbeschwerde, wenn Sie mir noch einmal einen Brief schicken>. Also die melden sich nicht, weil sie Hilfe wollen. Die Kunst ist <Wie kommt man in Kontakt mit einem psychisch kranken Menschen?> (...) Weil wie oft gehen wir bei psychisch Kranken hin und die machen natürlich nicht auf. Und wir können nicht hundertmal hingehen. Sondern wir müssen auf die nächste Meldung warten. Wir haben nicht die Zeit, Motivationsarbeit zu machen – bei den Betroffenen oder deren Angehörigen. (...) Eine Hilfe installieren ist in fünf Prozent maximal in zehn Prozent der Fälle fachlich möglich.“ (Interview | BSA-Fachkraft).*

Dies muss natürlich auch vor dem Hintergrund der hohen Arbeitsbelastung der BSA-Fachkräfte bzw. der dortigen angespannten Personalsituation gesehen werden. Die jüngsten Änderungen im Betreuungsrecht erschweren die Kontaktaufnahme zusätzlich. Eine Konfliktvermittlung oder gar eine Vermittlung an das sozialpsychiatrische Behandlungs- und Unterstützungssystem erweist sich aus diesen Gründen oft als sehr schwierig bis unmöglich. Für diese sehr komplexe Situation gibt es bisher keine langfristig angelegten Lösungsansätze.

Angesprochen auf psychisch erkrankte Personen, die sich Kontaktaufnahmen bzw. jeglichen Hilfsangebote verweigerten, gab ein Betroffener mit guter persönlicher Kenntnis dieser Klientel allerdings zu bedenken:

*„Sie fragen <Gibt es Leute, die keine Hilfe wollen?> Schauen Sie aus dem Fenster. Was sehen Sie? Sie sehen ein Licht. Aber das Licht ist immer anders. Solche absoluten Aussagen sind nichts wert. Man muss den Zugang finden. Wenn man den nicht findet, dann stimmt was nicht. Man kann sagen <Wir schreiben die Leute ab>. Es passiert nichts, bis jemand tot umfällt. Und dann kommt der Abdecker. Hilfe – das ist oft alles nur Gerede. Die Frage ist mit den Hilfloren. Man soll auch keinen Aktionismus machen. Aber man kann Wege finden, Menschen kann man immer mit etwas ködern. (...) Fehler zu machen, ist auch keine Schande. Nur aus Fehlern können wir was lernen. Eine Anleitung, die immer richtig ist, gibt es nicht. Die Frage ist auch: <Wie ist es mit den Leuten, die helfen? Wie viel Zeit sind sie draußen, wieviel Zeit sprechen sie miteinander, wie oft sprechen sie mit den Leuten, um die es*

<sup>307</sup> Siehe z.B. das Urteil des AG München vom 18.10.2006 – 424 C 13626/06 zum Streitpunkt einer starken Geruchsbelästigung durch eine Mieterin.

| geht?> Wenn die immer um fünf Uhr Feierabend machen, dann wird man bestimmt keinen Weg finden.“ (Interview | Betroffene\*r).

**BSA-Statistiken.** Leider lassen die offiziellen Statistiken der Bezirkssozialarbeit (BSA) nur mehr bedingt Rückschlüsse auf die Bedeutung des Themas „psychische Erkrankung“ in den Sozialräumen bzw. in der alltäglichen BSA-Arbeit zu: Seit der Umstellung des IT-Systems 2016/17 werden nicht mehr – wie zuvor – alle Problembereiche statistisch aufgenommen, die laut Fachkraft in einem Haushalt zu beobachten sind, sondern nur mehr *das* Problem, das die BSA zur Intervention veranlasst hat (Haupthandlungsfeld). Hinzu kommt, dass alle Fälle, die nur in der Orientierungsberatung auftauchen und dann weitergeleitet werden (z.B. an einen Sozialpsychiatrischen Dienst), gar nicht mehr statistisch erfasst werden. Die für die Jahre 2018 bis 2021 ausgewiesenen Fälle (mit dem Haupthandlungsfeld „Psychische Erkrankung“) von 231 (2021) bis 323 (2019) unterschätzen daher die Relevanz, die das Thema für die BSA, aber auch für die Nachbarschaften hat.<sup>308</sup> Positiv ist, dass ein sehr hoher Teil der statistisch registrierten BSA-Fälle stets weitervermittelt werden kann (z.B. SpDi, GpDi): 2021 lag der entsprechende Anteil – trotz des Weiterlaufens vieler Fälle – bei rund 70%. Dies verdeutlicht noch einmal, dass das Hauptproblem in der Kontaktaufnahme der Erkrankten zu den relevanten Institutionen liegt.

### 5.3.3 Lösungsideen aus Sicht der Online-Befragten

Im Rahmen der Online-Befragung hatten die Teilnehmenden wiederum die Möglichkeit, Lösungsideen zur Überwindung geltend gemachter Teilhabeprobleme zu formulieren. Wie im Bereich Arbeit lassen sich diese zwar spiegelbildlich aus den genannten Barrieren ableiten, sie seien hier mit exemplarischen Originalzitate trotzdem kurz aufgeführt. Ob bzw. inwieweit sie realisierbar sind, bleibt an dieser Stelle unbeachtet. Sieht man von der immer wieder geäußerten generellen Forderung nach Schaffung bzw. Sicherstellung bezahlbaren Wohnraums einmal ab, wurden von den Befragten folgende Ideen formuliert bzw. Handlungsansätze vorgeschlagen:

- **[Stärkung Quartiersarbeit].** Neben dem Bedarf an lokalen Sensibilisierungs- und Aufklärungsaktionen wurde im Rahmen der Online-Befragung vor allem auf die Bedeutung von Nachbarschaftstreffs und -hilfen, von Stadtteilläden und Quartiersmanagement – als niedrigschwellige Anlaufstellen in der Nachbarschaft – hingewiesen. Teilweise damit verbunden, wurde die Bedeutung gemeinsamer Feste, Infoveranstaltungen, von Begegnungsräumen sowie von Sport- und Kulturangebote in den Nahräumen als geeigneten Formaten zum gegenseitigen Kennenlernen von Betroffenen und Nicht-Betroffenen, zum Sensibilisieren und zum Entwickeln von Verständnis hervorgehoben: „Es gibt für psychisch beeinträchtigte Personen wenig bis gar keine Ansprachen im Wohnumfeld oder Nachbarschaft. Hier im unmittelbaren Wohnumfeld gibt es keinerlei Kontakte zu den Nachbarn. Teilweise kennt man sich gar nicht. Wie soll bei so einem Zusammenleben eine Form von Kommunikation entstehen. Besonders bei einer psychischen Erkrankung.“ (Online-Befragung | ehemals Betroffene\*r).
- **[Ausbau von personalen Unterstützungsangebote in den Sozialräumen]** (z.B. Patenmodelle / Begleitungen; aufsuchende Hilfen; Mediator\*innen zur nachbarschaftlichen Streitschlichtung): „Ausbau von Ehrenamtlichen, die Patenschaften für psychisch Kranke übernehmen und diese unterstützen“ (Online-Befragung | Betroffene\*r & Fachkraft).
- **[Unterstützung Betroffener bei der Wohnungssuche].** Dabei wurden gleichermaßen personale Hilfen wie Trainings oder Informationsbroschüren ins Spiel gebracht: „Ein Guide oder eine How-To-Do-Liste wäre vielleicht schon ein guter Anfang, gerade für psychisch kranke Menschen, der Fragen aufgreift wie „Wie bewerbe ich mich auf eine neue Wohnung?“ „Worauf muss ich beim Umzug achten? Habe ich das Recht auf eine Sozialwohnung? Wo kriege ich Hilfe, wenn ich in meiner aktuellen Wohnsituation bedroht bin.““ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Überarbeitung der SOWON-Verfahren und der SOWON-Kriterien]:** „Über SOWON könnten z.B. 2-5% der Gesamtwohnungen für Personen mit psychischer Beeinträchtigung zur Verfügung gestellt / reserviert werden.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

---

<sup>308</sup> Gemessen am gesamten Fallaufkommen schwanken die Anteile zwischen 1,2% (2021) und 1,6% (2019).

- **[Stärkere Unterstützung durch das Amt für Wohnen und Migration]**, sei es in präventiver Hinsicht (Interventionsmöglichkeiten schon vor Kündigungen) oder sei es nach Vermittlung in Wohnraum (Begleitung nach Wohnungsbezug): „Bessere Unterstützung zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit, wenn aufgrund von akuter Krankheit Miete nicht bezahlt werden kann“ (Online-Befragung | Betroffene\*r); „auch nach Unterzeichnung eines Mietvertrages wäre es hilfreich, wenn das Amt für Wohnen und Migration für die Menschen da wäre und sie diese nicht einfach stehen lässt, wenn etwas mit der vom Amt vermittelten Wohnung nicht klappt“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Ausbau des Betreuten Einzelwohnens (BEW)]**, auch und gerade in Form trägerbezogener Angebote: „Es gibt in München viel zu wenig bezahlbaren Wohnraum. Besonders hilfreich wären mehr Angebote für Betreutes Einzelwohnen in Apartments des Trägers.“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **[Ausbau Betreuter Wohngemeinschaften (z.B. TWG)]**, insbesondere für junge Erwachsene: „Der Münchener Wohnungsmarkt ist sehr teuer, oft folgt ein gesellschaftlicher Ausschluss und die Angst vor Obdachlosigkeit (was die psychischen Krankheiten oft noch weiter verschlimmert), eine Abwärtsspirale entsteht. Mehr Wohnraum (gerne betreut; im Sinne einer WG) - vor allem für junge Erwachsene - würde sehr helfen.“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **[Genossenschaften als tendenziell stärker integrierende Wohnformate stärken bzw. ausbauen]:** „Wohngenossenschaften für eine gemeinschaftliche Nachbarschaft und finanzielle Sicherheit fördern.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Entwicklung neuer sozialer / inklusiver Wohnmodelle für psychisch erkrankte Personen – in Ergänzung zum regulären Sozialwohnungsmarkt]:** „Unser Klientel kann sich in München keine Wohnungen leisten, ist oft stigmatisiert und hat aufgrund von Schuldenproblematiken keine Chance auf dem freien Wohnungsmarkt. Es braucht hier mehr Modelle für Menschen, welche sich den Wohnraum nicht leisten können und belastet sind.“ (Online-Befragung | Fachkraft); „praktisch eine Wohneinheit mit verschiedenen Wohnungen und dort wohnt z.B. auch ein Betreuer.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Wohnbedarfe von psychisch erkrankten Personen in Neubauprojekten standardmäßig berücksichtigen]:** „Ich finde es gut, dass in vielen Neubauprojekten ambulant betreute Wohnformen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geschaffen werden. Das sollte unbedingt fortgesetzt werden.“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **[Mehr Einzelzimmer in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe]:** „Zu geringe Verfügbarkeit von Einzelzimmern in Pensionen / in Wohnungsloseneinrichtungen.“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **[Abkehr von der Taschengeldlösung in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe]:** „Es gibt in der Wohnungslosenhilfe spezielle Einrichtungen für psychisch beeinträchtigte Personen, aber auch hier Wartelisten. Außerdem sind viele Einrichtungen bezirksfinanziert und haben eine "Taschengeldlösung", das wollen viele Betroffene nicht und nutzen die Maßnahmen daher nicht.“ (Online-Befragung | Interessierte\*r Bürger\*in).
- **[Ausbau des Angebots an stationären Wohneinrichtungen für stärker psychisch erkrankte Personen]:** „Sehr selbstständige Menschen mit psychischer Erkrankung sind leichter zu vermitteln, da es viele TWGs gibt. Gerade Menschen mit Beschluss sind oft sehr schwer in geschlossene Einrichtungen zu vermitteln - zumal es in München nur zwei gibt (GÜW 13a und Regenbogen Wohnen Unterschleißheim). Auch Menschen, welche mehr Betreuung brauchen, sind schwer zu vermitteln, stationäre Einrichtungen gibt es nicht viele (Wasserburgerstr., Agilolfingerstraße).“ (Online-Befragung | Fachkraft).

### 5.3.4 Exkurs: Wohnungslosigkeit als Herausforderung für die (Sozial-)Psychiatrie

Wohnungslosigkeit stellt eine der schärfsten Formen sozialer Ausgrenzung dar. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen stehen dabei in einem gewissen Wechselverhältnis. Die mit Wohnungslosigkeit „verbundenen Lebensbedingungen und Stigmatisierungserfahrungen können das Auftreten einer psychischen Erkrankung beschleunigen oder einen ungünstigen Verlauf bewirken.“<sup>309</sup> Umgekehrt gehen der Lebenslage Wohnungslosigkeit oft psychische Erkrankungen – und Probleme in anderen Lebenslagen (z.B. Arbeitsplatzverlust, Scheidung) – voraus. So zeigte die Münchner SEEWOLF-Studie, dass rund zwei Drittel der in die Studie einbezogenen wohnungslosen Befragten bereits etliche Jahre vor Eintritt in die Wohnungslosigkeit behandlungsbedürftige psychische Störungen aufgewiesen hatten.<sup>310</sup> Wie auch immer sich das Wechselverhältnis ausgestaltet, sicher ist, dass wohnungslose Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger (schwere) psychische Erkrankungen aufweisen.<sup>311</sup>

Die Zahl der wohnungslosen Personen hat sich in München im letzten Jahrzehnt mehr als verdoppelt. Insofern überrascht es nicht, dass „im Sofortunterbringungssystem der Stadt München eine Zunahme von psychisch kranken (und suchtkranken) Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf zu verzeichnen“ ist.<sup>312</sup> An dem Befund der SEEWOLF-Studie, dass nur der kleinere Teil der psychisch erkrankten wohnungslosen Menschen eine passende psychiatrische Behandlung erhält, dürfte sich trotz unbestreitbarer Fortschritte in den letzten Jahren nichts Grundsätzliches geändert haben.<sup>313</sup> Die aufsuchende psychiatrische Arbeit im städtischen Wohnungslosenhilfesystem wird dem Bedarf weiterhin nicht gerecht. Dies verstärkt die Gefahr von Drehtür-Karrieren. Ein Handlungsbedarf lässt sich – trotz der psychiatrischen Praxis für wohnungslose Menschen in der Pilgersheimer Straße – auch für die Komm-Struktur der niederschweligen Beratungs- / Behandlungsstruktur für das Klientel konstatieren. Als weiterhin schwierig erweist sich die Weitervermittlung der psychisch erkrankten Wohnungslosen bzw. deren Vermittlung an das psychiatrische Versorgungssystem insgesamt: „Einerseits ist die Mitwirkung der Betroffenen zum Teil nicht ausreichend vorhanden, andererseits fehlt es an Anschlussoptionen wie zum Beispiel niedrigschwellige Einrichtungen, Wohnplätze, Plätze im psychiatrischen Hilfesystem.“<sup>314</sup>

Mit großer Sicherheit wird das System der städtischen Wohnungslosenhilfe den besonderen Anforderungen seiner psychisch erkrankten Klient\*innen nicht gerecht. Ohne im Rahmen dieser Studie hierüber *en detail* befinden zu können,<sup>315</sup> wäre etwa zu fragen, inwieweit das in der Wohnungslosenhilfe weithin verbreitete Doppelzimmersystem den Bedürfnissen der dort untergebrachten psychisch erkrankten Menschen gerecht wird bzw. überhaupt gerecht werden kann. Hier sind Zweifel erlaubt.<sup>316</sup> Wie es eine Fachkraft eines Notquartiers formulierte:

---

<sup>309</sup> Knörle et al. (2022: 677)

<sup>310</sup> Da die Studie überwiegend Teilnehmer\*innen aus psychiatrischen Versorgungseinrichtungen rekrutierte, ist ein Selektionsbias nicht gänzlich auszuschließen. Dass eine psychische Erkrankung einen Risikofaktor für Wohnungslosigkeit darstellt, kann trotzdem als „gesetzt“ gelten.

<sup>311</sup> Die SEEWOLF-Studie hat die erhöhten Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei Wohnungslosen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung detailliert aufgezeigt: Bei rund drei Viertel der damals untersuchten wohnungslosen Menschen bestand, so die Autor\*innen der Studie, eine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit. Von uns interviewte Fachkräfte sprachen mit Blick auf die Notquartiere sogar von noch höheren Anteilen.

<sup>312</sup> Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2022: 106).

<sup>313</sup> Hier sei vor allem auf die zwischenzeitliche Realisierung der Clearingstelle für psychisch hilfebedürftige Wohnungslose in der Implersstraße verwiesen, an die auch eine aufsuchend tätige Psychiaterin angebunden ist. Allerdings sei anerkannt, dass auch „in der Allgemeinbevölkerung ca. 80% aller Menschen mit psychischer Erkrankung nicht von einem entsprechenden Facharzt behandelt werden“ (Watschöder & Scheuermann 2023: 19).

<sup>314</sup> Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2022: 106). Ähnliches wird aus Städten wie Hamburg und Berlin berichtet (Knörle et al. 2022: 677).

<sup>315</sup> Die seit 2019 laufende Studie „Neue Wege in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung wohnungsloser Menschen“ dürfte hier mehr Klarheit bringen. Für nähere Informationen zur Studie siehe: <https://www.ksh-muenchen.de/hochschule/forschung-und-entwicklung/zentrum-fuer-forschung-und-entwicklung/forschungsprojekte/laufende-forschungsprojekte/gesundheitsversorgung-wohnungsloser-menschen/#:~:text=Das%20Projekt%20%E2%80%9E%20Neue%20Wege%20in,die%20Erzdi%C3%B6zese%20M%C3%BCnchen%20und%20Freising>.

<sup>316</sup> Natürlich gilt es auch hier abzuwägen. Denn, um einen in der Münchner Wohnungslosenhilfe aktiven Psychiater zu zitieren: „Als ich in der Wohnungslosenhilfe anfang, habe ich alle Menschen in Einzelzimmern besucht. Dort habe ich manche Patienten entdeckt, für



*„Das Beste wäre für die Bewohner\*innen wäre, wenn man ihnen 1-Zimmer-Appartements zur Verfügung stellen würde. Die Situation in den Doppel- und Mehrbettzimmer ist für die Leute einfach extrem belastend. Die BewohnerInnen wissen einfach nie, wen sie nächstes als Zimmernachbarn bekommen. Das kann ein schwerer Alkoholiker sein, der jede Nacht auf den Fußboden uriniert und sich erbricht oder auch eine Person mit einer akuten Psychose. Die meisten Wohnungslosen leiden ja bereits selbst unter einer schweren psychischen Erkrankung und dann müssen die sich noch in Eigenregie das Zimmer mit einer weiteren und ihnen fremden Person teilen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls eine psychische Erkrankung mitbringt. Wenn z.B. der Zimmernachbar dann ständig den Fernseher aufdreht oder ununterbrochen psychotische Selbstgespräche führt, ist es leider unmöglich zur Ruhe zu kommen und Konflikte sind bereits vorprogrammiert. Da würde auch jeder psychisch gesunde Mensch sehr schnell an seine Grenzen kommen.“ (Interview | Fachkraft Wohnungslosenhilfe).*

Ein besonderer Handlungsbedarf besteht für jene schwer erkrankten wohnungslosen Personen, die sich therapeutischen-psychiatrischen Hilfen generell entziehen bzw. nicht krankheitseinsichtig sind. Und dies ist eher die Regel als die Ausnahme. Hier stoßen die Weitervermittlungsversuche der Wohnungslosenhilfe ins (sozial-)psychiatrische Unterstützungssystem zwangsläufig an ihre Grenzen. Mit Blick auf diesen Personenkreis erhob die SEEWOLF-Studie daher die Forderung, dass es mehr Wohnangebote brauche, in denen nicht Therapie und Rehabilitation im Vordergrund stünden, sondern die langfristige Fürsorge und Wohnunterstützung (langfristige Wohnräume ohne explizite Therapieanforderungen). An diesem Bedarf hat sich trotz mancher Angebote<sup>317</sup> sicherlich nichts geändert. Handlungsbedarf besteht diesbezüglich vor allem für Frauen – auch und gerade für solche mit einer Doppeldiagnose (psychiatrische Diagnose mit Suchterkrankung).

Unabhängig hiervon ist allerdings zu bedenken, dass für viele Betroffene die unerwünschte therapeutisch-psychiatrische Anbindung im Vergleich zur Erfahrung der mangelnden Sicherheit im öffentlichen Raum wohl eher zweitrangig ist. Umgekehrt formuliert: Eine Anbindung an das Unterstützungssystem setzt zumindest in manchen Fällen die Lösung der Sicherheitsfrage voraus. Wie es ein Betroffener mit diesbezüglich eigenen Erfahrungen uns gegenüber formulierte:

*„Was wichtig ist – der Schutz der Leute, die draußen sind. Das ist ganz wichtig. Die Leute, die draußen sind, werden bestohlen. Es ist schon normal, wenn man bestohlen wird. Es ist immer das Gleiche. Es gibt keine Täter. Es gibt keine Zeugen. Für die Polizei, die man ruft, ist es normal, dass man bestohlen wird. (...) Sehr viele, die in der Bayern-Kaserne waren, haben dort „einen Beitrag hinterlassen“ [wurden bestohlen, SIM]. Es ist ja so: Viele Leute, die man draußen sieht, haben mehrere Tüten. So wie ich auch. Das ist ihre ganze Habe. Das muss man verstehen. Und wenn dann zwei drei Tüten weg sind, ist das ... [Satz nicht beendet, SIM]. Schutz ist das A und O. Ohne Schutz, das Gefühl, dass man was zählt, ist es noch schwieriger, Wege zu finden, um die abzuholen, dass die sich auf den Weg machen...“ (Interview | Betroffene\*r).*

#### 5.4 Zusammenfassung

Die Feststellung, dass der Wohnraum in München knapp und vergleichsweise teuer ist, mag zwar banal erscheinen – der Sachverhalt trifft psychisch erkrankte Menschen aber mit besonderer Wucht. Nicht nur wegen ihrer deutlich höheren Armutsbetroffenheit (siehe Kap. 4.4), sondern auch aufgrund ihrer Diskriminierung auf dem (freien oder sozialen) Wohnungsmarkt. Letzteres spiegelt nicht zuletzt Vorbehalte von Vermieter\*innen wider, dass es zu Komplikationen beim Mietverhältnis kommen könnte – sei es in finanzieller (regelmäßige Mietzahlung) oder sozialer Hinsicht (Angst vor Konflikten). Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung haben zweifelsohne größere Probleme als andere, eine Wohnung zu finden.<sup>318</sup> So vorbildlich die aktive Wohnungspolitik der Landeshauptstadt beim Einsatz von wohnungsmarktpolitischen Instrumenten auch ist – mitunter wird sie diesbezüglich sogar als engagierteste Stadt Deutschlands

---

die das Einzelzimmer eine Sackgasse war: Sie haben dort z.T. über 20 Jahre weitgehend isoliert vor sich hingelebt, und ihre Erkrankung ist in dieser Zeit chronifiziert.“ (Hügler 2023: 2).

<sup>317</sup> Diesbezüglich seien nur das Haus an der Kyreinstraße für Männer oder die „Lebensplätze“ für ältere wohnungslose Frauen genannt. Letzteres Angebot wird 2024 wohl ausgebaut.

<sup>318</sup> Dieser Befund wurde in der Tat schon mehrfach dargestellt, z.B. Grüber (2015).



beschrieben<sup>319</sup> –, stellt sich daher doch die Frage, ob psychisch erkrankte Menschen gleichermaßen von diesen Instrumenten profitieren können. Um das „Recht auf angemessenen Wohnraum“<sup>320</sup> auch für psychisch erkrankte Menschen Realität werden zu lassen, bedarf es aus Sicht der Studienteilnehmer\*innen erkennbar zusätzlicher Anstrengungen.

Die wohnungsmarktbezogene Ausgrenzung führt zudem dazu, dass aus sozialpsychiatrischer Sicht bedenkliche Wohnverhältnisse aufrechterhalten werden (müssen) bzw. therapeutisch sinnvolle Auszüge aus trägereigenen Wohngruppen nur verzögert erfolgen können. Dies erklärt die von Betroffenen und Fachkräften ab und zu vorgebrachte Forderung, dass (sozial-)psychiatrische Träger stärker Wohnungen für ihre Klient\*innen anmieten oder selbst Wohnungsbau betreiben sollten (siehe auch Kap. 5.3.3). Ob dies wirklich ein Lösungsansatz für das strukturelle Wohnungsmarktproblem ist, kann hier nicht beurteilt werden.

Psychisch erkrankte Menschen sind in der Regel ausgesprochen unauffällige und ruhige Mieter\*innen – eben weil sie ihre psychische Erkrankung aus berechtigter Angst vor Diskriminierung nicht publik machen wollen. Nachbarschaftliche Konflikte sind infolgedessen eher selten. So selten sie auch vorkommen mögen, bergen sie in kritischen Fällen doch ein beträchtliches Eskalationspotenzial. Vor allem wenn die involvierte Partei nicht krankheitseinsichtig ist und Hilfeangebote nicht annehmen will. Die rechtlichen Interventionsmöglichkeiten sind in solchen Fällen aus guten Gründen beschränkt („Recht auf Krankheit“). Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund sind Begegnungs- und Unterstützungsmöglichkeiten in den Quartieren vor Ort auszubauen und neue Lösungswege zur Ansprache und gegebenenfalls Mediation auszuprobieren. Bislang scheint die Quartiersarbeit die Belange psychisch erkrankter Menschen nur bedingt aktiv aufzugreifen bzw. in den Fokus zu stellen.

Fast 90% der ZBFS-Befragten leben in reinen Erwachsenenhaushalten. Dabei dominierten Ein-Personen-Haushalte (43,5%). Die durchschnittliche Haushaltsgröße lag bei 1,9 Personen. Allerdings lebten in rund jedem fünften Haushalt von psychisch erkrankten Migrant\*innen minderjährige Kinder. Insofern muss dem wichtigen Thema „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ gerade in der sozialpsychiatrischen Behandlung und Unterstützung von Migrant\*innen ein hohes Gewicht beigemessen werden.

Die Wohneigentumsquote lag bei den ZBFS-Befragten mit 21,2% etwas unterhalb des Wertes, den die letzte Bevölkerungsbefragung für die Münchner Allgemeinbevölkerung berichtete (26%). Der Unterschied fällt damit deutlich geringer aus als es der Vergleich der Einkommensverhältnisse (siehe Kap. 4.4) eigentlich erwarten ließe. Wie in der Wohnbevölkerung insgesamt unterscheiden sich auch in der ZBFS-Befragung die Wohneigentumsverhältnisse mitunter stark nach den soziodemographischen Merkmalen Alter, Migrationshintergrund und Haushaltstyp. Es bestehen engere Zusammenhänge zwischen der Wohnzufriedenheit einerseits und dem Wohnstatus (Eigentum versus Mieter\*in), dem Haushaltstyp, der Einbindung in nachbarschaftliche Netze und der subjektiv wahrgenommenen Schwere der psychischen Erkrankung andererseits. Insgesamt äußerte sich aber „nur“ rund jede\*r fünfte ZBFS-Befragte „sehr oder eher unzufrieden“ mit der aktuellen Wohnsituation. Die Unzufriedenheit drehte sich dabei am häufigsten um die Dimensionen „Wohnungs-/ Zimmergröße“, „Miethöhe“ und „nachbarschaftliches Umfeld“. Je schlechter die eigene psychische Gesundheit eingeschätzt wird, desto stärker fühlten sich die ZBFS-Befragten in ihren jeweiligen Nachbarschaften isoliert. Dies verweist noch einmal auf den Bedarf an niederschweligen Begegnungsorten bzw. Kennenlern-Möglichkeiten in den Sozialräumen vor Ort.

Mit Blick auf psychisch erkrankte Personen sind in der Wohnungslosenhilfe in den letzten Jahren sicherlich Fortschritte zu verzeichnen. Der Befund der SEEWOLF-Studie, dass nur der kleinere Teil der psychisch erkrankten wohnungslosen Menschen eine passende psychiatrische Behandlung erhält, kann nichtsdestotrotz wohl weiterhin Gültigkeit beanspruchen.

Nähere Aussagen zu den Wohn- und Lebensverhältnissen der in sozialpsychiatrischen Wohngruppen und Wohnheimen lebenden Personen konnten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht gemacht werden.

---

<sup>319</sup> Egner, Grohs & Robischon (2021). Bezüglich der Instrumente seien hier insbesondere die einkommensorientierte Förderung (EOF), die sozialgerechte Bodennutzung (SoBon) sowie das „München Modell“ für Mieter\*innen erwähnt.

<sup>320</sup> Dieses Recht ergibt sich aus Artikel 11 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt). Artikel 19 der UN-BRK hat dies noch einmal bekräftigt.

An der ZBFS-Befragung und der offenen Online-Befragung nahmen fast ausschließlich Personen teil, die in ihrem Wohnraum ohne jegliche professionelle Betreuung lebten.<sup>321</sup>

---

<sup>321</sup> Dies war vor dem Hintergrund des methodischen Designs der beiden Befragungen allerdings auch nicht anders zu erwarten gewesen (siehe Kap. 1.2). Nähere Hinweise auf die Gruppe der „institutionell versorgten“ psychisch erkrankten Menschen liefert aber Höptner (2018).



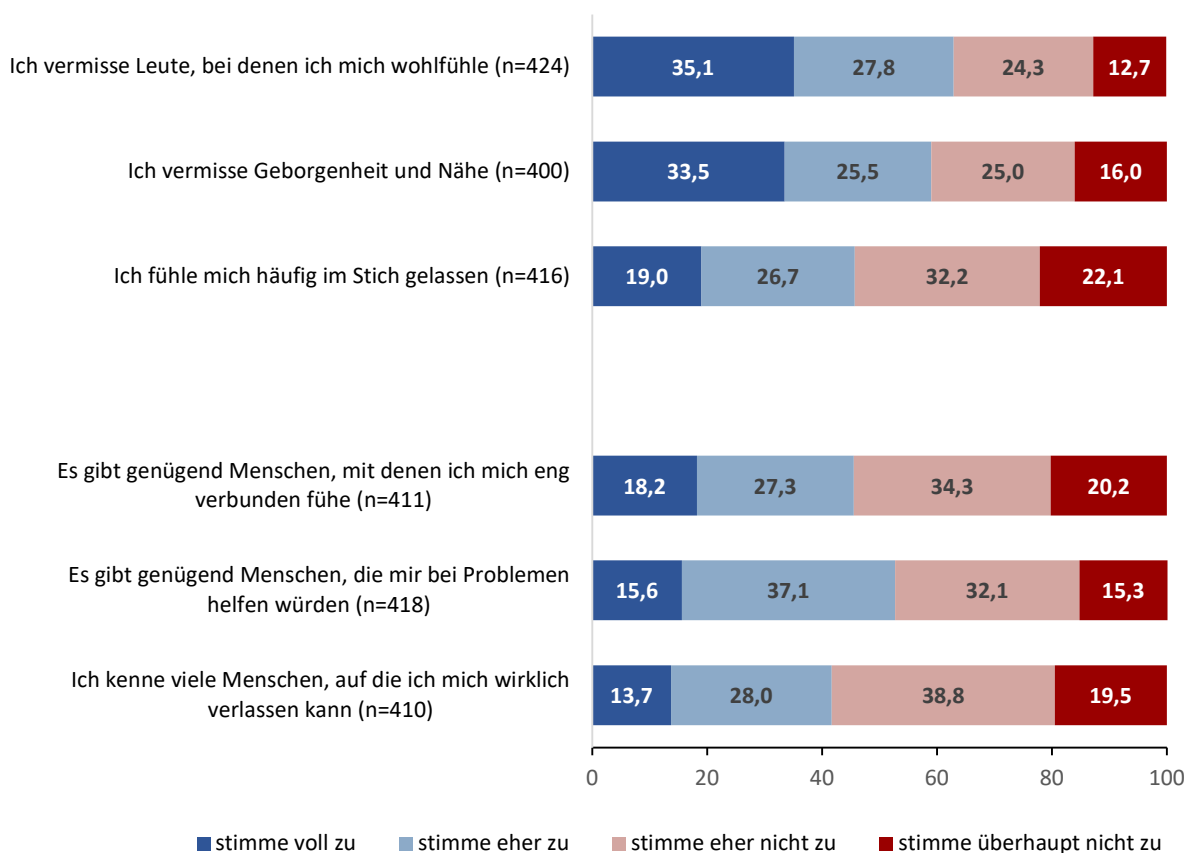
## 6. Soziale Beziehungen und soziale Teilhabe

### 6.1 Soziale Beziehungen und soziale Einbettung

#### 6.1.1 Subjektive Perspektiven und Dynamiken

**Subjektive Perspektiven.** Der Vergleich der Haushaltssituation der befragten Personen mit jener der Münchner Wohnbevölkerung hat bereits gezeigt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich häufiger alleine leben, ledig, ohne Partnerschaft und kinderlos sind (siehe Kap. 1.2.1). Wenngleich im Rahmen der ZBFS-Befragung die weitere soziale Einbettung der Zielgruppe nicht differenziert erfasst werden konnte, weisen die vorliegenden Daten doch auf eine subjektiv wahrgenommene Isolierung der Befragten hin (siehe Abb. 6.1). Dass uns für München diesbezüglich keine Vergleichszahlen vorliegen, ändert hieran nichts. Die verbreitete Unzufriedenheit mit dem Grad der Einbindung in soziale Netzwerke ist nicht nur ein wesentlicher Indikator für Einsamkeit (Kap. 6.1.2), sondern auch für fehlende emotionale und instrumentelle Unterstützungsleistungen – gerade im Nahbereich. Zur psychischen Vulnerabilität tritt eine soziale Vulnerabilität hinzu.

**Abbildung 6.1: Subjektive Bewertung der sozialen Einbindung (in Prozent)**<sup>322</sup>



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

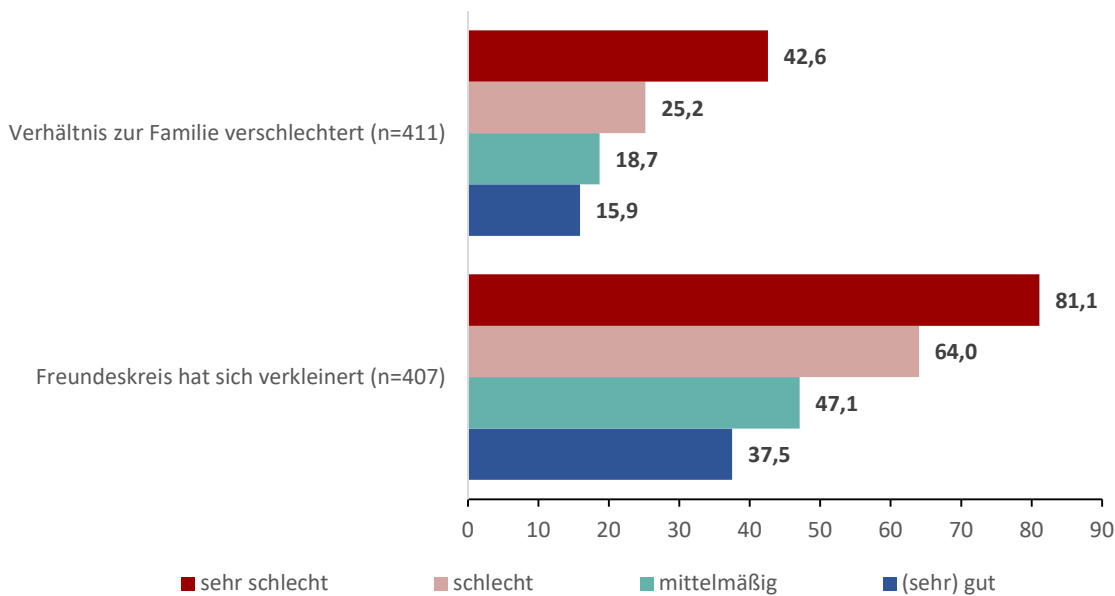
**Dynamiken.** Die ZBFS-Befragung zeigt, dass psychische Erkrankungen die soziale Einbettung der Betroffenen nachhaltig negativ beeinflusst haben – vor allem im außerfamiliären Bereich: Etwa ein Fünftel der Befragten erklärte, dass die Erkrankung zu Trennung bzw. Scheidung (18,6%) und/oder zu einer Verschlechterung des Verhältnisses zur Familie (20,1%) geführt habe; über die Hälfte (53,8%) gab an, dass sich ihr Freundeskreis dadurch verkleinert habe. Die Anteile differieren kaum nach Geschlecht und Migrationshintergrund. Dies gilt

<sup>322</sup> Die zugrundeliegende Frage (F 24) lautete: „Nun geht es um die Beziehungen zu anderen Menschen und ihre Freizeit. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.“

überraschenderweise auch für die jeweiligen Quoten nach der Dauer der Erkrankung.<sup>323</sup> Machte sich die Erkrankung erst im höheren Lebensalter bemerkbar (50 Jahre und älter), fallen die Anteile allerdings deutlich geringer aus (Trennung/Scheidung: 9,3%; verschlechtertes Verhältnis zur Familie: 8,9%; Verkleinerung des Freundeskreises: 40%); bei jüngeren Personen zeigen sich kaum Unterschiede.

Es zeigt sich jedoch ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der (subjektiv wahrgenommenen) Schwere der psychischen Erkrankung und den Items „Das Verhältnis zu meiner Familie hat sich verschlechtert“ und „Mein Freundeskreis hat sich verkleinert“. Im Bereich Partnerschaft zeigt sich hingegen kein derart starker Zusammenhang, mögen die Anteile auch zwischen 17,5% ((sehr) gute psychische Gesundheit) und 26,9% (sehr schlechte psychische Gesundheit) schwanken.

**Abbildung 6.2: Soziale Verluste durch die psychische Erkrankung nach subjektiver Einschätzung der psychischen Gesundheit (nur Antwortkategorie „ja, trifft zu“; in Prozent)<sup>324</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Der obige Zusammenhang verweist auf einen grundlegenden Aspekt, der je nach Stärke der Erkrankung an Dynamik gewinnt: Mögliche krankheitsbedingte Verhaltensweisen wie Misstrauen, gesteigerte Empfindlichkeit, starke Gefühlsschwankungen, Irritierbarkeit durch Unvorhergesehenes (siehe Kap. 2.2.1) schlagen wohl *per se* auf die sozialen Netze Betroffener zurück, sei es bezüglich ihrer Erhaltung, sei es bezüglich ihres Aufbaus. Es kommt häufig zu einem krankheitsbedingt „selbst verordneten“ Rückzug. In der Tat stimmten 81,5% der Befragten, die ihre psychische Gesundheit als sehr schlecht einstufen, der Aussage „Ich habe mich wegen meiner psychischen Erkrankung immer wieder aus dem gesellschaftlichen Leben zurückgezogen“ ohne Einschränkungen zu; Personen, die ihre psychische Gesundheit als (sehr) gut bewerteten, taten dies „nur“ zu 39,1%. Kurzum: Durch die psychische Erkrankung können sich Kommunikationsstandards bzw. Kommunikationsmöglichkeiten ebenso verändern wie das Selbstbild und die sozialen Bedürfnisse. Berücksichtigt man noch, dass dieser Selbstrückzug durch Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung immer wieder aufs Neue legitimiert und damit verstärkt wird (siehe Kap. 7.), und die Möglichkeiten, am sozialen und kulturellen Leben teilzuhaben, durch die vergleichsweise begrenzten finanziellen Handlungsspielräume zudem enger sind (siehe Kap. 4.4), ergibt sich ein „Kreislauf der

<sup>323</sup> Überraschend insofern, als Forschungsergebnisse immer wieder darauf hingewiesen haben, dass die sozialen Netzwerke der Betroffenen desto fragiler, kleiner und weniger durchmischt werden, je länger eine psychische Erkrankung dauert. Siehe: Mayer et al. (2018: 32).

<sup>324</sup> Die zugrundeliegende Frage (F 9) lautete: „Psychische Beeinträchtigungen können das Alltagsleben der Betroffenen nachhaltig negativ beeinflussen. Wie ist das seit Beginn Ihrer Erkrankung bei Ihnen gewesen?“ Dabei standen drei Antwortkategorien zur Verfügung: „ja, trifft zu“, „teils teils“, „nein, trifft nicht zu“.

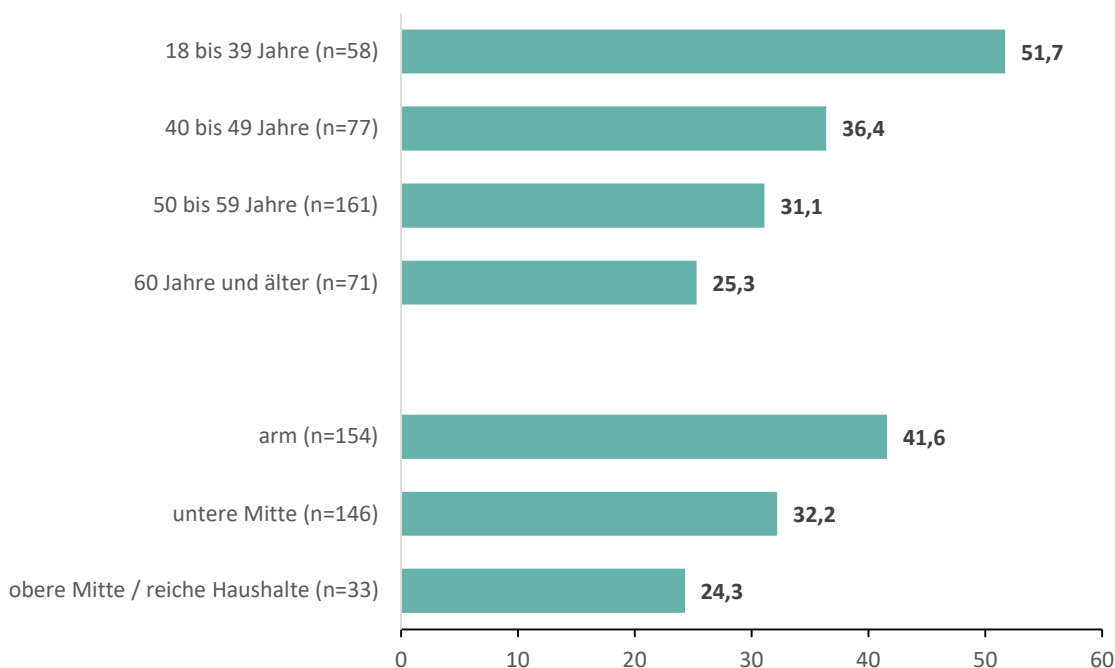


Vereinsamung“, der aus eigener Initiative wohl kaum oder nur mit hohen Anstrengungen durchbrochen werden kann.<sup>325</sup> Hier bedarf es gleichermaßen stützender wie niederschwelliger Angebote.

**Peer-Kontakte (Psychiatrieerfahrung).** Im Rahmen der ZBFS-Befragung wurde auch nach der Bedeutung von Peers für die sozialen Netze gefragt: Etwa ein Drittel (34,9%) stimmte der Aussage „Ich habe hauptsächlich zu Menschen näheren Kontakt, die auch psychisch beeinträchtigt sind“ voll und ganz (9,1%) oder zumindest eher zu (25,7%). Nach Geschlecht und Migrationshintergrund zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede. Dies gilt auch für die Dauer der psychischen Erkrankung, wenngleich sich hier ein leichter (aber statistisch nicht signifikanter) Zusammenhang andeutet.<sup>326</sup> Besonders stark fällt der soziale Rückzug auf Peers bei Befragten aus, die in Einrichtungen (70,6%) oder alleine mit ihren Eltern (52,9%) leben bzw. die ihre psychische Gesundheit als sehr schlecht einstufen (51,0%). Nach Diagnosebildern schwanken die Anteile zwischen 26,7% (Manisch-depressive Erkrankung) und 50,8% (Psychose). Der engste Zusammenhang besteht auf jeden Fall mit dem Alter der Befragten und – etwas schwächer ausgeprägt – mit der Einkommenslage (siehe Abb. 6.3). Ausdrücklich sei betont, dass Peer-Kontakte im Kontext verbreiteter Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen (siehe Kap. 7) oft eine der wenigen noch bestehenden Möglichkeiten darstellen, um sich überhaupt noch auf Augenhöhe mit jemanden austauschen zu können. Dass stärkere Peer-Kontakte mit einem Anstieg der Einsamkeitsgefühle einhergehen, sollte daher nicht im Sinne <Der Rückzug auf Peer-Kontakt begünstigt Vereinsamung> interpretiert werden, sondern umgekehrt als Ausdruck der Tatsache, dass diese für einsame, sozial isolierte Betroffene eben eine zentrale Bedeutung haben. Wie es eine Fachkraft in der Online-Befragung formulierte:

„Ich würde behaupten, dass sie [psychisch erkrankte Menschen, SIM] fast nur dann eine gewisse Gleichheit spüren, wenn sie sich mit anderen Betroffenen austauschen oder sich in einem zielführenden Therapieprozess befinden.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

**Abbildung 6.3: Näherer Kontakt hauptsächlich zu Menschen, die auch psychisch beeinträchtigt sind** (Antwortkategorien „trifft genau zu“ mit „trifft eher zu“; in Prozent)<sup>327</sup>



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

<sup>325</sup> Mayer et al. (2018: 32).

<sup>326</sup> Die Zustimmungsqoten („voll und ganz“ mit „eher“) schwanken zwischen 30,8% (Dauer: bis fünf Jahre) und 39,4% (länger als 20 Jahre).

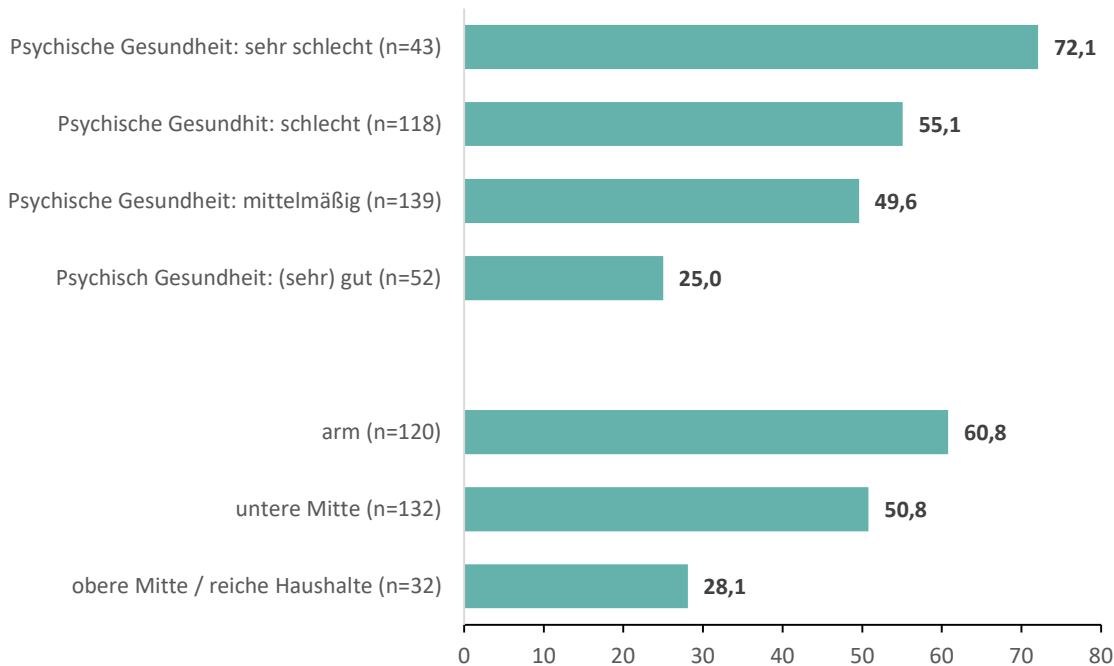
<sup>327</sup> Die zugrunde liegende Frage (Item von F2) lautete: „Ich habe hauptsächlich zu Menschen näheren Kontakt, die auch psychisch beeinträchtigt sind.“



## 6.1.2 Einsamkeit

Die in Abbildung 6.1 abgebildeten Aussagen lassen Rückschlüsse auf Einsamkeit als ein subjektives Gefühl zu, bei dem die eigenen sozialen Beziehungen nicht den persönlichen Wünschen und Bedürfnissen entsprechen.<sup>328</sup> Im diesem Sinne kann rund die Hälfte der ZBFS-Befragten (50,7%) als einsam bezeichnet werden. Nach Geschlecht und Migrationshintergrund zeigen sich diesbezüglich keine nennenswerten Unterschiede, wenngleich Männer (52,0%) etwas häufiger als Frauen (49,8%) und Befragte mit Migrationshintergrund (55,9%) öfters als solche ohne (50,4%) einsam sind. Hoch signifikante Zusammenhänge zeigen sich indessen bezüglich der subjektiven Wahrnehmung der psychischen Erkrankung und der Einkommenslage.

**Abbildung 6.4: Einsamkeit nach subjektiver Einschätzung der psychischen Gesundheit und Einkommenslage (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Sicherlich müssen die obigen Werte vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie gesehen werden: Forschungen zeigen, dass die Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der Pandemie generell zu einem Anstieg von Einsamkeit in der Bevölkerung geführt haben.<sup>329</sup> Repräsentative Daten für die Allgemeinbevölkerung liegen deutschlandweit leider nur für die mittleren und höheren Altersgruppen vor.<sup>330</sup> Ihnen zufolge ist das Einsamkeitsempfinden der 46- bis 90-Jährigen zwischen 2017 und 2020 um rund 50% angestiegen, von 9,0% auf 13,7%; für Bayern wird ein ähnlicher Anstieg berichtet (von 8,5% auf 12,5%).<sup>331</sup> Dies belegt nicht nur eindrücklich die diesbezüglichen Effekte der Pandemie – die auf psychisch erkrankte Personen allerdings nicht ein-zu-eins übertragen werden sollten (siehe Kap. 6.1.3), – sondern auch die wesentlich höhere Betroffenheit psychisch erkrankter Personen (mit einer Einsamkeitsquote von 50,7% in unserer Befragung). Der Vergleich der Einsamkeitsquoten verweist auf die Notwendigkeit, in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen Maßnahmen der Einsamkeitsintervention, aber auch der Einsamkeitsprävention verstärkt in den Blick zu nehmen.

<sup>328</sup> Einsamkeit wurde mit der De-Jong-Gierveld-Einsamkeitsskala gemessen. In diesem Sinne wurde über die in Abbildung 6.1 genannten Items ein Index gebildet (siehe: Jong Gierveld, van Tilburg & Dykstra (2006)).

<sup>329</sup> Entringer et al. (2020).

<sup>330</sup> DZA (2021). Angemerkt sei, dass die DZA-Berechnungen methodisch dasselbe Verfahren zur Bestimmung von Einsamkeit verwenden wie die SICHTBAR-Studie.

<sup>331</sup> StMGP (2023: 21).

Der Handlungsbedarf wird noch deutlicher, bedenkt man, „dass es für einsame Menschen umso schwieriger ist, sich aus eigener Kraft aus dem Zustand der Einsamkeit zu befreien, je länger sie sich einsam fühlen. Lange Phasen von Einsamkeit verringern den Selbstwert und erschweren es, Möglichkeiten wahrzunehmen, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten.“<sup>332</sup> Unstrittig ist, dass Einsamkeit schwerwiegende Folgen für die mentale und körperliche Gesundheit haben kann.<sup>333</sup>

### 6.1.3 Exkurs: Corona und seine soziale Folgen

Die Corona-Pandemie hat auch in Deutschland zu einem Anstieg depressiver Symptome und von Angstsymptomen geführt.<sup>334</sup> Personen, die zum Zeitpunkt der Pandemie bereits psychisch erkrankt waren, waren häufig besonders betroffen. Die Pandemie und die mit ihr verbundenen Einschränkungen bedeuteten zusätzlichen Stress, der die subjektive psychische Gesundheit negativ beeinflusste. In der ZBFS-Erhebung erklärten über zwei Drittel der Befragten (70,4%), dass sich ihr psychisches Wohlbefinden durch die Corona-Pandemie „deutlich“ (27,3%) oder zumindest „eher“ (39,2%) verschlechtert habe. Noch drastischer fallen die Rückmeldungen auf die offene Frage nach den sozialen Konsequenzen der Pandemie aus:<sup>335</sup> Rund 80% gaben an, dass sich ihre sozialen Kontakte mehr oder weniger stark zum Negativen verändert hätten, sei es in quantitativer oder qualitativer Hinsicht. Immer wieder wurde von einer Zunahme von Einsamkeitsgefühlen gesprochen. Inwieweit sich diese negativen Effekte über den zeitlichen Verlauf, sprich die einzelnen Lockdowns erst langsam aufbauten, kann hier nicht beantwortet werden. Manches spricht dafür.<sup>336</sup>

„Vermisse lockere Ausgänge, Cafés. Alles erschwert, ZIEHE MICH VERMEHRT ZURÜCK, VERZICHTE AUF KONTAKTE.“<sup>337</sup>

„Weniger Kontakt; kein Körperkontakt (z.B. Umarmungen); größeres Einsamkeitsgefühl, größere Isolation.“

„Mit Beginn der Corona-Pandemie begannen Angststörung und Depression. Folgen: Rückzug von Anderen.“

„Noch weniger persönliche Kontakte; zu großes Aufeinandersitzen mit Partner auf engstem Raum, das Gefühl, noch mehr eingesperrt zu sein.“

„Ich habe kaum soziale Kontakte; deswegen gehen mir selbst das Händeschütteln mit der Therapeutin oder die eine oder andere Umarmung mit anderen Patient\*innen schon sehr ab. Meine sozialen Ängste haben durch Corona wohl noch zugenommen.“

Als besonders belastend wurde zudem immer wieder auf die Spaltung der Gesellschaft in Impfbefürworter und überzeugte Impfgegner und die damit einhergehende Gereiztheit und steigende Aggression im Alltag und in der Kommunikation abgehoben.

„Starke Polarisierung im Freundes- u. Familienkreis, mehr Auseinandersetzungen und Streit -> ergo: meide Konflikte und Menschen, die diese verursachen -> ergo: Einsamkeit“

„Mit Impfgegnern ist oft der Kontakt erloschen, Uneinigkeit; kaum mehr soziale Kontakte, Einsamkeit.“

<sup>332</sup> Huxhold & Tesch-Römer (2021: 14).

<sup>333</sup> Böger & Huxhold (2018).

<sup>334</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2022/05\\_2022.html](https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2022/05_2022.html).

<sup>335</sup> Die offene Frage (F25) lautete: „Jetzt geht es noch einmal um die Corona-Pandemie: Inwieweit haben sich Ihre Beziehungen zu anderen Menschen seit Beginn der Corona-Pandemie verändert?“

<sup>336</sup> Wie es eine Co-Forscherin ausdrückte: „Am Anfang der Epidemie waren wir nicht so betroffen. Ein gewisser sozialer Rückzug ist für viele von uns Normalität. Später ist aber auch psychisch erkrankten Personen dann die Luft ausgegangen. Zumindest von depressiven Personen weiß ich das definitiv.“

<sup>337</sup> Alle nachfolgenden Zitate sind der ZBFS-Befragung entnommen (Frage 25, siehe oben). Die in den folgenden Zitaten zu findenden Großbuchstaben wurden von den Befragten so gesetzt und sollen hier übernommen werden, um deren Perspektive eins-zu-eins zu übernehmen.

Dass immerhin ein Fünftel keine negativen Veränderungen rückmeldete, mag auf den ersten Blick überraschen. Bedenkt man allerdings, dass psychisch erkrankte Menschen soziale Kontakte häufig vermeiden bzw. sie diese nicht nur als Unterstützung, sondern auch als Belastung erleben (können), wird die Einschätzung nachvollziehbar. Andere betonten, dass sich unter den Ausnahmebedingungen mitunter die Qualität der bestehenden Kontakte verbessert habe.

„Eigentlich hat sich gar nichts verändert! Ich hatte vor Corona auch schon kaum Kontakte außer meiner Tagesstätte und einer Freundin.“

„Kaum. Ich hatte schon vorher keine Kraft, viele Menschen zu sehen.“

„GAR NICHT, HATTE KEIN ENGERES SOZIALES UMFELD.“

„Zu engen Freundschaften verbessert, zum Partner verbessert.“

In der Tat erlebten einige wenige Befragte (n=10) die Kontakteinschränkungen sogar als entlastend. Zwei Stimmen sollen zur Verdeutlichung genügen:

„Meinem Rückzugsbedürfnis kann ich seitdem ohne schlechtes Gefühl nachgehen. Ich werde seltener von außen zur Aktivität motiviert - ICH WERDE IN RUHE GELASSEN. SUPER, SO WENIG BEGEGNUNGEN AUF DER STRASSE.“

„BIN FROH NIEMANDEN ZU SEHEN ODER GAR EINLADUNGEN ANZUNEHMEN -> LOCKDOWN WAR FÜR MICH SEHR ERHOLSAM, da keine Verpflichtungen.“

In gewisser Hinsicht könnte man sagen, dass die Allgemeinbevölkerung durch die im Zuge der Corona-Pandemie verhängten Ausgangsbeschränkungen ein Lebensgefühl kennengelernt hat bzw. kennenlernen musste, das für viele psychisch erkrankte Personen schon immer Alltag gewesen ist.

„Die anderen haben etwas erlebt, was für psychisch Erkrankte normal ist. (...) Dieses Gegängelt-Werden durch die Vorschriften. Für uns ist das ja was Bekanntes. Wir fühlen uns oft gegängelt. All diese Ratschläge, was Du machen sollst, wie Du zu sein hast und was man nicht machen darf. Das kennen wir zur Genüge. (...) Oder dieses Beschränkt-Sein. Als Depressive kann ich nicht schnell mal ins Konzert gehen, weil ich schaffe es gar nicht.“ (Co-Forscherteam).“

Man könnte insofern aber auch sagen, dass sie vor dem Hintergrund des ihnen alltäglich abverlangten Krisenmanagements – zumindest anfänglich – besser befähigt waren, mit den Beschränkungen umzugehen.

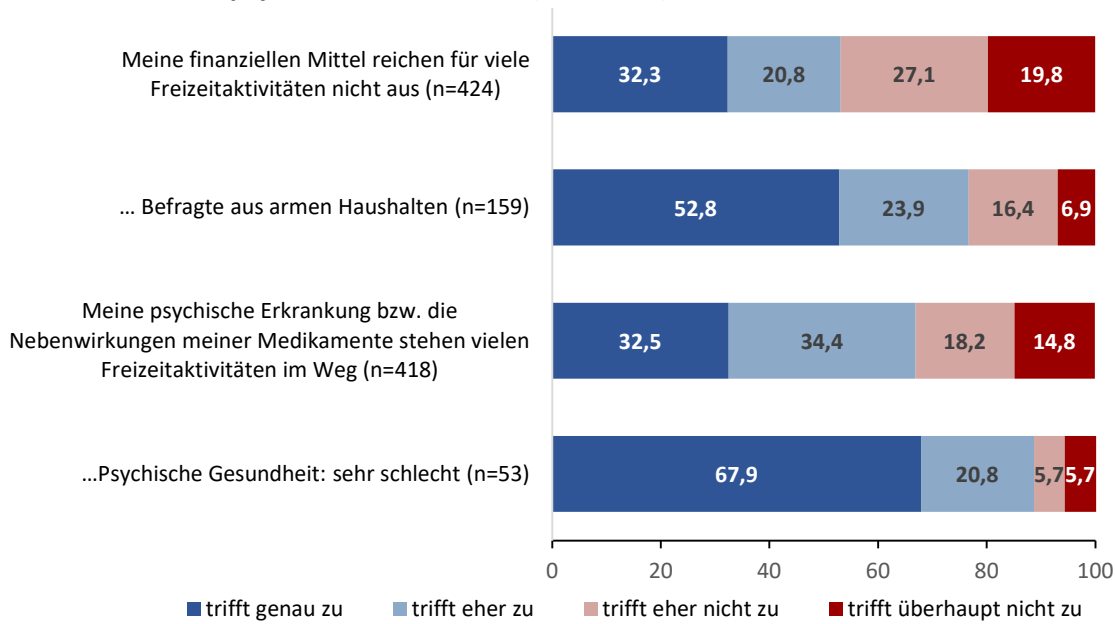
## 6.2 Aktivitäten: Freizeit, Kultur und Ehrenamt

### 6.2.1 Freizeitaktivitäten und Sport

**Bedeutung und quantitative Perspektiven.** Freizeitaktivitäten kann mit Blick auf Inklusionsprozesse ein hoher Stellenwert beigemessen werden. Denn „gerade in der Freizeit [sind, SIM] aufgrund der relativen Freiheit von Zwängen und Leistungsdruck Begegnungen zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen“<sup>338</sup> leichter möglich bzw. leichter zu realisieren als in anderen Kontexten (z.B. Beschäftigung). Allerdings sind solche Begegnungen nicht voraussetzungslos. Im Gegenteil. Die ZBFS-Befragung belegt, dass sich psychisch erkrankte Personen aufgrund ihrer hohen Armutsbetroffenheit bzw. ihrer krankheitsbedingten Erlebenswelten und Verhaltensweisen diesbezüglich beträchtlichen Problemen gegenübersehen (siehe auch Kap. 4.4). Dabei gilt: Je ärmer bzw. kränker, desto stärker sind die Möglichkeitsräume eingeschränkt.

<sup>338</sup> Höptner (2018: 79).

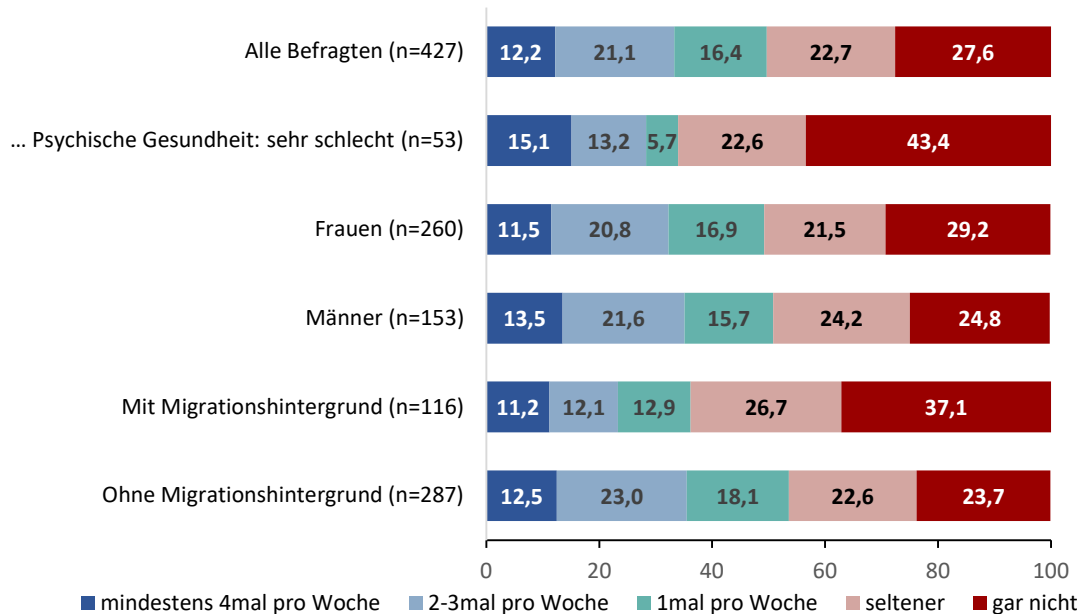
**Abbildung 6.5: Einschränkungen der Freizeitaktivitäten nach Einkommenslage und subjektiver Einschätzung der psychischen Gesundheit (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Vergleichbare Zusammenhänge zeigen sich bezüglich sportlicher Aktivitäten: Gefragt, wie oft man in der Regel Sport treibe bzw. in der Freizeit etwas anstrengendere Aktivitäten ausübe (z.B. Fahrrad-Touren machen, Tanzen, Wandern), antworteten 43,4% der Betroffenen, die ihre psychische Gesundheit als sehr schlecht bewertete, mit „gar nicht“; der entsprechende Durchschnittswert für alle Befragten lag bei 27,6%. Bei Frauen, die ihre psychische Gesundheit als sehr schlecht einstufen, steigt der Anteil sogar auf 48,5% (Männer: 36,8%). Insgesamt fallen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern aber relativ gering aus – im Gegensatz zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund.

**Abbildung 6.6: Häufigkeit sportlicher Aktivitäten nach subjektiver Einschätzung der psychischen Gesundheit, Geschlecht und Migrationshintergrund (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Ein Drittel der Befragten (33,3%) aus armen Haushalten gab ebenfalls an, „gar nicht“ Sport zu treiben, während dies nur gut jede jede\*r Fünfte\*r (21,8%) aus nicht-armen Haushalten tat. Der Unterschied lässt sich in diesem Fall aber zum großen Teil durch die schlechtere psychische Verfasstheit der Befragten aus armen Haushalten erklären. Dass die jeweils zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel gleichwohl eine Rolle spielen, zeigen die Antworten auf die offene Frage, ob man mit Blick auf den Vereinssport oder Institutionen wie Volkshochschule irgendwelche Wünsche oder Verbesserungsvorschläge habe.<sup>339</sup> Von den achtzig Befragten, die konkrete Wünsche vorbrachten, stellten 12 auf mehr kostengünstigere bzw. kostenfreie Angebote ab, gefolgt von den Wünschen „mehr Reha-Sport bzw. Angebote für psychisch erkrankte Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen“, „kleinere Gruppen“, „mehr Angebote draußen“ sowie „spezifische bzw. geschützte Angebote für psychisch erkrankte Personen“ und dem „Wunsch nach anderen Formaten“ (z.B. offene Mitmachangebote, kürzere Kursdauern, Angebote mit weniger Wettkampfcharakter).

Leider liegen keine Vergleichszahlen vor, um die oben genannten Anteilswerte in einen größeren Kontext stellen zu können. Als sicher kann nur gelten, dass die Einschränkungen im Zuge der pandemiebedingten Maßnahmen auch zu einer Abnahme des sportlichen Engagements führten – vor allem des vereinsbasierten. Dass aber gerade Befragte mit sehr schlechter psychischer Verfassung *keinerlei* Sport bzw. *keinerlei* etwas anstrengendere Aktivitäten ausüben, ist vor dem Hintergrund der Bedeutung von Sport für den Erhalt der psychischen Gesundheit bzw. die Gesundung zweifelsohne bedauerlich. So kann Sport etwa bei Depressionen, bipolaren Erkrankungen aber auch bei Psychosen bekannterweise ein wichtiger Therapiebaustein sein.<sup>340</sup> Inwieweit das geringere sportliche Engagement von migrantischen Befragten auf eine mangelnde interkulturelle Öffnung der Münchner Vereinslandschaft verweist, muss offenbleiben.

**Qualitative Perspektiven: Barrieren.** Im Rahmen der Online-Erhebung wurde den Betroffenen, Fachkräften, Angehörigen und interessierten Bürger\*innen die Möglichkeit gegeben, näher auf etwaige Probleme bei der Freizeitgestaltung bzw. auf die Barrieren einzugehen, denen sich psychisch erkrankte Personen diesbezüglich gegenübersehen. Von dem Angebot machten nicht einmal zehn Prozent der Befragungsteilnehmer\*innen Gebrauch (135 von 1.666); bei den Betroffenen waren es 45 von 598. Dem entspricht, dass „nur“ knapp jede\*r achte Betroffene allgemein von größeren Problemen in diesem Bereich sprach; zum Vergleich: Im Bereich Arbeit war es mehr als jede\*r Zweite (siehe Kap. 8.1.1).

Inhaltlich lassen sich die formulierten Probleme vier Problemfeldern bzw. Barrieren zuordnen:

- *Innere Barrieren*, also letztlich krankheitsbedingte Nutzungsprobleme. An erster Stelle wurden hier Motivations- und Antriebsprobleme genannt, gefolgt von sozialen Ängsten (Hemmungen), (teilweise medikamentös bedingter) geringerer Belastbarkeit sowie „indirekten“ Barrieren wie Scham. Knapp die Hälfte der Betroffenen (21 von 45) machte eine entsprechende Angabe; bei den übrigen Befragungsteilnehmer\*innen war es rund jede\*r vierte.

„Das Problem ist, sich unter Menschen zu trauen. Vor allem, wenn man nicht normal leistungsfähig ist.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Durch die Nebenwirkungen der Medikamente leiden viele unter ungewollter Gewichtszunahme > verändertes Körperbild > Scham: Die Sportangebote hier sind darauf nicht ausgerichtet.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

- *Finanzielle Barrieren* (ökonomische Ausgrenzung) wurden jeweils von rund einem Viertel der betroffenen und anderen Befragten genannt. Sei es, dass die Einkommenslage psychisch erkrankter Personen kaum Aktivitäten zulasse, sei es – spiegelbildlich -, dass die Kursgebühren bzw. Mitgliedsbeiträge in Vereinen schlichtweg zu hoch seien. Bedauert wurde diesbezüglich auch, dass krankheitsbedingte Ausfallzeiten preislich nicht berücksichtigt würden (Kostenreduktion).

„Bei mir ist es eher die finanzielle Situation, wo ich sehr schauen muss, was ich mir leisten kann.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

<sup>339</sup> Die Frage (F29B) lautete: „Denken Sie bitte an organisierte Sportangebote in Sportvereinen oder sonstigen Institutionen (z.B. Volkshochschule, Landeshauptstadt München). Wenn Sie diesbezüglich irgendwelche Wünsche oder Verbesserungsvorschläge haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen.“

<sup>340</sup> Schuch et al. (2016).

„Bei Vereinen ist es oft zu teuer, einer Sportart nachzugehen, weil man nicht damit rechnen kann, wann einen die Depression oder Krankheit wieder aus dem Verkehr zieht.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

- **Soziale Barrieren.** Die Spannweite reichte von mangelndem Verständnis über Stigmatisierung bis hin zu offener Diskriminierung. Letzteres wurde allerdings nur vereinzelt (n=3) thematisiert.

„Beim Sport ist die Stigmatisierung von psychisch Erkrankten sicherlich immer noch sehr hoch. Hier müssten gesellschaftliche Vorurteile abgebaut werden, damit Menschen, die neu in eine Gruppe kommen, sich (...) schnell wohlfühlen können und nicht mit Misstrauen konfrontiert werden.“ (Online-Befragung | früher Betroffene\*r).

„Darf es sein, dass ein Fitnessstudio einem psychisch eingeschränkten Menschen die Mitgliedschaft verweigert, da ein Behinderter nicht in das schicke Bild des Studios passt?“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

- **Strukturelle Barrieren (Angebote).** Entsprechende Anmerkungen zielten vor allem auf die mangelnde Passung bestehender Angebote (z.B. zu starke Leistungsorientierung; zu große Gruppen) bzw. – umgekehrt formuliert – auf das Fehlen geeigneter / integrierender Angebote für das Klientel ab. Das in München bestehende Angebot an speziellen Sportgruppen für psychische erkrankte Menschen (z.B. beim Münchner Bündnis gegen Depression) wurde in diesem Zusammenhang als quantitativ nicht ausreichend angesehen.

„Psychisch erkrankte Personen werden in den meisten Sportvereinen nicht integriert.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

Als weitere strukturelle Barrieren wurden die häufig mangelnde Qualifikation von Kursleiter\*innen, Trainer\*innen im Umgang mit psychisch erkrankten Personen genannt sowie die für psychisch erkrankte Personen oft ungünstigen Kurszeiten:

„Die Trainer und Mitspieler\*innen sind überfordert, was aber auch nachvollziehbar ist. Es sind oft schwere Erkrankungen, z.B. Panikattacken. Und Menschen mit Depression können oft nicht regelmäßig kommen oder eine ganze Trainingseinheit durchhalten.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

„Sportangebote für Erwachsene finden oft erst sehr spät am Abend statt, wenn viele Menschen mit Depressionen bereits zu müde von der Alltagsbewältigung sind, um sich nochmal aufzuraffen, aus dem Haus zu gehen und körperlich zu betätigen.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

**Lösungsideen (Befragte):** Vereinzelt machten die Befragten auch Vorschläge zur Verbesserung der Situation. Die meisten von ihnen ergeben sich zwar spiegelbildlich aus den oben genannten Barrieren. Zur Verdeutlichung seien die Ideen dennoch kurz genannt:

- **Kostenlose / kostengünstige Angebote:** „Kostenlose / günstige gesundheitsfördernde Freizeit- und Sportangebote“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **Spezifische Angebote für psychisch erkrankte Personen** (weniger Leistungsorientierung; kleine Gruppen; flexible Teilnahme; qualifiziertes Personal; therapeutische Anleitung): „Ggf. gezielt Gruppen für Menschen mit sozialen Ängsten - kleine Gruppen - geschultes Personal usw.“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **Offene Angebote:** „Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben oft Probleme mit der Struktur. Ganz offene Angebote, wo man nicht nach dreimal nicht-teilnehmen rausfällt, wären toll.“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **Inklusive Angebote:** „Leider gibt es zu wenig Inklusionsgruppen. Wenn überhaupt nur von privaten Initiativen. (...) Ganz wichtig wäre die Mischung Behinderte mit Nicht-Behinderten.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).
- **Online-Angebote:** „Für manche psychisch kranken Menschen wären Sportangebote gut, an denen man anonym oder von zu Hause aus teilnehmen kann. Hier könnte die Stadt München nachbessern.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).



- *Fachliche Unterstützung von Kursanbieter\*innen bzw. Vereinen im Umgang mit psychisch erkrankten Personen:* „Information und Aufklärung aber auch Unterstützung bei der Einbindung von beeinträchtigten Menschen mit leicht erreichbaren Ansprechpartnern wäre sehr hilfreich.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

**Exkurs: Öffentlicher Raum.** Die Frage, ob es in München genügend öffentliche Räume und Treffpunkte gebe, die für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gut nutzbar seien („Wohlfühlorte“), beantworteten knapp zwei Drittel der Befragten (64,8%) mit „weiß ich nicht / kann ich nicht sagen“. Ein knappes Viertel (23,2%) verneinte dies kategorisch. Befragte, die ihre psychische Gesundheit als (sehr) schlecht einstufen, antworteten überproportional häufig entsprechend (40,7%) – bei den anderen Gruppen schwanken die Anteile („nein“) zwischen 19,5% und 23,1%.

Allerdings gab über die Hälfte (58,4%) jener Befragten, die keine generellen Wohlfühlorte für psychisch erkrankte Personen erkennen konnten, an, dass es durchaus Orte im Freien gebe, die sie persönlich gerne nutzten bzw. wo sie sich wohlfühlten. Sieht man davon ab, dass die großen Münchner Parks (Englischer Garten, Hirschgarten, Nymphenburger Schlosspark, Olympiapark, Westpark), der Botanische Garten und die Isar besonders häufig genannt wurden, zeigt sich hierbei kein erkennbares Muster. Der Wohnort der Befragten dürfte bei der Nennung die entscheidende Rolle spielen. Insgesamt nannten fast zwei Drittel (60,9%) aller ZBFS-Befragten solche Orte im Freien. Dass Freiflächen im Erleben der Befragten eine solche hohe Bedeutung zukommt, ist nicht überraschend: Solche Orte sind nicht nur erschwinglich und erreichbar für alle, sondern sie bieten auch – sind sie nicht überlaufen – Ruhe, Natur und laden zur Bewegung ein. Studien zeigen, dass „Zeit im Grünen hilft, Selbstzweifel hinter uns zu lassen, unsere Konzentration zu steigern, Stress zu reduzieren“. <sup>341</sup> Entsprechend schlägt auch Weltgesundheitsorganisation vor, gerade in den Städten „gesundheitsförderliche Außenräume und den Kontakt zur Natur zu fördern, zu schützen und wiederherzustellen.“ <sup>342</sup>

Die hohe Bedeutung von Freiflächen spiegelt sich auch darin wider, dass „nur“ rund vier von zehn Befragten (43,2%) erklärten, anderweitige Treffpunkte zu haben, wo sie sich wohlfühlten. An erster Stelle rangieren hier über die Stadt verteilte Cafés und Restaurants (53,7%), gefolgt von öffentlichen Schwimmbädern und Saunen (26,1%) und Museen (19,7%).

## 6.2.2 Kultur

**Bedeutung des Handlungsfeldes.** Mit Kultur ist hier der Bereich kreativ-gestalterischer Leistungen gemeint – von Musik, Tanz über Literatur und kreatives Schreiben bis hin zu Theater und bildender Kunst. Kulturelle Aktivitäten verweisen dabei gleichermaßen auf „Konsum“ (Betroffene als Kulturnutzer\*innen) wie auf „Produktion“ (Betroffene als Kulturakteur\*innen). Teilhabe am kulturellen Leben ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen bis heute keineswegs selbstverständlich. Dies gilt insbesondere für die aktive Rolle als „Kulturproduzent\*innen. Das ist bedauerlich, da jeder Mensch kreative Fähigkeiten hat und die Öffentlich-Machung der Weltwahrnehmung psychisch erkrankter Menschen für Nicht-Betroffene einen hohen Mehrwert haben kann – durch die Konfrontation mit ungewohnten Erfahrungswelten (siehe Kap. 2.2.1). Folgt man der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ist Kultur eben in besonderer Weise geeignet, psychische Erkrankungen sichtbar zu machen und sie in die Öffentlichkeit zu tragen und Vorurteile abzubauen. <sup>343</sup> Unabhängig hiervon zeigen Forschungen, dass kulturelle Teilhabe für psychisch erkrankte Menschen einen hohen Mehrwert besitzt bzw. besitzen kann. <sup>344</sup>

<sup>341</sup> Dietrich (2023: 17).

<sup>342</sup> Ebert (2023: 26). Siehe ausführlich: WHO (2021). Wie solche Grünräume konkret gestaltet sein müssen, um sich positiv auf die mentale Gesundheit auszuwirken, ist allerdings noch nicht umfassend erforscht.

<sup>343</sup> Siehe: <https://www.dgppn.de/Veranstaltungen/kunst-und-psyche.html> (letzter Abruf: 25.05.2023). Ein 2019 aufgelegter Bericht der Weltgesundheitsorganisation (Fancourt & Finn 2019) zitiert mehr als 3.000 Studien, die eine bedeutende Rolle der Künste bei der Prävention von Krankheiten, der Steigerung der Gesundheit und dem Umgang mit und der Behandlung von Erkrankungen während der gesamten Lebenszeit belegen.

<sup>344</sup> Ergänzend sei angemerkt, dass sich der regelmäßige Besuch kultureller Veranstaltungen anscheinend auch positiv auf die psychische Stabilität auswirken kann. Folgt man Fancourt und Tymozuk (2018) haben Personen, die mindestens einmal im Monat eine Ausstellung besuchen, ins Kino oder Theater gehen, ein halb so hohes Depressionsrisiko wie die Menschen der Vergleichsgruppe, die seltener ausgehen.

- **[Erweiterung der subjektiven Erlebniswelten].** Bei kulturellen Aktivitäten kann man – wie auch bei anderen Freizeitaktivitäten – „auftanken“. Kulturelle Aktivitäten vermögen aber zudem die Fantasie der Teilnehmer\*innen anzuregen und neue Erlebnisfelder zu eröffnen: „Ob beim Besuch einer kulturellen Veranstaltung oder beim eigenen künstlerischen Tun können persönliche Entwicklungsprozesse in Gang gesetzt werden, die in jedem einzelnen starke Potentiale entfalten und neue Sichtweisen auf sich und andere Menschen ermöglichen.“<sup>345</sup>
- **[Salutogenetische Effekte].** Dass solche Entwicklungsprozesse salutogenetische Wirkung entfalten (können), ist unstrittig. Dies gilt vor allem (aber nicht nur<sup>346</sup>) für die *aktive* Kulturproduktion. Kunsttherapien, Schreibwerkstätten und andere Formate zeugen hiervon. Wie es eine Fachkraft in der Online-Befragung und eine unserer Interviewpartner\*innen formulierten:

„Ich kann sagen, dass es ein Theaterprojekt gab, in dem ein Klient, den ich in BEW betreute, mitwirkte. Leider wurde aus Gründen der fehlenden Finanzierung dieses Projekt geschlossen. Das war für meinen Klienten ein wirklicher Schock! Denn durch das Theaterspielen konnte er aufblühen, in andere Rollen schlüpfen, und Fähigkeiten ausbauen, die im Anschluss leider nicht mehr gefördert werden konnten. Er wurde wieder sehr depressiv. Auch half ihm dieses Projekt, aus der Isolation herauszukommen. Die Schließung war ein Desaster. (...) Kunst und Kultur nicht nur konsumieren, sondern selbst erleben, selbst Teil davon zu sein, gibt vielen Selbstwert und das Gefühl von Selbstwirksamkeit.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

„[Künstlerisches, SIM] Schreiben ist keine Therapie, aber es wirkt therapeutisch. Es klärt auf. Man spricht als eigenständige, ernst zu nehmende Person und nicht als vulnerable, psychisch erkrankte. Und das ermächtigt. (...) Das Schreiben das bin ich. Das Leid, der Schmerz ist im Schreiben aufgehoben. (...) Und genau das ist das Heilende. Nicht therapeutisch vielleicht. Sondern eher etwas Heilendes. (...) Dadurch, dass man es nach außen bringt, kriegt man eine bessere Handhabe ... vom Thema, vom Gefühl, vom Leid. Man gestaltet es. Aus den Texten, die entäußert werden von einem, erwächst eine Wahnsinnskraft. Ich habe das Gefühl, aus dem Text erwächst eine eigene Kraft. (...) Eine wichtige Aufgabe vom Schreiben ist...dass man da gewisse Dinge, gewisse Gefühle transformieren kann.“ (Interview | Betroffene).

- **[Austausch | Inklusion].** Analog zu Freizeitaktivitäten generell sind auch kulturelle Veranstaltungen und Aktivitäten geeignet, um Begegnungen zwischen Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen niederschwellig zu realisieren. Dies gilt in besonderem Maße für Projekte, die Menschen im praktischen Tun zusammenbringen – etwa beim Theaterspiel oder beim gemeinsamen Singen und Tanzen. Hier kann jeder Mensch „seine besonderen Fähigkeiten und Ideen einbringen, und zwar nicht als Bedürftiger und Kranker, sondern als aktives Mitglied.“<sup>347</sup>

**Qualitative Perspektiven: Barrieren.** Wie im Bereich „Freizeitaktivitäten“ nutzten auch im Handlungsfeld „Kultur“ nur wenige Teilnehmer\*innen der Online-Befragung die ihnen gebotene Möglichkeit zur konkreten Benennung von handlungsfeldspezifischen Problemen und Barrieren (138 von 1.666 Teilnehmer\*innen). Interessanterweise verweisen die Kommentare – mit wenigen Ausnahmen (siehe oben) – ausschließlich auf Barrieren beim „kulturellen Konsum“.

Mit Blick auf die Nutzung standen drei Barrieren im Vordergrund. Geordnet nach der Häufigkeit, in der Betroffene sie nannten, waren dies:

- **[Strukturelle Barrieren].** Dabei wurde vor allem auf die für psychisch erkrankte Personen mangelnde Passung von Veranstaltungen und Aufführungen im kulturellen Bereich bzw. – spiegelbildlich – auf das

<sup>345</sup> <https://www.thera-part.de/newsdetail/article/kultips-plattform-fuer-kultur-und-teilhabe>.

<sup>346</sup> Beispielhaft sei ein Pilotprojekt erwähnt, dass die Brüsseler Kommunalverwaltung 2022 ins Leben gerufen hatte. Es ermöglichte den am Projekt teilnehmenden Ärzt\*innen depressionserkrankten Menschen Museumsbesuche auf Rezept zu verschreiben. Mit der Verordnung konnten diese ihrerseits drei weitere Personen kostenfrei mitnehmen. Das Projekte zielte nicht nur auf Steigerung des Wohlbefindens der Patient\*innen ab; ihnen sollte damit auch der Weg aus der durch die Depression verursachten Isolation erleichtert werden. Eine Evaluation des Projektes steht zwar noch aus, aber die Nachfrage – auch seitens der Ärzteschaft – war beträchtlich. Siehe: <https://www.dw.com/de/br%C3%BCssel-setzt-auf-die-heilende-kraft-der-kunst/a-64248651> (letzter Abruf: 26.05.2023). Ähnlich sieht der Langzeitplan 2019-2024 des National Health Service vor, dass alle Allgemeinmediziner in England bis 2024 Patient\*innen mit psychischen Gesundheitsproblemen an Kultur- und andere Gemeindeaktivitäten überweisen können (anstelle von Medikamenten) (BMKOE 2021: 128).

<sup>347</sup> <https://www.thera-part.de/newsdetail/article/kultips-plattform-fuer-kultur-und-teilhabe>.

Fehlen entsprechender Angebote abgestellt. Als Barrieren wurden hier vor allem anderem genannt: zu laut, zu viele Menschen, zu starke Lichteffekte, fehlende Rückzugsräume bzw. -möglichkeiten.

„Große dichte Menschenansammlungen können bei einer Angststörung zu Panik oder Angst vor Panik führen. Vermeidung ist die Folge.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

- **[Finanzielle Barrieren]**, sprich zu hohe Ticket-/ Eintrittspreise angesichts der ökonomischen Situation psychisch erkrankter Personen.
- **[„Innere Barrieren“]**. Die geltend gemachten inneren Barrieren ähneln – durchaus erwartungsgemäß – denen, die mit Blick auf den Freizeitbereich vorgebracht wurden (Ängste, Antriebslosigkeit etc.). Sie brauchen hier nicht noch einmal gesondert aufgelistet werden. Auffällig ist jedoch der von Betroffenen im Kulturbereich häufig vorgebrachte Wunsch nach einer Begleitperson.

„Mir fällt es schwer, alleine Konzerte oder Theater zu besuchen. Alleine fehlt mir auch die Lust dazu. Begleitpersonen sind nur mit höchstem Aufwand oder gar nicht zu bekommen. Ehrenamtliche müssen dafür oft bezahlt werden.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

Betroffene machten zudem geltend, dass in heutigen Kulturveranstaltungen sehr oft mit Sex- oder Gewaltdarstellungen zu rechnen sei. Diese hätten aber ein beträchtliches „Trigger-Potential.“ Da stringente Informationspolitiken im Vorfeld (Inhaltshinweise) nicht üblich seien, verzichtete man sicherheitshalber gleich auf den Besuch entsprechender Veranstaltungen bzw. Orte (Theater).

„Da es heutzutage auch in der Kultur zu immer drastischeren Darstellungen von Sex und Gewalt kommt, habe ich als Opfer von sexueller Gewalt mit Traumafolgestörung gar keine Chance mehr in Theaterstücke für Erwachsene zu gehen, ohne schwerwiegende Symptomatiken auszulösen.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

**Qualitative Perspektiven: Lösungsideen.** Im Rahmen der Online-Befragung wurden explizit eine Reihe von Punkten genannt, an denen man im Sinne von mehr Barrierefreiheit im Kulturbereich ansetzen sollte. Andere lassen sich spiegelbildlich aus den oben genannten Barrieren ableiten bzw. wurden in unseren Gesprächen genannt:

- **[Kostenlose bzw. kostengünstige Kulturangebote / -aktionen]**. In diesem Zusammenhang wurde neben reduzierten Ticket-/Eintrittspreisen bzw. von Sozialtickets für Betroffene, wie sie etwa vom KulturRaum München e.V. angeboten werden,<sup>348</sup> auch die Idee monatlicher preisreduzierter Sondertage für psychische erkrankte Menschen in Museen, Galerien etc. genannt. Formuliert wurde zudem der Wunsch nach mehr niederschweligen und allgemein zugänglichen Kulturaktionen im öffentlichen Raum: „Es sollte öfter lokale/kostengünstige Kulturangebote wie Viertelfeste etc. geben, damit man eher aus der Wohnung kommt.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Informationspolitik im Vorfeld]**. Sei es hinsichtlich der Größe einer Veranstaltung, der eingesetzten Lichteffekte oder sei es hinsichtlich der Inszenierung und der Aufführungsinhalte: „Lautstärke und Soundanlage bei Veranstaltungen [sind oft, SIM] zu groß oder zu schlechte Qualität. Keine Kennzeichnung von Bass lastigen oder Bass freien Konzerten - nachweislich werden dadurch Panikattacken befördert. Keine Kennzeichnung von Theaterinszenierungen, in denen Trigger wie die Darstellung von Sexualität, Nacktheit, Gewalt oder eine provozierende Nähe zum Publikum Teil der Vorstellung sind.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Vermittlung von Begleitpersonen]**: „Angebot von Ansprechpartnern/Begleitern bei kulturellen Veranstaltungen“ (Online-Befragung | früher Betroffene\*r).
- **[Verhalten von Rückzugsorten („safe spaces“)]**: „Größere Veranstaltungen könnten einen "safe space" anbieten (weniger Leute, Kopfhörer vorhanden, etc.).“ Genannt wurde aber auch die Idee von Nebenräumen, „wo man zwar mithören/-sehen kann aber umgekehrt im <Plenum> nicht gehört wird und damit nicht stört und so auch kein Druck aufgebaut wird, dass man sich in bestimmter Weise verhalten muss. Das passende Verhalten kommt dann vielleicht von selbst.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

<sup>348</sup> Siehe: <https://www.kulturraum-muenchen.de/>

- **[Gestaltung der räumlichen Umgebung]**. Hier wurden lichtere Sitzreihen und abseits gelegene Sitzplätze für Menschen genannt, die den Ort unter Umständen schnell verlassen möchten bzw. müssen („Panikplätze“): „Für Menschen mit sozialer Angststörung ist es manchmal wichtig (...) nicht mitten in der Menge zu sein. Das kann jeder natürlich selbst entscheiden und seinen Platz am Rand buchen bzw. sich einfach neben/hinter die Menge zu stellen. Vielleicht wären lichtere Platzreihen einfacher. Falls einem die Angst übermannt und man mittig sitzt, dass mehr Platz wäre zwischen den Reihen und man so einfacher zum Ausgang kommen würde.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Ausbau der Online-Präsenz]**, sei es im musealen Kontext (Stichwort: digitale Museen), sei es im Bereich Veranstaltungen (Livestreams). „Auch wäre es gut, wenn Museen eine bessere Online-Präsenz hätten, was neue Sonderausstellungen angeht und vielleicht grundsätzlich mit kostengünstigen Aktionen verknüpft, um Leute mehr dazu zu bewegen, rauszukommen.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Entwicklung offener Formate]**, d.h. mehrgliedrige Angebote, bei denen man zu den einzelnen Bausteinen kommen kann, aber nicht muss. „Viele Menschen mit seelischen Behinderungen haben starke Tagesschwankungen und dadurch ist die Teilnahme an Kursen und Workshops nur eingeschränkt möglich. Sei es, weil man am Tag des Workshops nicht fit ist oder sei es, weil man oft in einem Kurs fehlt und dann doch nicht mehr mitkommt und damit wieder die Person ist, die alles aufhält. Angebote sollten als offene Treffs gestaltet sein. Man kann kommen, wann immer man will und ist nie das fünfte Rad am Wagen. Doch auch den Samstag um 15 Uhr mit seiner Tagesform zu erwischen, ist nicht leicht. Aus meiner Sicht wäre ein Ziel, ein tägliches Angebot für kulturelle Teilhabe zu schaffen (über alle Sparten- Tanzen, Theater, Singen, Schreiben...).“ (Anmerkung | Co-Forscher).

**Weitergehende Überlegungen.** Es gibt in München bereits institutionell getragene Projekte, in denen Betroffene als Kulturakteur\*innen aktiv sind und ihre Kreativität zeigen können (z.B. Inklusives Theater Apropos, SeelenART-Galerie, Tagesstätte TheaterAtelier, Schreibwerkstatt des Münchner Bündnis gegen Depression). Solche institutionellen Angebote sind ohne jeden Zweifel sehr wertvoll und sollten weiter gefördert bzw. ausgebaut werden. Um psychisch erkrankten Menschen den Zugang zur Kultur auch unter dem Aspekt des Sozialraums zu erleichtern bzw. um sie in (noch) stärkerem Umfang zur eigenständigen Kulturarbeit zu befähigen, sollten unseres Erachtens aber zwei weitere kulturpolitische Ansätze ergänzend verfolgt werden:<sup>349</sup>

- **[Kultur Street Work]**. Das 2022 abgeschlossene Modellprojekt „Kultur Street Work Neuaubing-Westkreuz“ hat das Potenzial eines dezentralen Kulturmanagement gezeigt.<sup>350</sup> Sprich, eines Kulturmanagements, das mit den Akteur\*innen vor Ort (v.a. Künstler\*innen, Dienstleister\*innen) auf Augenhöhe agiert und kooperiert, das mit ihnen gemeinsam Veranstaltungen im öffentlichen Raum entwickelt und umsetzt und das direkt auf die Menschen vor Ort zugeht. Nicht nur im Setzen wichtiger kulturbezogener Impulse und in der (ausgeprägteren) Verankerung des Themas „Kultur“ vor Ort, sondern eben auch mit Blick auf die Aktivierung im Kulturbetrieb bislang unterrepräsentierter Zielgruppen und in der „Hebung“ des „kreativen Potenzials“ eines Sozialraums. Wenngleich im Neuaubinger Modellprojekt die Gruppe der psychischen erkrankten Menschen nicht im Fokus stand, scheint der Ansatz unseres Erachtens doch geeignet, um diese in ihrer Rolle als Kulturnutzer\*innen und Kulturakteur\*innen zu stärken.
- **[Förderung von Kulturprojekten von und mit psychisch erkrankten Personen]**. Psychisch erkrankte Personen sehen sich in ihrer Rolle als Kulturschaffende und Mitgestalter\*innen von bzw. Mitwirkende bei kulturellen Projekten vor mannigfache Herausforderungen gestellt. Sei es aufgrund krankheitsbedingter Faktoren, sei es aufgrund sozialrechtlicher Regelungen.<sup>351</sup> Zur Unterstützung entsprechender Projekte bedarf es daher auch gezielter Maßnahmen der Kulturförderung (z.B.

<sup>349</sup> Dies kann hier nur skizziert werden. Eine tiefergehende Analyse mit der Aufarbeitung bereits bestehender kulturpolitischer Ansätze wäre aber sicherlich ein lohnenswertes Unterfangen.

<sup>350</sup> Siehe: Sagner & Stürzer (2022).

<sup>351</sup> So können etwa freiberufliche Kulturschaffende in der Regel keinen Anspruch auf Arbeitsassistenzen geltend machen, die sie bei der Antragstellungen sowie bei der Organisation und Durchführung von Kulturprojekten unterstützen könnten. Siehe hierzu näher: Un-Label (2023: 13).

Übernahme von Assistenzkosten) bzw. der Überarbeitung bestehender Antragsverfahren und Fördermaßnahmen.<sup>352</sup>

## Zur schnelleren Umsetzung von Inklusion in der Kultur: Vorschläge eines Co-Forschers

1. Man sollte die „Projektitis“ vor allem bei inklusiven Projekten abschaffen. Der Umstand, dass funktionierende Projekte beendet werden müssen, weil sie nicht mehr „neu“ sind, zermürbt die Kulturschaffenden und die Zielgruppe. Im Diversitätskompass (Kulturstiftung des Bundes) kann man nachlesen, wie sehr es marginalisierte Gruppen satt haben, immer wieder zu Projekten eingeladen zu werden, wenn gerade Geld dafür vorhanden ist, um dann wieder vergessen zu werden. Ich denke, dass trifft auch auf die „Zielgruppe“ der Menschen mit Behinderungen zu. Für mich als Tanzschaffender ist es schwer zu ertragen, Teilnehmer\*innen über das Ende des Projektes zu informieren. Fast alle Teilnehmer\*innen, die das erste Mal an einem Angebot der kulturellen Bildung teilzunehmen, fühlen sich wohl in den Projekten. Und es wird gesagt, es bereichert ihr Leben. Ich denke, die Stadtgesellschaft hat eine Verantwortung dafür, dass die Angebote der Teilhabe dauerhaft zur Verfügung stehen. Alles andere löst viel Leid aus.

2. Vertiefen statt immer wieder neu erfinden.

Ich beobachte, dass viele Verantwortliche, die sich das erste Mal in Projekten mit der Umsetzung von Inklusion beschäftigen, dazu neigen, das Rad neu zu erfinden, anstatt die vielen funktionierenden Konzepte, die es schon gibt, zu nutzen. Vielleicht ist das die Folge der „Projektitis“, die alle Kulturschaffenden reflexartig dazu bringt, immer etwas Neues zu erfinden, anstatt Bestehendes zu vertiefen.

Es gibt so vieles, was man nutzen kann, **angefangen von dem Wissen, was es in München gibt und noch nicht an einer Stelle zu finden ist.**

Dann die Arbeiten von Gruppen wie Un-Label, die Arbeiten zu relaxed performances, das Wissen, das es in Großbritannien gibt und vieles mehr.

Wir sollten dieses Wissen nutzen.

3. Ich habe die Idee von Alito Alessi\* übernommen: Nicht an Inklusion zu denken in meiner Arbeit, sondern alles so zu gestalten, dass Isolation verhindert wird. Wenn es gelingt, Isolation zu verhindern, dann entsteht Inklusion. Der Vorteil dabei ist, dass bei dem Gedanken an Isolation alle Menschen mitgedacht und mitgenommen werden, denn Isolation haben alle schon einmal erlebt. Hingegen birgt das Denken an Inklusion oft die Gefahr, dass wir denken, wir tun etwas Gutes für andere – und das hat oft einen paternalistischen Beigeschmack.

Diesen Gedanken trug ich beim Projekt NEBourhood vor und ein Professor für Architektur meinte, er werde seinen Studenten vorschlagen nicht mehr inklusive Gebäude zu planen, sondern Gebäude, die niemanden isolieren, weil der Gedanke besser funktioniert.

\* ein zeitgenössischer Tänzer/Choreograph und Entwickler der zeitgenössischen Tanz Methode DanceAbility

Ralf Otto

<sup>352</sup> Siehe: Un-Label (2023).



### 6.2.3 Ehrenamtliches Engagement

Rund jede\*r fünfte ZBFS-Befragte hat sich in den letzten 12 Monaten ehrenamtlich oder freiwillig engagiert – egal ob unbezahlt oder gegen geringe Aufwandsentschädigung. Mit 20,7% fällt die Partizipation zwar etwas geringer aus als in der Münchner Allgemeinbevölkerung (26%),<sup>353</sup> aber bei weitem nicht in dem Ausmaß wie bei der Frage der Erwerbstätigkeit (siehe Kap. 4.2.1). Ob bzw. inwieweit das ehrenamtliche Engagement durch die massiven Corona bedingten Kontakteinschränkungen, die zum Befragungszeitpunkt bzw. in den Monaten zuvor bestanden hatten, eingeschränkt worden ist, lässt sich nicht beantworten. Es aber anzunehmen.

Bei den Ehrenamtsquoten gibt es keine nennenswerten Unterschiede nach Geschlecht, Migrationshintergrund (bei Befragten mit deutscher Staatsbürgerschaft) oder Alter, sieht man davon ab, dass die Kohorte der 40-49-Jährigen ein vergleichsweise geringes Engagement berichtet (15,4%) – bei den anderen Altersgruppen liegen die Anteile immer bei rund 24%. Ansonsten zeigen sich in der ZBFS-Befragung die auch aus der Münchner Bürgerbefragung teilweise bekannten Zusammenhänge: Überdurchschnittlich häufig engagieren sich Personen aus reichen Haushalten bzw. Haushalten der oberen Mitte (31,3%), Personen mit Abitur/Fachabitur (27,9%) sowie Alleinlebende (25,5%). Deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt von rund 21 Prozent sind die Ehrenamtsquoten bei Personen ohne deutschen Pass (4,0%), Befragten, die sich als arbeitslos bzw. arbeitssuchend bezeichneten (11,8%), Personen, die mit Partner\*in und Kind(ern) zusammenleben (14,8%) sowie solchen aus armen Haushalten (15,1%).

Ein erkennbarer Zusammenhang zeigt sich zudem mit der Dauer der Erkrankung – je länger die Erkrankung andauert, desto höher das Engagement<sup>354</sup> – und der subjektiv wahrgenommenen Schwere der psychischen Erkrankung: Hier schwanken die Werte zwischen 29,0% ((sehr) gute psychische Gesundheit) bis 13,6% (schlechte psychische Gesundheit). Beides ist nicht überraschend. Bei Betroffenen, deren Erkrankungsbeginn noch nicht lange zurückliegt, steht sicherlich die Herausforderung im Fokus, sich auf das Leben mit der Erkrankung einzustellen und herauszufinden, was überhaupt noch geht. Zweiteres, die Schwere der Erkrankung, verweist darauf, dass ehrenamtliches Engagement nicht voraussetzungslos ist – sei es mit Blick auf die geforderte Leistungsfähigkeit, sei es mit Blick auf die Bereitschaft, sich psychisch erkrankten Personen als Ehrenamtlichen zu öffnen.

*„Unsere Tochter war seit Jugendjahren begeisterte Ehrenamtliche bei der freiwilligen Feuerwehr. Nach Bekanntwerden ihrer Erkrankung wurde sie eiskalt aufs Abstellgleis geschoben und dann auch vom Kommandanten dazu aufgefordert auszutreten. Inklusion geht anders!!!“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).*

In welchem Maße das ehrenamtliche Engagement gesundheitsfördernd und identitätsstiftend wirksam ist, lässt sich anhand unserer Daten nicht beantworten. Dazu ist das Bedingungsgefüge zu komplex.<sup>355</sup> Dass das Ehrenamt aber dieses Potenzial hat, zeigte sich auch in unseren Interviews. Seine diesbezügliche Bedeutung wurzelt nicht zuletzt in den arbeitsmarktbedingten Ausschlüssen – insofern das Ehrenamt eben jenseits des Arbeitsmarktes die Möglichkeit subjektiv sinnvoller und gesellschaftlicher anerkannter Tätigkeiten eröffnet. Allerdings sollte Freiwilligenarbeit weniger als Ersatz, denn als Ergänzung zur beruflichen Tätigkeit gesehen werden.

*„Arbeit finde ich ja keine mehr. Habe da alles versucht. Umsonst. Und mit sozialen Kontakten ist es auch nicht weit her. Ich mach jetzt immer wieder was Ehrenamtliches. Arbeite jetzt z.B. hier in der Kirche mit – auf Bazaren und so. Ich lerne da immer wieder Leute kennen, komme in Kontakt. Gleichzeitig ist es auch was Sinnvolles und die Leute sehen, dass auch wir [psychisch erkrankte Personen, SIM] was leisten können.“ (Interview | Betroffene\*r).*

*„War auch schon einmal Wahlhelfer. War am Anfang auch unsicher gewesen [ob er es machen sollte, SIM], aber man fängt klein an. Es reden alle von Inklusion. Man sollte da selber auch was tun. (...) Klar man kriegt etwas Geld dafür. Deswegen macht man es auch. Aber ich wollte auch mal meine Umgebung sehn <Welche Menschen wohnen da?> Ich habe da auch Leute von früher getroffen. Und ich weiß <Was auf einen Tag beschränkt ist, ist für mich machbar>. Dauernd würde nicht gehen. Aber sich einen Schubs geben und auch rausgehen. Das ist extrem wichtig.“ (Interview | Betroffene\*r).*

<sup>353</sup> Wobei damit natürlich nicht gesagt, dass es im zeitlichen Umfang nicht doch große Unterschiede gibt.

<sup>354</sup> Bildet man vier zeitliche Kategorien (bis 5 Jahre; 6-10 Jahre; 11-20 Jahre; länger als 20 Jahre) streuen die Ehrenamtsquoten zwischen 14,0% (bis 5 Jahre) und 24,6% (länger als 20 Jahre). Allerdings kommt der Verteilung keine statistische Relevanz zu.

<sup>355</sup> Dischler (2010: 233-237).



„Ich glaube auch, Tagesstruktur ist extrem wichtig. Das kann auch eine einfache Tätigkeit sein. Irgendwas tun, wo man weiß, man muss da raus.“ (Interview | Betroffene\*r).

Das vorletzte Zitat weist auf einen wichtigen Sachverhalt hin: Die Möglichkeit eines kurzfristigen oder sporadischen ehrenamtlichen Engagements. Insofern längerfristige zeitliche Verpflichtungen für psychisch erkrankte Personen häufig schwierig sind, sie sich durch feste zeitliche Vorgaben generell unter Druck gesetzt fühlen (können; siehe auch Kap. 2.2), bedarf es auch in der Ehrenamtsarbeit entsprechender offener Konzepte. Inwieweit diese schon zu finden sind, lässt sich ohne weitere Untersuchungen nicht sagen. Die Freiwilligen-Surveys etwa machen hierzu leider keine näheren Aussagen.<sup>356</sup> Zweifel sind allerdings angebracht:

„Meine Erfahrung mit dem Ehrenamt ist, dass man da nur eine Chance hat, wenn man ganz viel Zeit einbringt und sich verpflichtet. Man kann nicht spontan hingehen. Das fand ich persönlich schon sehr hart.“ (Co-Forscher).

## 6.3 Mobilität und Digitalisierung

### 6.3.1 Mobilität

Um am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu arbeiten oder Freizeit zu genießen, müssen Menschen mobil sein können. Der Zugang zu Mobilität für alle ist eine zutiefst soziale Frage und muss selbstverständlicher Teil gesellschaftlicher Daseinsvorsorge sein. Die Studie „Sichtbar“ untersucht, inwieweit psychisch erkrankte Menschen Zugriff auf Privat-Pkws haben bzw. diese nutzen können und inwieweit sie sich bei der Nutzung des ÖPNV besonderen Problemen gegenübersehen. Die Frage, welche Verkehrsmittel ihnen insgesamt zur Verfügung stehen und welche sie wie oft nutzen, muss hingegen offenbleiben. Diese Fokussierung erscheint umso gerechtfertigter als das Auto und der ÖPNV weiterhin die zentralen Verkehrsmittel in der Stadt München sind.<sup>357</sup>

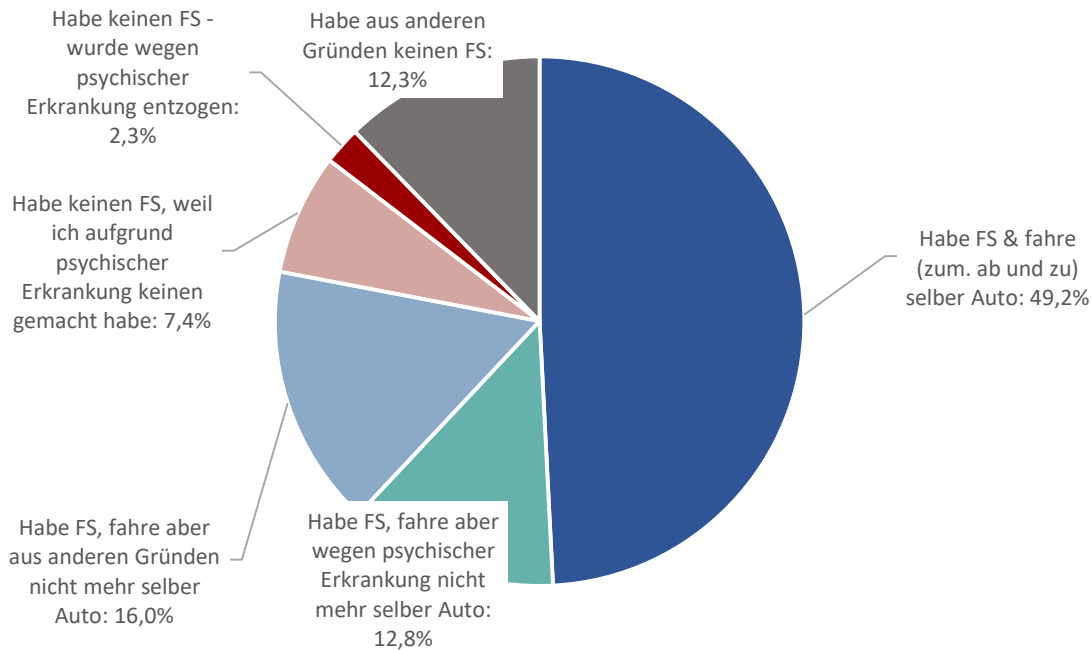
**PKW-/ Führerscheinbesitz.** Die ZBFS-Befragung deutet auf eine vergleichsweise geringe Verfügbarkeit bzw. Nutzbarkeit privater Pkws seitens psychisch erkrankter Personen hin: Ein knappes Viertel der Befragten erklärte, zwar einen Führerschein zu haben aber wegen der psychischen Erkrankung nicht mehr selber Auto zu fahren (12,8%), wegen letzterer erst gar keinen Führerschein gemacht zu haben (7,4%) oder dass ihnen dieser krankheitsbedingt entzogen worden sei (2,3%). Ein weiteres Viertel gab an, aus anderen Gründen entweder keinen Führerschein zu besitzen (12,3%) oder nicht mehr selber Auto zu fahren (16,0%). Vor dem Hintergrund des hohen Anteils an Ein-Personen-Haushalten verweisen die Zahlen auf eine beträchtliche Abhängigkeit vom Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV).

---

<sup>356</sup> Aus der Allensbacher Repräsentativbefragung zum Ehrenamt in der Caritas wissen wir zwar, dass sporadisches und projektbezogenes Engagement mit rund 20% keineswegs selten ist (Baldas & Bangert 2008: 41-42). Leider macht die Studie aber keine Aussagen darüber, inwieweit diese Engagementformen zeitlich bzw. organisatorisch (un-)verbindlich gestaltet sind.

<sup>357</sup> BMVI (2019: 6-7).

**Abbildung 6.7: Führerscheinbesitz und selbstständige Pkw-Nutzung (n=431; in Prozent)<sup>358</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Verfügbarkeit und eigenständige Nutzung eines Pkw ist eng mit dem ökonomischen Status der Haushalte verknüpft: Erklärten insgesamt 49,2% der Befragten, zumindest ab und zu selber Auto zu fahren, trifft dies nur für knapp ein Drittel (29,2%) der Befragten aus armen Haushalten zu; am anderen Ende der Skala liegt der Anteil bei 82,4%. Die Unterschiede fallen deutlich größer aus als die Fahrzeugbesitzquoten nach Einkommenslage wie sie in der letzten Bürgerbefragung berichtet wurden.<sup>359</sup> Die Bedeutung der wirtschaftlichen Situation zeigt sich auch darin, dass knapp 20% der ZBFS-Befragten aus armen Haushalten – aber keine\*r aus den am besten gestellten Haushalten – erklärten, aus nicht-krankheitsbedingten Gründen keinen Führerschein zu haben.

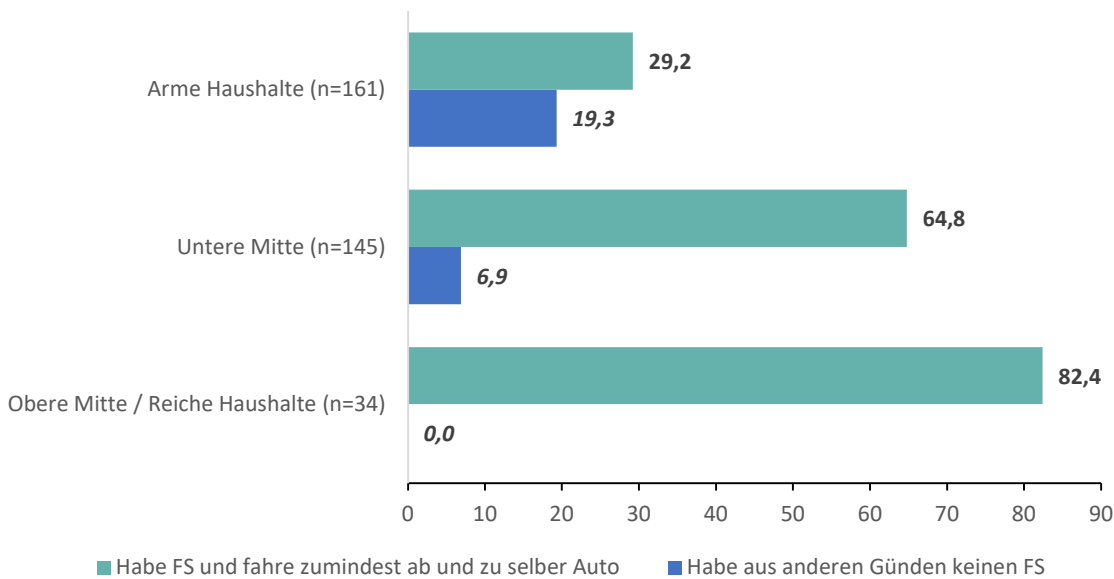
Ob bzw. inwieweit fehlender Führerscheinbesitz neben Mobilitätsausschlüssen noch zu weiteren Ausgrenzungen führt (Im Sinne: „Warum hast Du keinen Führerschein? Stimmt mit Dir was nicht?“), lässt nicht beantworten. Vor dem Hintergrund, dass der Führerschein bei jüngeren Leuten – vor allem in großstädtischen Kontexten – seit Jahren an Attraktivität verliert,<sup>360</sup> erscheint dies aber eher wenig wahrscheinlich.

<sup>358</sup> Die zugrundeliegende Frage (F 36) lautete: „Haben Sie einen Führerschein und fahren zumindest ab und zu selber Auto?“

<sup>359</sup> Die Fahrzeugbesitzquoten schwankten zwischen 52% (arme Haushalte) und 82% (reiche Haushalte). Siehe: Landeshauptstadt München (Referat für Stadtplanung und Bauordnung) (2022: 77).

<sup>360</sup> Gastel (2017).

**Abbildung 6.8: Führerscheinbesitz (FS) und selbstständige Pkw-Nutzung nach Einkommenslage (n=340; in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

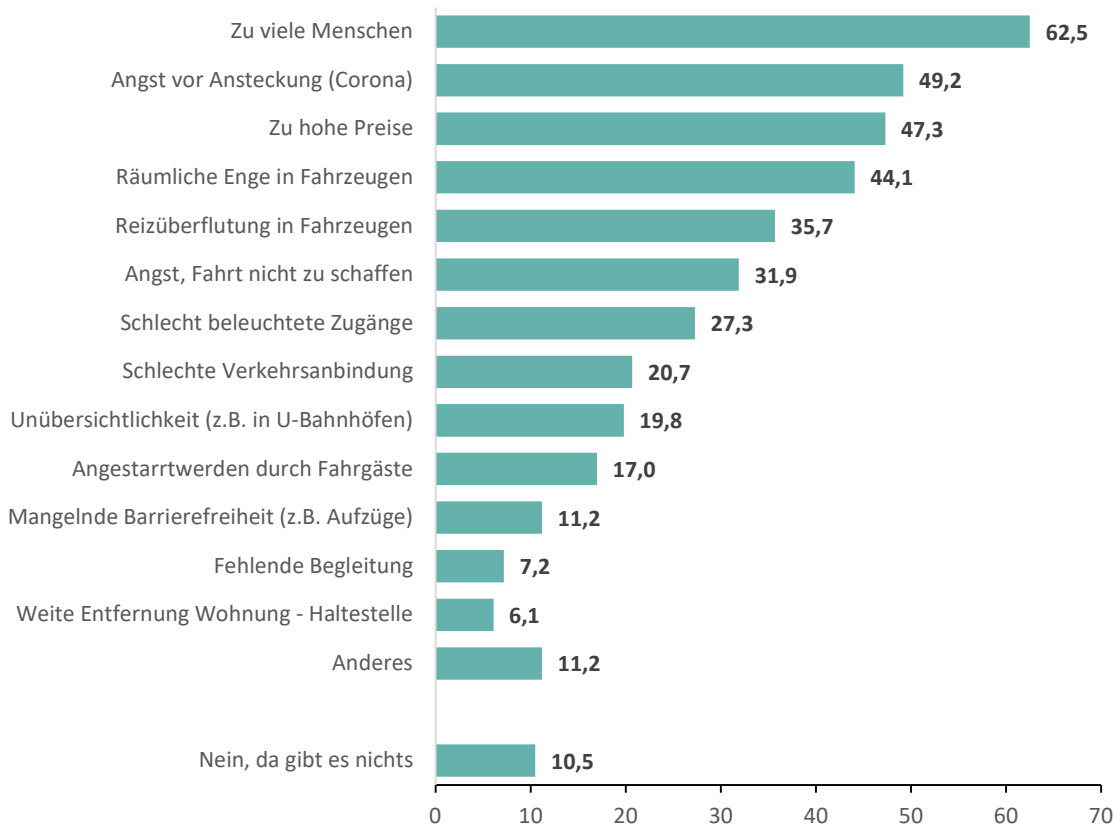
Zwischen den Geschlechtern zeigen sich bezüglich dieser Frage keine signifikanten Unterschiede: Das Item „Habe Führerschein und fahre (zumindest ab und zu) selber Auto“ bejahten 50,7% der befragten Männer und 48,9% der Frauen.

**ÖPNV (ZBFS-Befragung).** Der öffentliche Verkehr ist gerade in Großstädten wie München eine wichtige Mobilitätssäule. Bahnen, Busse und Tram tragen wesentlich dazu bei, dass Menschen auch ohne Auto am gesellschaftlichen Leben teilhaben und wichtige Orte erreichen können. Personen, die kein Fahrzeug haben und/oder keines führen dürfen, sind in besonderem Maße auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen. Dies trifft, wie oben dargestellt, auf rund die Hälfte der ZBFS-Befragten zu.

So vielfältig die Formen psychischer Erkrankungen sind, so vielfältig sind auch die Herausforderungen, denen sich Betroffene mit Blick auf die Nutzung des ÖPNV gegenübersehen. Sieht man von der Angst vor Ansteckung während der Corona-Pandemie einmal ab, stehen an erster Stelle der Nutzungsprobleme die hohe Nutzungsdichte („zu viele Menschen“; 62,5%) bzw. – damit verbunden – die räumliche Enge in den Verkehrsmitteln (44,1%) gefolgt von der Preisstruktur (47,3%). Ersteres verweist auf innere Barrieren wie Angststörungen; in der Tat meinten rund 70% der Befragten mit einer Angststörung, dass es die vielen Menschen seien, die ihnen die Nutzung schwierig machten. Die Kritik an den Ticketpreisen spiegelt die hohe Armutsbetroffenheit psychisch erkrankter Personen wider. Strukturelle Faktoren wie schlechte Beleuchtungen, die Unübersichtlichkeit der Wegführungen oder mangelnde physische Barrierefreiheit spielen, insgesamt betrachtet, demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Gleichwohl wird auch hier ein Handlungsbedarf deutlich. Leider liegen uns für München keine aktuellen Vergleichszahlen der Gesamtbevölkerung vor.

Nur rund jede\*r zehnte Befragte erklärte, den ÖPNV problemlos nutzen zu können. Dabei zeigt sich – durchaus erwartungsgemäß – ein enger Zusammenhang mit der wahrgenommenen psychischen Gesundheit: Personen, die ihre psychische Gesundheit als sehr schlecht einschätzten, berichteten so gut wie nie (1,9%) von einer problemlosen Nutzung des ÖPNV; bei der „Gegengruppe“ ((sehr) gute psychische Gesundheit) liegt der Anteil hingegen bei 20,3%.

**Abbildung 6.9: Probleme bei der Nutzung des ÖPNV (n=429; in Prozent)<sup>361</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Männer meldeten insgesamt geringere Nutzungsprobleme als Frauen: Während nur 9,4% von keinerlei Nutzungsproblemen berichteten, antworteten 12,7% der Männer entsprechend. Besonders augenfällig fallen die Unterschiede dabei bei den Items „mangelnde Barrierefreiheit“ (6,0% der Männer versus 13,5% der Frauen), „Reizüberflutung in Fahrzeugen“ (28,7% versus 39,5%), „schlechte Verkehrsanbindung“ (16,7% versus 22,2%) und „schlecht beleuchtete Zugänge“ (15,3% versus 19,2%), aus.

Wenngleich „nur“ 7,2% der Befragten erklärten, dass ihnen eine Begleitperson fehlte, sollte nicht zu gering veranschlagt werden: Denn 16,7% Personen, die ihre psychische Gesundheit als sehr schlecht einstufen, bejahten das Item; bei der „Gegengruppe“ sinkt der Anteil auf 4,7%. Der diesbezügliche Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit fällt deutlich schwächer aus (Werte zwischen 4,1% (sehr) gute körperliche Gesundheit und 12,1% (sehr) schlechte körperliche Gesundheit). Detailanalysen bestätigen, dass sich der Bedarf nach einer Begleitperson primär in der psychischen Erkrankung begründet.

„Ich – mit regelmäßigen dissoziativen Störungen, Psychosen, Depressionen und Borderline-Störung – würde gerne selbstständig herumfahren können, aber ohne Unterstützung ist das leider nicht möglich.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

Ob bzw. inwieweit den Betroffenen der Begleitservice des MVV bekannt ist, lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten. Eine Fachkraft bezweifelte dies aber nachdrücklich:

„Die LHM hat einen kostenfreien Bus- und Bahn-Begleitservice, der aber bei der Zielgruppe noch viel zu wenig – trotz Werbung – bekannt ist. Wichtig wäre auch hier, dass die Community das Angebot selber weiterträgt bzw. dafür wirbt.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

Inwieweit die berichteten Probleme auf die Nutzung des ÖPNV „zurückschlagen“, also Betroffene lieber auf eine Nutzung verzichten als sich etwa der Überfüllung der Verkehrsmittel und/oder ihren Ängsten auszusetzen, lässt sich anhand der ZBFS-Befragung nicht abschließend beantworten. Unsere qualitativen

<sup>361</sup> Die zugrundeliegende Frage (F 35) lautete: „Wenn Sie an den Öffentlichen Personennahverkehr (Bus, Bahn, Tram) in München denken, gibt es da irgendetwas, was die Nutzung für sie schwierig macht?“ (Mehrfachantworten möglich).

Befragungsergebnisse deuten aber eindeutig in diese Richtung: In der Online-Befragung erklärten rund zehn Prozent der Betroffenen, dass sie Fahrten mit dem ÖPNV aufgrund der oben genannten Probleme zeitweise oder sogar vollständig meiden:

„Ich vermeide öffentliche Verkehrsmittel so oft wie möglich und versuche alles zu Fuß oder mit dem Fahrrad zu schaffen. Das Nutzen der öffentlichen Verkehrsmittel ist für mich sehr herausfordernd/überfordernd: Viele Reize, viele Menschen, unübersichtliche Informationen, hohes Stresslevel. Und es kostet viel Geld.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Die meisten mir bekannten Personen inklusive meiner Wenigkeit meiden es eher, mit den Öffentlichen – vor allem den U-Bahnen – zu fahren, da diese ein sehr beklemmendes Gefühl hervorrufen, und laufen eher oder steigen aufs Rad um. Hinzu kommt, dass die Fahrten mit den Öffentlichen vor allem im Busverkehr zu lange dauern.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Unregelmäßige und übervolle Busse und Bahnen sind für neurotypische Menschen ungemütlich, zwingen uns aber oft, ganz zu Hause zu bleiben.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

Unstrittig ist, dass die übliche Gleichsetzung von Barrierefreiheit mit dem Abbau von physischen Barrieren (z.B. Zugänglichkeit von Bahnsteigen und/oder Fahrzeugen), verbesserten Durchsagen, Infoscreens, Lichtsignalen, digitalen Echtzeitanzeigern oder dem Angebot von optischen und taktilen Leitstreifen den Mobilitätsbedürfnissen und -bedarfen psychisch erkrankter Menschen allenfalls bedingt gerecht wird. Deren häufig spezifische Mobilitätserfahrungen sind im fachlichen Diskurs erkennbar noch nicht angekommen.<sup>362</sup> Vor dem Hintergrund der vergleichsweise schlechten Selbstorganisation psychisch erkrankter Personen (siehe Kap. 3.4.2) ist dies aber auch nicht überraschend: Im Gegensatz zu mobilitäts- oder sinnesbeeinträchtigten Personen haben psychisch erkrankte Menschen unseres Erachtens ihre berechtigten Ansprüche auf eine gleichberechtigte Teilnahme am öffentlichen Personenverkehr noch nicht hinreichend geltend gemacht. Dass die Gestaltungsmöglichkeiten des MVV / der MVG auf den ersten Blick beschränkt sind, sieht man etwa von einer Ausdehnung des Linienangebots, einer höheren Taktichte oder der Reduzierung der Ticketpreise ab, ändert nichts an der Kritik. Dies wird deutlich, nimmt man die qualitativen Kommentare Betroffener in den Blick.

**ÖPNV (Online-Befragung).** Im Rahmen der Online-Befragung wurde auch nach den besonderen Problemen und Barrieren im ÖPNV gefragt. Die Betroffenen (n=114) stellten in ihren diesbezüglichen Rückmeldungen vor allem auf die Überfüllung bzw. die räumliche Enge in Fahrzeugen bzw. Bahnhöfen ab (n=69), gefolgt von Klagen über die Reizüberflutung, sei es im Sinne von Lärm, zu grellem Licht oder sei es mit Blick auf die Werbescreens (n=30). An dritter Stelle stehen unvorhergesehene Störungen im Betriebsablauf (Verspätungen, Zugausfälle, Fahrplanänderungen und Bauarbeiten (n=20)), die immer wieder als Stressoren erlebt werden.

„Da ich unter Platzangst leide, fällt es mir schwer, mit dem öffentlichen Nahverkehr zu fahren. Die Verkehrsmittel sind oft überfüllt. Die Geräusche im Hintergrund durch lärmende Kinder verursachen Panik und Angst.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Ich bin licht- und geräuschempfindlich. Die neuen U-Bahnzüge sind sehr laut (beim Türen schließen) und sehr hell beachtet, was bei mir zur einer Sichtüberforderung führen kann.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Änderungen und Chaos verursachen Chaos im Kopf. Ich bin schon einmal zwei Stunden zu Fuß gelaufen, weil ich vor lauter Chaos nicht verstanden habe, wo ich hin muss und mich dann lieber zu Fuß auf den Weg gemacht habe.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

Die leider vermehrt auftretenden Störungen, Verspätungen und Ausfälle bei Bahn und Bus sind sehr stressig und können auch mein Vermeiden der regulären Stoßzeiten zunichtemachen, da plötzlich doch viel mehr Leute in eine Bahn müssen.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

Das zweite Zitat verweist auf ein grundlegendes Problem, dem sich die Verantwortlichen im ÖPNV (und anderswo) gegenübersehen: Insofern Menschen mit Beeinträchtigungen in sehr verschiedener Weise durch die Gegebenheiten ihrer physischen und sozialen Umwelt eingeschränkt werden, bedarf es auch unterschiedlicher Lösungsansätze. Diese können unter Umständen für die Einen positive Effekte haben (hier eben für sinnesbeeinträchtigte Menschen) und für Andere aber negative Folgen zeitigen. Solche Zielkonflikte werden nicht in jedem Fall vermeidbar sein. Entsprechende Entscheidungen sollten aber immer – am besten

<sup>362</sup> Siehe hierzu die Ausführungen der MVG zur Barrierefreiheit: <https://www.mvg.de/ueber/engagement/barrierefreiheit.html> (letzter Abruf: 16.05.2023).

gemeinsam mit Vertreter\*innen der unterschiedlich betroffenen Zielgruppen – in vollem Bewusstsein ihrer Auswirkungen getroffen werden. Ob dies immer geschieht, können die Berichterstatter nicht beurteilen.

Mängel in der Infrastruktur des ÖPNV wurden von Betroffenen vergleichsweise selten genannt (n=12). Sie zielten gleichermaßen auf Lücken in der Verkehrsanbindung (räumlich und/oder zeitlich) wie auf verwinkelte bzw. schlecht beleuchtete Bahnhöfe, komplizierte Wegführungen, fehlende Orientierungshinweise und auf die Unübersichtlichkeit des ÖPNV-Netzes und seines Tarifsystems insgesamt ab.

*„Es ist für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kaum möglich, das komplizierte Tarifgebilde der MVG zu begreifen, wenn mal nicht die "Standard-Fahrt" absolviert werden soll => Falsches Ticket, kein Ticket, Schwarzfahrt.“ (Online-Befragung | Fachkraft).*

Im Gegensatz zur ZBFS-Befragung wurden finanzielle Aspekte (zu hohe Ticketpreise) von Betroffenen nur gelegentlich genannt (n=10).<sup>363</sup> Häufig Bezug genommen wurde in diesem Kontext auf das Sozialticket (Isar Card S).<sup>364</sup> Dieses löse die finanzielle Problematik nur bedingt, da es erst nach 9.00 Uhr gelte und sein Erwerb nicht einfach genug organisiert sei.

*„Die Kosten für den MVV sind ein Problem. Das München Pass Ticket ist hilfreich, gilt jedoch erst ab 9.00. Termine in Behörden sind oft schon vor 9 Uhr, was ein Problem ist.“<sup>365</sup> (Online-Befragung | Fachkraft).*

*„Die zeitliche Begrenzung des Isartickets mit München-Pass bei Therapieterminen, zu denen die Fahrt vor 9:00 angetreten werden muss. Die meisten Ärzte und Therapeuten machen gern Vormittagstermine bei nicht arbeitsfähigen Erkrankten. Die Tickets hierfür [werden, SIM] in mühsamer Einzel-Antragstellung erstattet oder - willkürlich wirkend - auch nicht erstattet. Dies stellt eine zusätzlich mentale Belastung dar, die gerade für psychische Erkrankte nicht unerheblich ist.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).*

*„Ängste, Geldprobleme, ohne Fahrschein unterwegs sein. Sich ein Sozialticket zu organisieren, ist für manche auch oft schon zu schwer.“ (Online-Befragung | Fachkraft).*

**ÖPNV und Mobilität (Lösungsideen Befragter).** Im Rahmen der Online-Befragung wurden von den Befragten explizit eine Reihe von Punkten genannt, an denen man im Sinne von mehr Barrierefreiheit im ÖPNV ansetzen könnte. Sie lassen sich zudem spiegelbildlich aus den oben genannten Barrieren ableiten. Sie seien hier unabhängig ihrer Realisierbarkeit im Einzelnen genannt.

- **[Bessere Informationen]** bei Ausfall von Fahrzeugen, Fahrplanänderungen, einschließlich persönlicher Unterstützung: „Durchsagen öfter wiederholen, verständlich sprechen. Personal, das hilft, wenn andere Bahnsteige gesucht werden müssen. Personal sollte einfach auffindbar sein, ansprechbar sein, nett und höflich.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Erhöhung der Taktzeiten]:** „Takt von ÖPNV in Stoßzeiten erhöhen, damit nicht so viele Menschen auf einmal so eng aufeinandersitzen müssen.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r)
- **[Ausbau des Liniensystems]:** „Bessere Ringverbindungen, gerade im Außenbereich“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).
- **[Überarbeitung des Ticketsystems]:** „Einheitliche Tickets (das Ticketsystem ist zu kompliziert)“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).
- **[Überarbeitung der Zugangsbedingungen zu Sozialtickets und deren Gültigkeitsbestimmungen (v.a. 9 Uhr-Regelung)]:** „Das Sozialticket ohne Zeitbeschränkung, damit bei Terminen vor 9 Uhr nicht noch zusätzliche Kosten entstehen.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Schulung der Fahrkartenkontrolleur\*innen]:** „Fahrkartenkontrolleure sollten sich nicht so nah an die Fahrgäste stellen oder einfach von hinten antatschen. Das ist ein großer Trigger für Trauma-Patienten.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

<sup>363</sup> Allerdings verwies rund jede vierte Fachkraft bzw. Angehörige auf die (zu hohen) Ticketpreise als eine Nutzungsbarriere.

<sup>364</sup> Die IsarCard S (Sozialticket) ist ein Angebot für die Inhaber\*innen des sogenannten München-Passes, das ab 9.00 in der Früh gültig ist.

<sup>365</sup> Ergänzend könnte man sagen, dass die zeitliche Regelung Betroffenen auch die Nutzung von stressfreieren Randzeiten erschwert (siehe Kap. 7.2.3).



- **[Größere Kulanz gegenüber psychisch erkrankten Schwarzfahrer\*innen]:** „Ist es nicht möglich, dass die MVG oder andere Stellen des öffentlichen Nahverkehrs Klienten, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung ohne Fahrkarte fahren, die Schulden zu erlassen? Dies kann auch zu Gefängnisaufenthalten führen und sorgt natürlich wieder (beispielsweise mit Mahnschreiben) für traumatische Erfahrungen.“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **[Berücksichtigung der besonderen Bedarfe von psychisch erkrankten Personen bei Beschaffung von neuen Fahrzeugen und/oder Planung von neuen Bahnhöfen]:** „Unsere Probleme – Lichteffekte, grelles Licht, Werbescreens, laute Signale, unangenehme visuelle Gestaltungen – sollten einfach mehr gehört werden – bevor man was baut oder Fahrzeuge kauft.“ (Interview | Betroffene\*r).
- **[Ausbau von Begleitservices bzw. bessere Bewerbung des Bus- und Bahn Begleitservice]:** „Ich finde den Mobilitätsservice des MVG wunderbar, wo beeinträchtigte Menschen abgeholt und mit den Öffentlichen begleitet werden können. Nimmt nachhaltig Unsicherheit und Einsamkeit, erweitert Aktionsradius zu sozialen Kontakten und Gemeinschaftsveranstaltungen. Auch mit Blick auf die zunehmende Überalterung sollte man das weiter ausbauen.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).
- **[Ruheabteile]:** „Reizüberflutung: Es bräuchte Ruheabteile auch in S- und U-Bahn, Werbung und Infoscreens müssen dringend abgeschafft werden.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).
- **[Mobilitätstrainings]:** „Es sollte mehr Angebote wie das von [nennt Träger, SIM], bei denen Betroffene das Fahren mit den Öffentlichen üben und eintrainieren können.“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **[Alternative Mobilitätsformen]:** „Benutzung des ÖPNV ist während des Stoßverkehrs kaum möglich. Angebote für vergünstigte Taxi-Benutzung oder besondere Fahrdienste könnte helfen.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

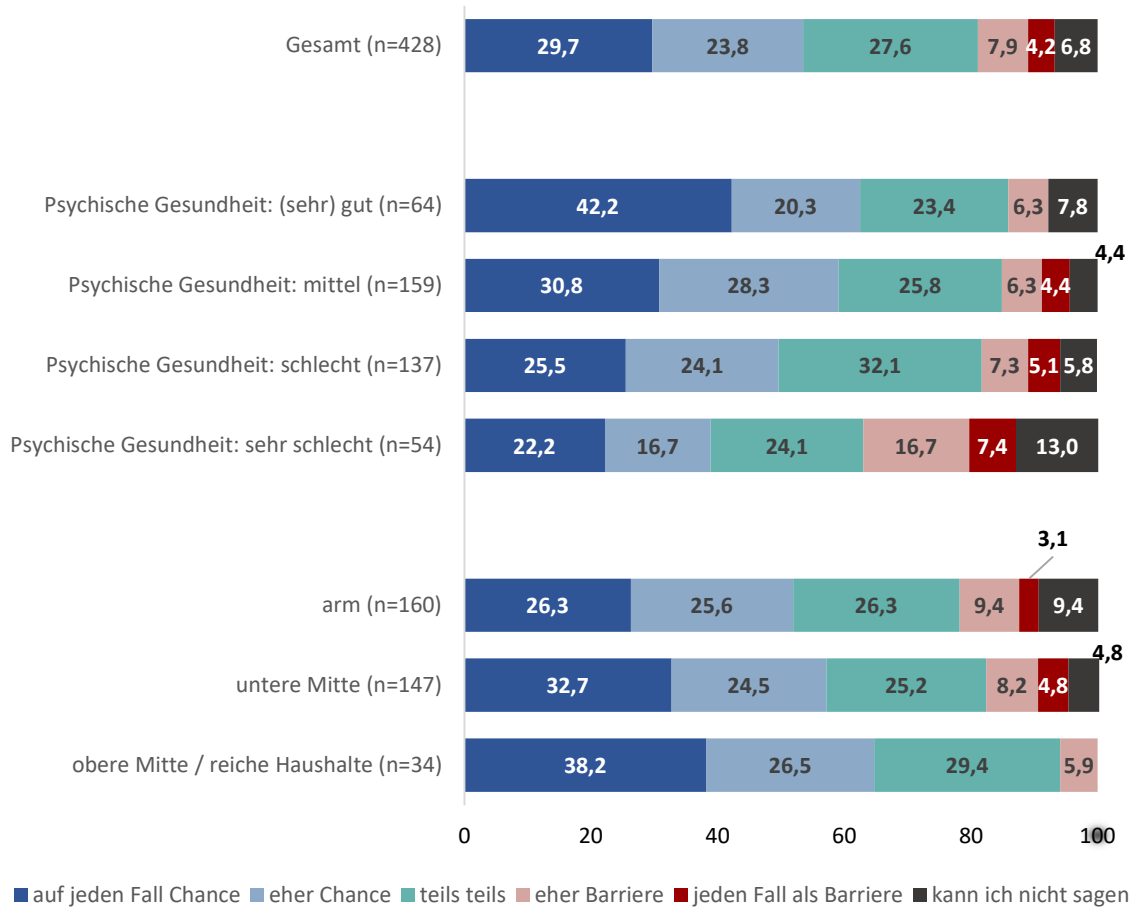
### 6.3.2 Digitalisierung

Die Digitalisierung hat mit dem Beginn der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen noch einmal an Geschwindigkeit zugelegt.<sup>366</sup> Vor allem im Bereich Information und Kommunikation dominieren digitale Angebote (z.B. Soziale Medien, Dating-Plattformen), aber auch im Dienstleistungsbereich (z.B. Online-Sprechstunden, Online-Selbsthilfegruppen, Online-Terminvereinbarungen) und auf dem Arbeitsmarkt (Stichwort: „Home Office“) hat die Digitalisierung längst ihren Siegeszug angetreten. Die Frage, inwieweit die Digitalisierung die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen (und damit auch von psychisch erkrankten Menschen) in den einzelnen Lebensbereichen befördert bzw. behindert, hat vor diesem Hintergrund nochmals an Bedeutung gewonnen.

**Wahrnehmung der Digitalisierung.** Gut die Hälfte der ZBFS-Befragten sah die Digitalisierung „auf jeden Fall“ oder zumindest „eher als Chance“ (53,5%). Nur etwa jede\*r achte (12,1%) war gegenteiliger Ansicht. Hierbei zeigt sich ein enger Zusammenhang mit dem subjektiven Grad der psychischen Gesundheit, aber auch – schwächer ausgeprägt – mit der Einkommenslage. Letzteres ist nicht überraschend, hängt der Zugang zur digitalen Welt doch vom Zugriff auf internetfähige Geräte und der Möglichkeit ab, die monatlichen Kosten zu tragen. Kontrolliert man die Einflussgrößen „Psychische Gesundheit“ und „Einkommenslage“ zeigen sich nach Geschlecht und Migrationshintergrund keine nennenswerten Unterschiede.

<sup>366</sup> „Morgens eine Videokonferenz, mittags schnell online für die Familie einkaufen und abends einen Film streamen – mit dem Beginn der Kontaktbeschränkungen hat ein Boom digitaler Angebote eingesetzt“ (<https://www.amd-netz.de/nachrichten/digital-abgehaengt-der-pandemie-verbaende-fordern-chancengleichheit-fuer-blinde-und>, letzter Abruf: 10.08.2023).

**Abbildung 6.10: Wahrnehmung der Digitalisierung nach subjektiver Einschätzung der psychischen Gesundheit und nach Einkommenslage<sup>367</sup> (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

**Nutzungshindernisse.** Über die Hälfte der Befragten (59,7%) erklärte, sich bei der privaten Nutzung des Internets keinen Problemen gegenüberzusehen.<sup>368</sup> Der Rest (42,3%) nannte im Durchschnitt 1,4 (von möglichen sechs vorgegebenen) Hemmnissen (siehe Abb. 6.11). An erster Stelle steht hierbei das Item „Ich kenne mich mit dem Internet nicht gut genug aus und habe niemanden, der mir dabei hilft“ (11,2), gefolgt von „Die Internetverbindung in der Wohnung ist zu schlecht“ (8,7%).

Personen, welche die Digitalisierung für sich persönlich eher negativ bewerteten (eher / auf jeden Fall Barriere), waren erwartungsgemäß deutlich kritischer. Über ein Drittel (38,5%) von ihnen erklärte, sich nicht gut genug auszukennen bzw. keine fachliche Unterstützung zu haben; fast ein Viertel (23,1%) gab an, das Internet privat gar nicht nutzen zu wollen. Da rund die Hälfte letzterer das Internet dennoch (zumindest ab und zu) privat nutzt, lässt sich diese Haltung als grundlegende digitale Skepsis interpretieren, die digitalen Medien mit Unsicherheit begegnet und diese gar nicht oder nur sehr ungern nutzt. Diese Skepsis überrascht nicht: Die Innovationsforschung zeigt, dass technische Neuerungen wie deren Bewertungen generell eine Reihe von Entwicklungsstadien und Transformationen durchlaufen, bis sie allgemein akzeptiert werden bzw. ein weitgehender Konsens über ihren Wert entsteht.<sup>369</sup> Digitale Skepsis ist insofern ein „normales“ Phänomen.

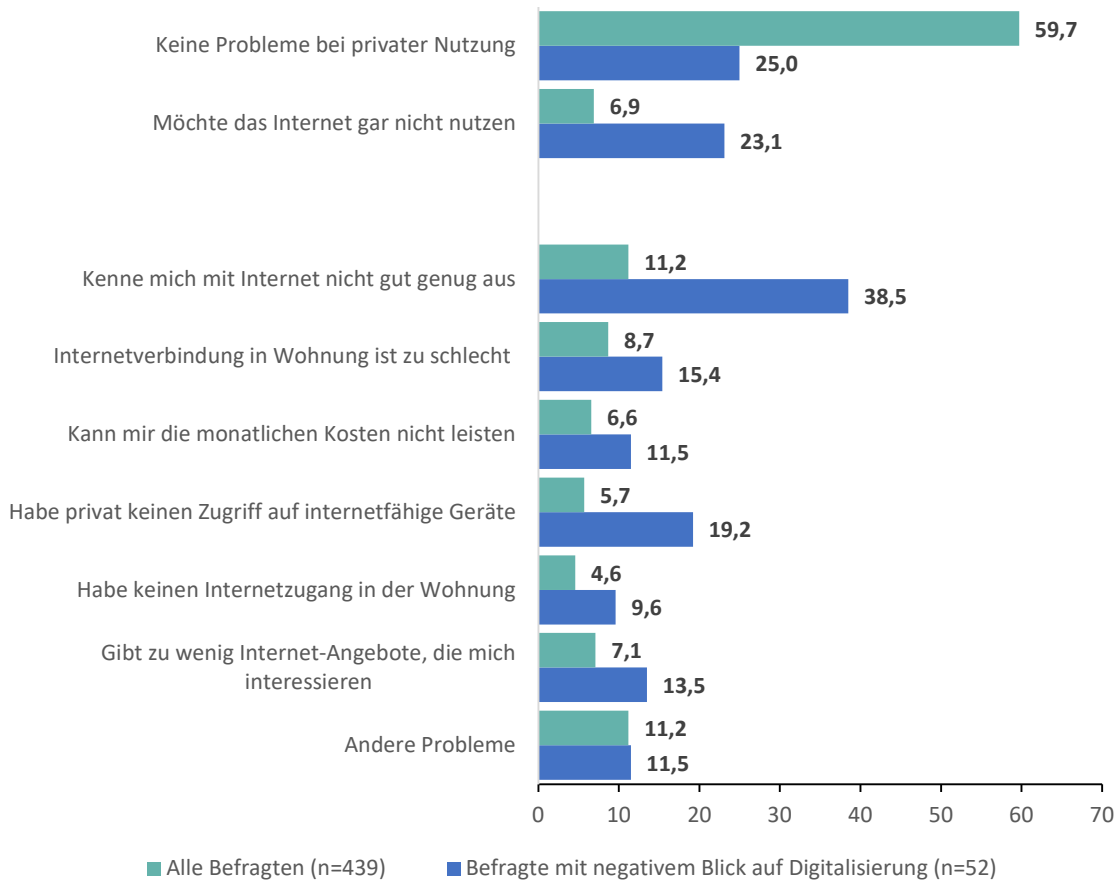
Betont sei, dass sich keinerlei Zusammenhang zwischen dem geäußerten Desinteresse an der Internetnutzung und der (subjektiv wahrgenommenen) Schwere der psychischen Erkrankung oder der Einkommenslage zeigt. Allerdings äußern Ältere (65 bis 74 Jahre) überproportional häufig eine digitale Skepsis.

<sup>367</sup> Zugrundeliegende Frage (F37): „Nun zum Thema Digitalisierung: Sehen Sie für sich persönlich die neuen digitalen Möglichkeiten und Anforderungen (z.B. Zugang zu Informationen über das Internet, Online-Dienstleistungen) eher als Chance oder als Barriere?“

<sup>368</sup> Hier sind auch jene Befragten eingeschlossen, die das Internet nie privat nutzten (4,8%).

<sup>369</sup> Latour (2016: 76-79).

**Abbildung 6.11: Probleme bei der privaten Nutzung des Internets gesamt und nach Wahrnehmung der Digitalisierung<sup>370</sup> (in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Die Antworten zeigen, dass es primär lebensweltliche Hintergründe (Einkommenslage, Zugang zu Hardware, Digitalkompetenz) sind, welche die Teilhabe an digitaler Technologie und digitalen Medien beschränken.

**Konkrete Internetnutzung.** Die Digitalisierung hat inzwischen fast alle Lebensbereiche erreicht. Wer am gesellschaftlichen Leben teilhaben will, entkommt ihr kaum noch. Die Zahl der Nicht-Nutzer\*innen liegt in der ZBFS-Befragung bei rund fünf Prozent. Von den befragten Nutzer\*innen wird das Internet primär dazu verwendet (81,6%), um Kontakt mit Angehörigen oder Freund\*innen zu halten, sei es über E-Mail, soziale Medien oder Messenger-Dienste (z.B. WhatsApp, Signal). An zweiter Stelle steht der Online-Einkauf: Mit 63,6% fällt der Anteil im Vergleich zur erwachsenen Münchner Gesamtbevölkerung (84%)<sup>371</sup> allerdings eher gering aus.

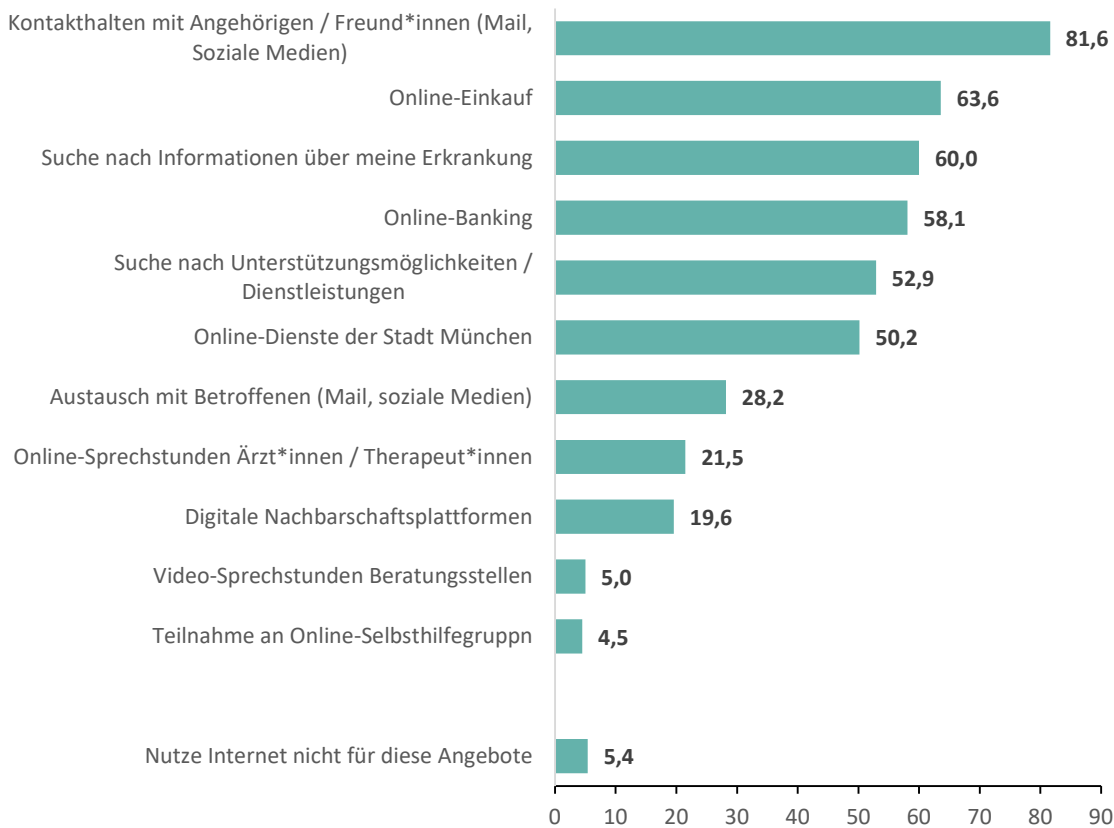
Wie Abbildung 6.12 zeigt, nimmt fast genau die Hälfte der Internetnutzer\*innen die Online-Dienste der Landeshauptstadt München (z.B. Online-Terminvereinbarung, Antragstellungen bei Ämtern) in Anspruch. Im Vergleich zur erwachsenen Münchner Wohnbevölkerung (65%) fällt der Anteil allerdings wieder geringer aus. Bemerkenswert ist, dass ein gutes Fünftel der Internetnutzer\*innen angab, das Internet auch für Online-Sprechstunden mit Ärzt\*innen bzw. Psychotherapeut\*innen zu nutzen bzw. in der letzten Zeit genutzt zu haben. Bemerkenswert, da entsprechende Angebote erst während der Corona-Pandemie in größerem Umfang entwickelt worden sind. Vor dem Hintergrund, dass zum Befragungszeitpunkt knapp jede\*r Zehnte erklärte, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen (siehe Kap.3.4.1), fällt der Nutzungsgrund „Teilnahme an Online-

<sup>370</sup> Zugrundeliegende Frage (F38): „Haben Sie Probleme bei der privaten Nutzung des Internets?“. Dabei standen sieben geschlossene und eine offene Antwortkategorie zur Auswahl. Personen, die keinerlei Angaben machten, aber erklärten, das Internet privat zu nutzen (Frage 39), wurden als „Keine Probleme bei der private Nutzung“ kodiert.

<sup>371</sup> Landeshauptstadt München (Referat für Stadtplanung und Bauordnung) (2022: 118-119).

Selbsthilfegruppen“ mit 4,5% relativ hoch aus. Dies spiegelt wiederum die schnelle Reaktion der Selbsthilfelandtschaft auf die Herausforderungen der Corona-Pandemie wider.

**Abbildung 6.12: Art der Nutzung des Internets<sup>372</sup> (n=418, in Prozent)**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Dass knapp zwei Drittel der ZBFS-Befragten (60,0%), das Internet nutzen, um Informationen über ihre Erkrankung zu suchen, überrascht nicht. Folgt man einer kürzlich vorgelegten repräsentativen Studie der Techniker Krankenkasse, stellt das Internet gleich hinter dem Arzt mittlerweile die wichtigste Quelle für Gesundheitsinformationen dar.<sup>373</sup> Der Frage, wie das Internet als niederschwellige Vermittlungsinstanz für verlässliche bzw. qualitätsgesicherte Informationen über psychische Erkrankungen und den Umgang mit ihnen genutzt werden kann, kommt daher eine zentrale gesundheitspolitische Bedeutung zu.

„Das Problem ist schon, dass ganz viele das Internet nutzen, um was zu erfahren, sie können aber nicht beurteilen, ist das Schmu oder ist da was dran.“ (Co-Forscherin).

Dies verweist auch auf die Bedeutung einer angemessenen Präsenz von Selbstvertretungsorganen und Beratungsstellen im digitalen Raum.

Befragte aus besserverdienenden Haushalten und jüngere Befragte sind in ihrem Nutzungsverhalten<sup>374</sup> deutlich breiter aufgestellt als die jeweiligen „Gegengruppen“. Die subjektiv wahrgenommene Schwere der psychischen Erkrankung spielt demgegenüber keine Rolle.

<sup>372</sup> Zugrundeliegende Frage (F39): „Falls Sie das Internet privat nutzen, sagen Sie uns doch bitte, um welche Tätigkeiten es sich dabei handelt?“ Dabei standen elf Antwortkategorien zur Verfügung.

<sup>373</sup> Techniker Krankenkasse (2019: 5).

<sup>374</sup> Definiert über die Anzahl der konkreten Nutzungen.

**Die Ambivalenz der digitalen Welt aus Sicht Befragter.**<sup>375</sup> Vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen überrascht es nicht, dass in der Online-Befragung die Digitalisierung durchaus kontrovers diskutiert wurde. Neben der Kritik an ihrem zu langsamen Voranschreiten findet sich auch die entgegengesetzte Position:

„Mehr Möglichkeiten der Online-Erledigung, ohne persönliches Vorsprechen“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Der Ausbau des digitalen Angebots hilft, um nicht noch mehr „Rennerei“ zu haben im alltäglichen Bereich, was mehr Stress verursacht. Online-Beratungsangebote in allen Bereichen sind persönlichen Terminen vorzuziehen. Barrierefreiheit ist dabei enorm wichtig.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r)

„Das Leben passt nicht in die vorgefertigten Formulare. Durch das online ausfüllen gibt es aber keinen Platz für Erklärungen oder auch eine Stelle, die einem dabei hilft, wenn man das Behördendeutsch nicht versteht.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Aus meiner Sicht ist es gerade für Menschen mit Beeinträchtigungen (ob psychisch, kognitiv, körperlich oder in anderer Weise) problematisch, wenn es an immer weniger Stellen (z.B. Jobcenter) persönlich erreichbare Ansprechpartner gibt. Mit online-Angeboten sind manche, aber längst nicht alle gut bedient, mit Service-Telefonen ebenso wenig.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

Diese Ambivalenz zieht sich mit Blick auf die Digitalisierung durch die Kommentare der Befragten – wenngleich die Mehrheit eher auf die Vorteile abstellte und die Digitalisierung primär als ein Mittel zur Stärkung von Teilhabe und Begegnung sah. Gleichzeitig wurde doch immer auf Gefahren und Risiken hingewiesen, sei es von Betroffenen oder von Angehörigen und Fachkräften.

- **[Stressauslöser].** Insofern eine geringere Belastbarkeit ein häufiges Symptom psychischer Erkrankungen ist (siehe Kap. 2.2.1), können bestimmte Inhalte (z.B. Gewalt-, Sexszenen), wie bereits geschildert (siehe Kap. 6.2.2), triggern. Der Umgang mit den digitalen Angeboten kann für psychisch erkrankte Personen insofern noch schwieriger sein als für die Durchschnittsbevölkerung – die diesbezüglich natürlich ebenfalls überfordert sein kann (und wohl auch immer wieder ist).

„Um ehrlich zu sein: Vieles, was man da im Netz sehen kann, tut einem als psychisch Kranker nicht gut. Klar, vieles hilft einem weiter. Ich möchte die digitale Welt auch nicht missen. Bestimmt nicht. Aber manches zieht einen auch eher runter – vor allem, wenn man eh nicht gut drauf ist.“ (Interview | Betroffene\*r).

Dies unterstreicht nochmals die Bedeutung von Digitalkompetenz als Kompetenz, sich in der digitalen Welt selbstbestimmt zurechtzufinden und ohne Überforderung an ihr teilzunehmen. Schulungen zur digitalen Medienkompetenz müssen nicht nur die Chancen, sondern eben auch die (teilweise spezifischen) Risiken angemessen beleuchten. Dies gilt auch für die beiden nächsten Punkte.

- **[Digitale Welt als Rückzugsort].** Kennzeichen digitaler Angebote ist, dass sie Treffen und Austausch jenseits aller räumlichen Beschränkungen ermöglicht. Über digitale Plattformen können Menschen, denen eine analoge Form des Engagements (z.B. Veranstaltungen) oder Besuchs (z.B. Museen) nicht oder nicht gut möglich ist, (theoretisch) neue Zugangsmöglichkeiten zu Veranstaltungen aber auch zu Kulturorten wie Museen finden. Die Digitalisierung schafft neue Formen der Kommunikation und Interaktion, deren Bedeutung auch und gerade mit Blick auf die Möglichkeiten der Selbstorganisation und der produktiven Auseinandersetzung mit der eigenen psychischen Erkrankung nicht hoch genug einzuschätzen sind (siehe auch Kap. 3.4.2). Digitalisierung kann aber auch „echte“ Begegnungen ersetzen und so soziale Ängste und die krankheitsbedingten Tendenzen zur Selbstisolierung befördern.
- **[„Datenangst“ | Diskriminierung].** Fragen der Datensicherheit und des Datenschutzes begleiten seit jeher die Digitalisierung. Zu Recht. Ohne entscheiden zu wollen, ob die durchschnittlichen Nutzer\*innen die Risiken und Gefahren überhaupt realistisch abschätzen können, nehmen die meisten von uns diese nach (oberflächlicher) Abwägung von Nutzen und Risiko doch in Kauf. Vor dem Hintergrund der verbreiteten Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und der Tatsache, dass das „Internet nichts vergisst“, stellt die Preisgabe von persönlichen und sensiblen Daten gerade für psychisch erkrankte Menschen ein erhöhtes Risiko mit der Gefahr dar,<sup>376</sup> in der digitalen (und

<sup>375</sup> Wer sich grundsätzlicher mit der Frage der digitalen Teilhabe für Menschen mit Beeinträchtigungen auseinandersetzen will, sei auf eine kürzliche vorgelegte Studie der Aktion Mensch verwiesen: (Borgstedt und Möller-Slawinski 2020).

<sup>376</sup> Wobei dieses Risiko natürlich generell zu beobachten ist und auch die Gesamtbevölkerung betrifft: DIVSI (2018).

eventuell auch in der analogen) Öffentlichkeit wegen ihrer psychischen Erkrankung angegriffen oder beleidigt zu werden. Manche der von uns Befragten begründeten ihre digitale Skepsis vor allem mit der Angst um Datenmissbrauch bzw. mit der Angst vor Diskriminierung und persönlichen Angriffen.

*„Alles, was online geht - ich tu mich damit schwer. Ich weiß nicht, wer liest das und was passiert da. Ich meine, warum kann man nicht einfach telefonieren. Oder wo man persönlich hingehen kann. Das [Digitale, SIM] ist total schwierig. Oder wenn ich was schicken muss – persönliches per E-Mail, das finde ich nicht gut. Weil ... das ist nicht sicher. Und das sind ja schon persönliche Dinge.“ (Interview | Betroffene\*r).*

Mögen diese Ängste teilweise auch nicht auflösbar sein – sei es aus objektiv-technischen oder aus subjektiv-krankheitsbedingten Gründen – verweist dies doch auf die Notwendigkeit, dass digitale Akteur\*innen ihre Praktiken der Datenverarbeitung transparent und für den Laien nachvollziehbar offenlegen.

- **[Ausschluss].** Wenngleich psychische Erkrankungen keinen Ausschluss aus der „digitalen Welt“ begründen, sind die Chancen Betroffener auf einen Zugang zum Internet und die anderen digitalen Informations- und Kommunikationstechniken bereits aus ökonomischen Gründen eingeschränkter als die Nicht-Betroffener. Ohne Gegenstrategien besteht die Gefahr einer zunehmenden digitalen Spaltung.

## 6.4 Zusammenfassung

**Soziale Beziehungen.** Die ZBFS-Daten bestätigen die immer wieder berichtete geringere soziale Einbindung von psychisch erkrankten Menschen. Menschen mit psychischen Erkrankungen leben deutlich häufiger alleine, sind ledig, ohne Partnerschaft und kinderlos. Die Gründe für die geringere soziale Einbettung sind komplex. Aktive Ausschlüsse seitens Dritter (Stigmatisierung / Diskriminierung) und selbst verordnete Rückzüge bedingen sich gegenseitig. Letzteres sowohl krankheitsbedingt als auch als Folge von Selbststigmatisierungsprozessen (siehe Kap. 7.3.1). Mit anderen Worten: Der soziale Rückzug Betroffener und der damit einhergehende Verzicht auf eine (umfangreichere) soziale Teilhabe sollte nicht monokausal als Ausdruck innerer Barrieren gelesen werden, sondern eher als erfahrungsgesättigte Strategie, um – eingedenk der krankheitsbedingten Einschränkungen und der Diskriminierungserfahrungen – besser in der Welt zurechtzukommen.

Ungeachtet aller Wirkungszusammenhänge erklärte über die Hälfte der ZBFS-Befragten, dass sich ihr Freundeskreis aufgrund der psychischen Erkrankung dauerhaft verkleinert habe (53,8%) und dass sie sich wegen ihrer psychischen Erkrankung immer wieder aus dem gesellschaftlichen Leben zurückgezogen haben (61,3%). Wenngleich mit Blick auf die von uns befragten Betroffenen nicht von einer „Parallelwelt, in der es kaum zu Kontakten mit Menschen außerhalb des Netzes kommt,<sup>377</sup>“ gesprochen werden kann, besteht doch ein enger Zusammenhang zwischen der Schwere der psychischen Erkrankung und der Bedeutung der Kontakte mit anderen Menschen mit psychischen Erkrankung: Für schwerer Erkrankte sind Peers häufig die einzigen Personen, die sie als (potenziell) Gebende wahrnehmen und wertschätzen. Im Kontakt mit Nicht-Betroffenen werden sie hingegen schnell – je stärker erkrankt, desto schneller und stärker – auf ihre Erkrankung reduziert.

*„Radikal gesagt, sind wir die Einzigen, mit denen wir uns austauschen können, weil wir eben nicht das Ausschlusskriterium „psychische Erkrankung“ haben. Die anderen trauen psychisch Erkrankten einfach nicht zu, in der konkreten lebensweltlichen Situation was Gutes tun zu können, helfen zu können. Die psychisch Erkrankten werden immer defizitär beschrieben. Man hört nie, dass sie auch fähig sind, was Gutes zu tun. Aber es ist erst diese Zurechnung, dass er [der psychisch erkrankte Mensch, SIM] was Gutes tun kann, die ihn in den Augen der anderen als Mensch erscheinen lässt.“ (Co-Forscher).*

Von einem selbstverständlichen Kontakt zwischen Menschen mit und ohne psychische Beeinträchtigungen kann definitiv nicht gesprochen werden. Dies verweist auf fehlende emotionale und instrumentelle Unterstützungsleistungen, worunter auch der Zugang ins Hilfesystem leidet (siehe Kap. 3). Zur psychischen Vulnerabilität tritt eine soziale Vulnerabilität hinzu. Knapp zwei Drittel der ZBFS-Befragten (62,9%) stimmten der Aussage „Ich vermisse Menschen, bei denen ich mich wohlfühle“ (ganz oder eher) zu. Dass fast genau die

<sup>377</sup> Grüber (2015: 111).



Hälfte der von uns Befragten nach wissenschaftlichen Kriterien als einsam bezeichnet werden kann, ist äußerst kritisch – auch und gerade, weil Einsamkeit schwerwiegende Folgen für die mentale und körperliche Gesundheit haben kann.

**Freizeit und Kultur.** Psychisch erkrankte Personen sehen sich aufgrund ihrer hohen Armutsbetroffenheit, ihrer krankheitsbedingten Erlebnisswelten und Verhaltensweisen aber auch aufgrund der im Freizeit- und Kultursektor vorherrschenden institutionellen Rahmenbedingungen oft beträchtlichen Problemen gegenüber, die vorhandenen Angebote in größerem Umfang zu nutzen. Dass dem Freizeit- / Kulturbereich innewohnende Potential, sei es hinsichtlich seiner salutogenetischen Effekte, sei es hinsichtlich seines sozialen Potenzials (Schaffung von Begegnung und Austausch mit Nicht-Betroffenen) kann sich vor diesem Hintergrund nicht entfalten. Hinzu kommen Wissens-/ Informationsdefizite seitens Betroffener.

**Ehrenamt.** Trotz Corona engagierte sich zum Befragungszeitpunkt (2021) etwa jede fünfte befragte Person ehrenamtlich. Das Ehrenamtsengagement der ZBFS-Befragten fällt damit zwar etwas geringer aus als in der Münchner Allgemeinbevölkerung, ist aber gleichwohl als beträchtlich zu bezeichnen. Auch und gerade vor dem Hintergrund der arbeitsweltlichen Ausschlüsse stellt das Ehrenamt eine zentrale Möglichkeit dar, um Selbstwirksamkeit bzw. um das Gefühl des „Gebraucht-Werdens“, des „Ich-kann-etwas-für-Andere-tun“ zu erleben. Es ist aber auch von Bedeutung, um Neues zu lernen und Kontakte zu anderen Menschen zu knüpfen. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die gebotenen Ehrenamtsmöglichkeiten in zeitlich-organisatorischer Hinsicht den Bedürfnissen und Handlungsmöglichkeiten psychisch erkrankter Menschen nicht umfassend entsprechen (Fehlen kurzfristiger bzw. zeitlich flexibler Einsatzmöglichkeiten).

**Mobilität.** Die Möglichkeiten, sich unabhängig in einer Stadt wie München zu bewegen, sind trotz aller Bemühungen von Politik, Verwaltung und Verkehrswirtschaft weiterhin ungleich verteilt; nicht zuletzt, weil Mobilität eben auch an körperliche und psychische Voraussetzungen gebunden ist. Während ersteres seit Jahren breit diskutiert wird, ist zweiteres noch kaum im Bewusstsein von Gesellschaft und Entscheidungsträger\*innen verankert. Die Ergebnisse unserer Befragung lassen wenig Zweifel daran, dass chronisch psychisch erkrankte Personen nicht nur seltener über Autos als „Nicht-Betroffene“ verfügen, sondern dass sie sich häufig auch kaum in der Lage sehen, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen bzw. dies nur tun, wenn es sich nicht vermeiden lässt. Hinzu kommt, dass ihre finanziellen Möglichkeiten in der Tendenz deutlich eingeschränkter sind, was nicht zuletzt die Nutzung von Taxis als einem ergänzenden Mobilitätsangebotsbaustein erschwert.

**Digitalisierung.** Die Analysen zeigen, dass nur knapp fünf Prozent der ZBFS-Befragten das Internet überhaupt nicht nutzen. Die meisten der im Rahmen der Studie befragten Personen zeigen eine hohe Internetaffinität. Insofern Armut den Zugang zur digitalen Teilhabe erschwert, besteht vor dem Hintergrund der hohen Armutsbetroffenheit von psychischen erkrankten Personen allerdings die Gefahr, dass die Digitalisierung zur weiteren Ausgrenzung der Zielgruppe führt: In der Tat erklärten 51,2% der Befragten aus armen Haushalte Probleme mit der privaten Nutzung des Internets zu haben; bei den anderen Einkommensgruppen belaufen sich Anteile auf 34,7% (untere Mitte) und 17,6% (obere Mitte / reiche Haushalte). Krankheitsbedingte Nutzungsschwierigkeiten oder „Selbstausschlüsse“ (z.B. aufgrund der Angst um Datensicherheit) wirken in dieselbe Richtung. Der Zugang zum Internet und die Nutzung digitaler Technologien – heutzutage beides wesentliche Voraussetzungen für gesellschaftliche Teilhabe – wirft für viele psychisch erkrankte Menschen erkennbar Probleme auf. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Angebote der Daseinsvorsorge, einschließlich der Behördenkontakte, weiterhin auch auf nicht-digitalen Kanälen zugänglich zu halten.



## Kapitel 7

### Stigmatisierung und Diskriminierung

## 7. Stigmatisierung und Diskriminierung

### 7.1 Vorbemerkungen: Zur Bedeutung des Handlungsfeldes

Obwohl psychische Krankheiten in der Bevölkerung weit verbreitet sind (siehe Kap. 2.1.2), werden gerade Menschen mit diesen Erkrankungen oft stigmatisiert und diskriminiert. Stigmatisierung bedeutet, dass das „Merkmal“ der psychischen Erkrankung mit negativen Bewertungen belegt wird (Stereotypisierung, Vorurteile). Stigmatisierung kann die eigene Identität nachhaltig in Frage stellen und die Anerkennung und Einbindung in die sozialen Netze gefährden.<sup>378</sup> Für psychisch vulnerable Personen kann Stigmatisierung so gleichsam zu einer „zweiten Krankheit“ werden,<sup>379</sup> die zu beständiger Wachsamkeit im Alltag zwingt und kraftzehrende Abwehrkämpfe gegen Vorurteile und Stereotypen erforderlich macht. Diskriminierung als Verhaltensfolge verweist auf konkrete Benachteiligungen oder Ausgrenzungen aufgrund der psychischen Erkrankung (oder eines anderen „Merkmals“). Im Sinne des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) bezeichnet Diskriminierung die Ungleichbehandlung einer Person aus rassistischen Gründen oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität. (Interessanterweise werden psychische Erkrankungen im AGG nicht gesondert genannt.) Ferner können Betroffene stigmatisierende Gedanken internalisieren und gegen sich selbst richten (Selbststigmatisierung).

Während diskriminierende Praktiken zumindest teilweise der politischen Steuerung zugänglich sind, entzieht sich die Stigmatisierung dieser weitgehend. Die fortlaufende Stigmatisierung psychisch kranker Menschen in Deutschland belegt dies nachdrücklich. Damit sollen nicht die Erfolge von Initiativen zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen geleugnet werden oder dass Störungsbilder wie Depression oder Burnout, gesellschaftlich gesehen, mittlerweile in einem neutraleren bis positiveren Licht erscheinen, sondern nur die Größe der Herausforderungen herausgehoben werden.

Sicherlich hat die Corona-Pandemie mit ihren Beschränkungen dazu geführt, dass viele bisher nicht psychisch belastete Personen mit mentalen Schwankungen zu kämpfen hatten, sich psychisch unter Druck gesetzt fühlten oder sogar psychiatrische Symptome ausbildeten. Ob dies aber tatsächlich, wie gelegentlich gehofft,<sup>380</sup> die Grenzen zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen aufgeweicht hat, bleibt abzuwarten. Das Studienteam ist diesbezüglich eher skeptisch.

### 7.2 Quantitative Perspektiven: Ergebnisse der ZBFS-Befragung

#### 7.2.1 Vorurteile und Stereotypisierung

Da sich die ZBFS-Befragung ausschließlich an die unmittelbar Betroffenen richtete, können zur Vorurteilsstruktur der Münchner Wohnbevölkerung keine direkten Aussagen gemacht werden. Insofern man aber annehmen kann, dass Betroffene aus eigener Anschauung um die Vorbehalte und Vorurteile wissen, die die „Durchschnittsbürger\*innen“ gegenüber psychisch erkrankten Menschen hegen, spiegeln sich in der Wahrnehmung Betroffener zweifelsohne die gesellschaftlichen Blicke. Denn mögen die „Durchschnittsbürger\*innen“ gegenüber ihnen bekannten psychisch erkrankten Personen auch ein „gewisses Maß an Takt bewahren, erleben >verdeckte< Kranke immer wieder, dass Vorbehalte und Vorurteile im informellen Gespräch in aller Brutalität geäußert werden.“<sup>381</sup> Die ZBFS-Befragung legt nahe, dass Vorurteile wie die mangelnde Leistungsfähigkeit oder einer generellen Unberechenbarkeit und Unzuverlässigkeit psychisch erkrankter Personen weit verbreitet sind.

---

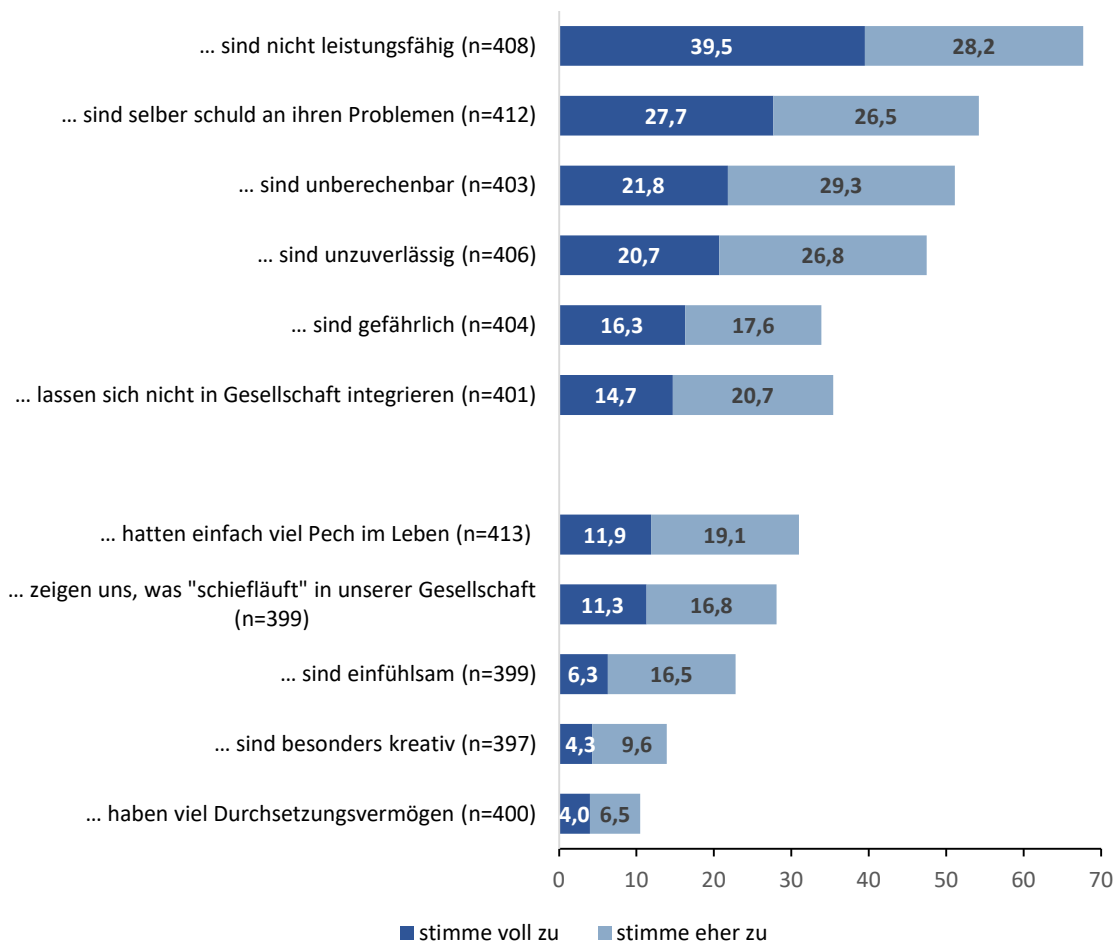
<sup>378</sup> von Kardoff (2010: 4).

<sup>379</sup> Finzen (2013: v.a. 153-157).

<sup>380</sup> Wirtz (2020).

<sup>381</sup> Finzen (2013: 47).

**Abbildung 7.1: Einstellungen der Öffentlichkeit zu Menschen mit psychischen Erkrankungen aus Sicht der ZBFS-Befragten (nur Kategorien „stimme voll zu“ und „stimme eher zu“; in Prozent)<sup>382</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Es sind eben diese Vorurteile und Stereotypen, die ihrerseits durch Medien mehr oder weniger beständig bestärkt werden, die Betroffene immer wieder daran hindern, sich „zu outen“ - selbst wenn mit dieser Entscheidung Nachteile verbunden sein sollten (z.B. Verzicht auf sozialrechtliche Nachteilsausgleiche; stärkere Konfrontation mit den Stereotypen in alltäglichen Gesprächen). Die Massivität, mit der Betroffene diese Stigmatisierung erleben und die dadurch bedingten Rückzüge aus dem sozialen Leben, wurde in unseren Gesprächen und in der Online-Erhebung immer wieder thematisiert (siehe Kap. 7.3.1).

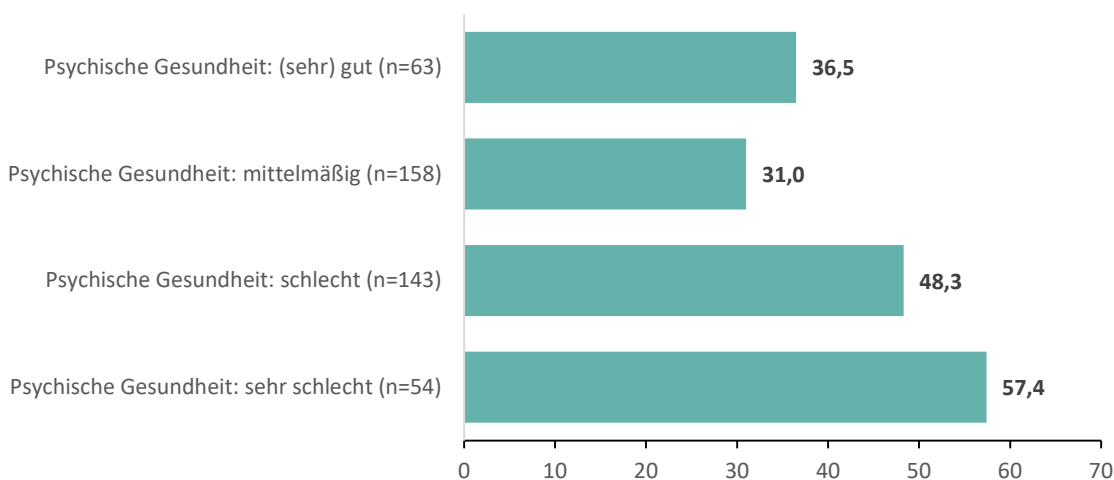
<sup>382</sup> Die zugrundeliegende Frage (F33) lautete: „Es gibt viele Vorurteile über Menschen mit psychischen Erkrankungen – negative wie positive. Wir würden gerne wissen, was Ihrer Meinung nach die Öffentlichkeit über Menschen denkt: >Ich glaube, die Öffentlichkeit denkt, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung...<“ Für jedes Item standen fünf Antwortkategorien von „stimme voll zu“ bis zu „stimme überhaupt nicht zu“ zur Verfügung, ergänzt um die Kategorie „weiß nicht“.

## 7.2.2 Diskriminierung

**Häufigkeit.** Dass psychische Erkrankungen bzw. psychisch erkrankte Personen in unserer Gesellschaft ausgegrenzt werden, stellt einen Gemeinplatz dar. Insgesamt geben 41,9% der Befragten an, dass sie in den letzten 24 Monaten *wegen ihrer psychischen Erkrankung* diskriminiert wurden. Mit der Fokussierung auf die psychische Erkrankung als Diskriminierungsgrund soll nicht die Intersektionalität von Diskriminierung geleugnet werden, sprich dass Diskriminierung nicht eindimensional, also nicht exklusiv auf einen „Grund“ bezogen geschieht, sondern in komplexen Formen existiert. Ziel der Fokussierung auf psychische Erkrankungen war es, zu klären, inwieweit psychische Erkrankungen als ein „eigenständiger“ Diskriminierungsgrund *erlebt* werden. Frauen nannten ihre psychische Erkrankung geringfügig häufiger als Diskriminierungsgrund als Männer (43,0% versus 39,2%) und Deutsche mit Migrationshintergrund (46,4%) etwas öfters als Deutsche ohne einen solchen (40,4%). Dass Befragte ohne deutsche Staatsbürgerschaft mit 37,7% diesbezüglich das Schlussbild bilden, könnte unterschiedliche lebensweltliche Einstellungen oder Erwartungshaltungen widerspiegeln bzw. dass sie erlebte Diskriminierungen primär rassistisch motiviert deuteten. Unstrittig ist jedoch, dass sich psychisch erkrankte Personen bereits aufgrund ihrer psychischen Erkrankung subjektiv häufiger Diskriminierungen gegenübersehen als die Münchner erwachsene Wohnbevölkerung im Allgemeinen (27,9%). Insofern bei den Befragten jene Diskriminierungen, die sie z.B. als klar rassistisch oder sexistisch deuteten, nicht abgefragt wurden, unterschätzen die hier präsentierten Werte die einschlägigen Diskriminierungserfahrungen der befragten Personen.

Zwar zeigt sich zwischen der persönlich wahrgenommen psychischen Gesundheit und der Erfahrung von Diskriminierung kein linearer Zusammenhang. Personen, die ihre psychische Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einstufen, berichten aber deutlich häufiger über entsprechende Ausgrenzungen. Insofern ein schlechterer psychischer Gesundheitsstatus auf eine erhöhte Sichtbarkeit der psychischen Erkrankungen (z.B. deutliche Antriebslosigkeit; Verhaltensauffälligkeiten) rückschließen lässt, ist dies kaum überraschend.

**Abbildung 7.2:** Personen mit Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in den letzten 24 Monaten nach subjektiv wahrgenommener psychischer Gesundheit (in Prozent)<sup>383</sup>



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Ob bzw. inwieweit eine schlechtere psychische Gesundheit ihrerseits auch als Folge der berichteten Diskriminierungserfahrungen gelesen werden sollte, muss an dieser Stelle offenbleiben. Forschungen der letzten Jahre belegen jedoch, dass Diskriminierungen der psychischen (aber auch körperlichen) Gesundheit schaden (können): Sei es etwa durch ausgelöste Stressreaktionen oder schädliches Bewältigungsverhalten (z.B. Alkoholkonsum) im Zuge der Diskriminierungserfahrungen oder sei es, dass Betroffene die negativen Stereotypen zu widerlegen suchen, indem sie sich ihrem Umfeld gegenüber als besonders leistungsfähig präsentieren und glauben, ihre Erkrankung verschweigen zu müssen. Dieser dauerhafte Druck und dieses

<sup>383</sup> Die zugrundeliegende Frage (F30) lautete: „Sind Sie aufgrund Ihrer psychischen Erkrankung in den letzten 24 Monaten in München diskriminiert worden?“

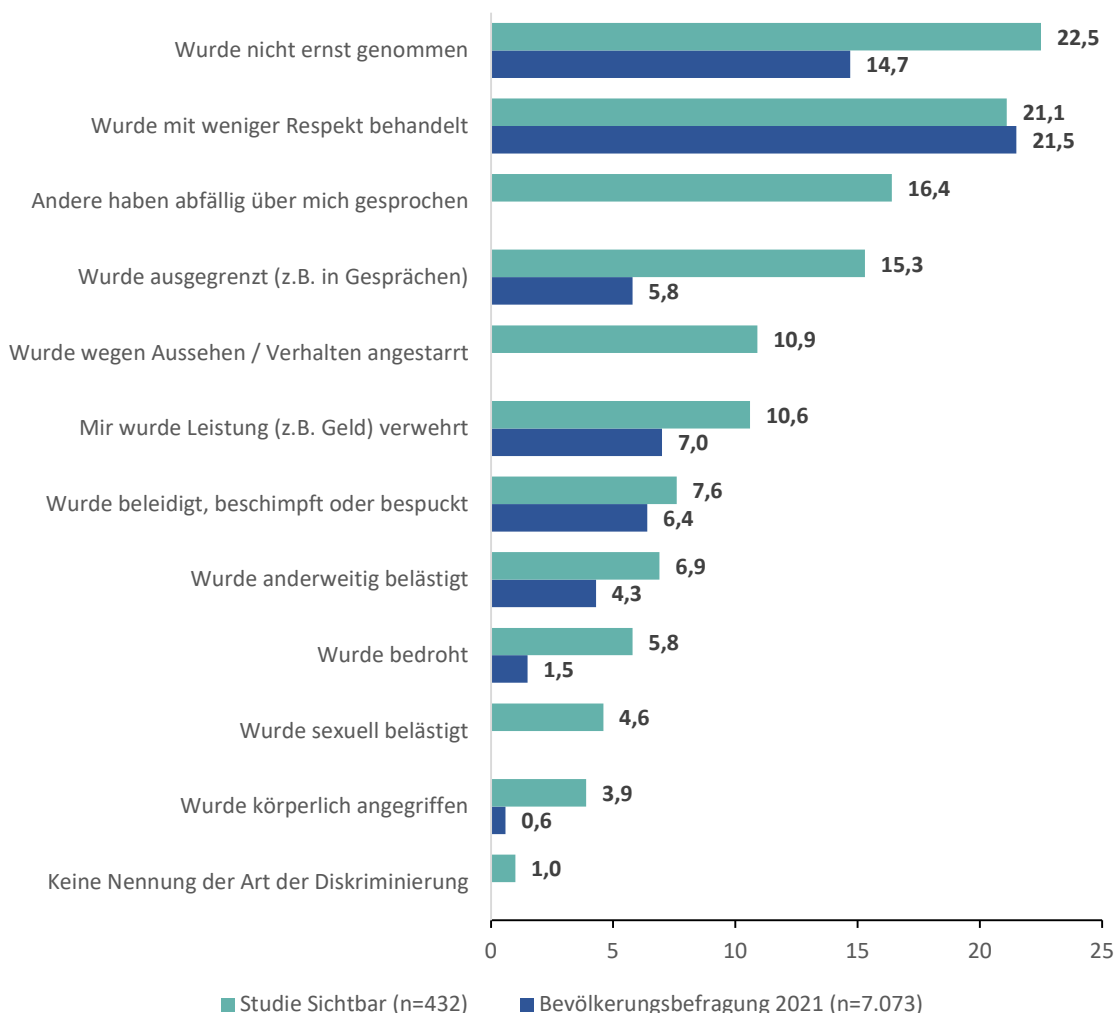


ständige über die eigene Grenzen gehen, führt, wie es Nicolas Rüscher vor kurzem formulierte,<sup>384</sup> „häufig zu Gesundheitsschäden.“

Hinsichtlich des Erlebens von Diskriminierungserfahrungen ergeben sich mit Blick auf die einzelnen Störungsbilder Schwankungsbreiten von 34,1% (bipolare Störung) bis 64,7% (Aufmerksamkeit-Defizit-Syndrom). Werte von deutlich über fünfzig Prozent berichteten auch Befragte mit Zwangsstörungen (59,6%, Essstörungen (57,3%), Chronische Schmerzstörung (56,6%) sowie Traumafolgestörung (56,0%).

**Formen der Diskriminierung.** Diskriminierung kommt in unterschiedlichen Formen vor. Mit Blick auf unmittelbare Diskriminierungserfahrungen in konkreten Begegnungssituationen dominieren Formen der persönlichen Missachtung: „Nicht ernst genommen worden zu sein“ (22,5% aller ZBFS-Befragten) bzw. „mit weniger Respekt behandelt worden zu sein“ (21,1%). Die Verteilung ähnelt der in der letzten Bürgerbefragung für die Münchner Wohnbevölkerung insgesamt berichteten. Allerdings werden auch beträchtliche Unterschiede deutlich – wenngleich teilweise auf geringem Niveau. Auch und gerade bei den „extremere“ Formen der Diskriminierung wie der persönlichen Bedrohung oder des körperlichen Angriffs, wovon ZBFS-Befragte häufiger berichteten.

**Abbildung 7.3: Formen der erlittenen Diskriminierung in den letzten 24 Monaten: ZBFS-Befragte im Vergleich zur Münchner Gesamtbevölkerung (in Prozent<sup>385</sup>)<sup>386</sup>**



Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

<sup>384</sup> Rüscher (2021: 74).

<sup>385</sup> Bei der Auswertung der ZBFS-Daten werden nur Befragte berücksichtigt, die zum Thema Diskriminierung (F30 bis F32) mindestens eine Angabe machten. Die Grundgesamtheit reduziert sich damit auf n=432.

<sup>386</sup> Die zugrundeliegende Frage (F31) lautete: „Wie äußerte sich diese Diskriminierung konkret?“ (Mehrere Antworten möglich).



Weibliche Befragte gaben häufiger an, ausgegrenzt worden zu sein (17,7% | Männer: 11,1%), mit weniger Respekt behandelt worden zu sein (23,0% versus 16,3%) oder nicht ernst genommen worden zu sein (23,4% versus 20,3%). Männer wiederum gaben etwas häufiger an, bedroht worden zu sein (7,2% | Frauen: 4,5%). Ansonsten fallen die Unterschiede nach Geschlecht eher gering aus.

Mögen Befragte mit Migrationshintergrund auch nicht wesentlich häufiger Diskriminierungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung erlebt haben als Personen ohne einen solchen (42,6% versus 40,4%),<sup>387</sup> sind erstere doch deutlich öfter Opfer der oben genannten Diskriminierungsformen geworden als der Zahlenvergleich nahelegt. Kurzum: Wer als Migrant\*in Ausgrenzungen erfahren hat, sah sich deutlich *mehr* Diskriminierungsformen ausgesetzt als Befragte ohne Migrationshintergrund. Am deutlichsten – mit über anderthalbfachen höheren Anteilswerten – fallen die Unterschiede bei den Items „Wurde körperlich angegriffen“ (5,7% | Personen ohne Migrationshintergrund: 2,8%), „wurde sexuell belästigt“ (6,0% versus 3,5%) und „andere haben abfällig über mich gesprochen“ (23,0% versus 13,6%) aus. Auch bei den anderen Formen liegen die Anteile fast immer deutlich höher. Mag der Migrationshintergrund bei psychisch erkrankten Menschen auch nicht das generelle Diskriminierungsrisiko erhöhen, wirkt er doch diskriminierungsverstärkend.

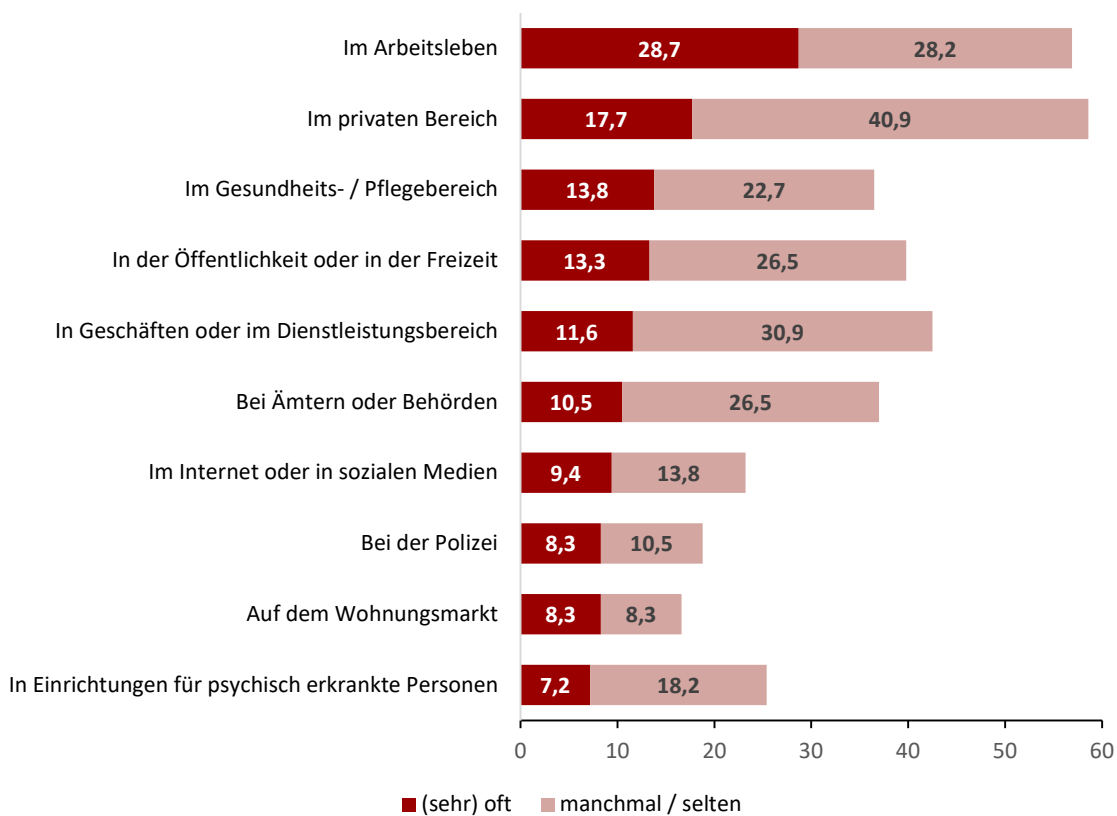
**Häufigkeit nach Lebensbereichen.** Im Arbeitsleben ist das Diskriminierungsrisiko am höchsten: Mehr als jede\*r Vierte mit Diskriminierungserfahrung (28,7%) gab an, in diesem Bereich in den letzten 24 Monaten wegen seiner psychischen Erkrankung (sehr) oft Diskriminierung erlebt zu haben. An zweiter Stelle steht das private Lebensumfeld (17,7%), gefolgt vom Gesundheits-/Pflegebereich (13,8%). Vor allem in den beiden letzteren Bereichen dürften sogenannte Mikroaggressionen – alltägliche Äußerungen, die an die andere Person bewusst oder unbewusst abwertende Botschaften senden, welche sich auf deren psychische Beeinträchtigung beziehen (siehe auch Kap. 3.5.2) – eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Forschungen belegen, dass sich psychisch beeinträchtigte Personen vor allem im Familien- und Freundeskreis sowie im Gesundheitsbereich entsprechenden Aggressionen gegenübersehen.<sup>388</sup> Viele Personen mit Diskriminierungserfahrungen geben zudem an, in der Öffentlichkeit oder Freizeit oder im Bereich Geschäfte und Dienstleistungen und bei Behörden Diskriminierungen erfahren zu haben.

---

<sup>387</sup> Aufgrund der geringen Fallzahlen war bei der Detailanalyse eine Differenzierung nach Staatsbürgerschaft nicht möglich.

<sup>388</sup> Barber et al. (2020: 8). Solche alltäglich erlebten Aggressionen können aufgrund ihrer Häufigkeit stärkere negative Effekte zeitigen als offenere Diskriminierungserfahrungen.

**Abbildung 7.4: Personen mit Diskriminierungserfahrungen nach Diskriminierungsort (nur Kategorien „(sehr) oft“ und „manchmal/selten“; n=181; in Prozent)<sup>389</sup>**

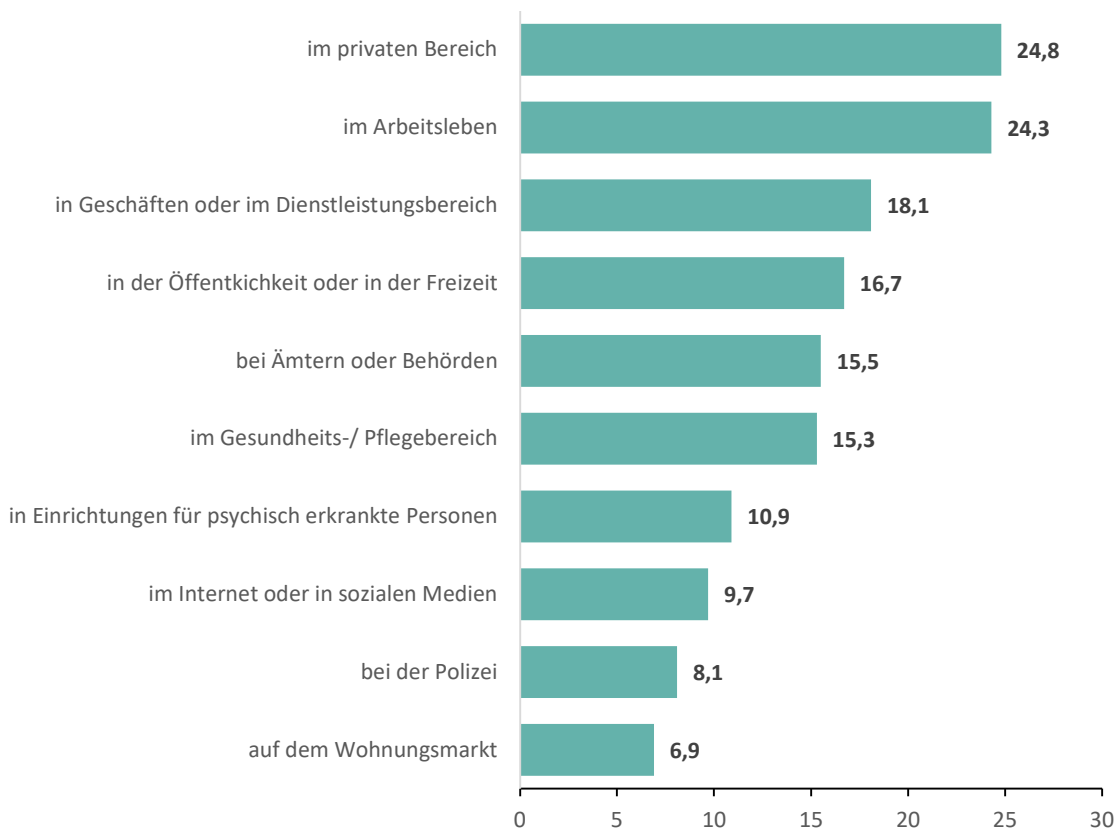


Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Bezieht man die Angaben auf *alle* ZBFS-Befragten, ändert sich nichts Grundlegendes an der obigen Reihenfolge, aber natürlich an den Anteilswerten.

<sup>389</sup> Die zugrundeliegende Frage (F32) lautete: „Wie häufig kam es in den letzten 24 Monaten vor, dass Sie wegen Ihrer psychischen Erkrankung in den folgenden Bereichen diskriminiert wurden?“ Bei der Auswertung werden nur Personen berücksichtigt, die angaben, in den letzten 24 Monaten wegen ihrer psychischen Erkrankung Diskriminierungserfahrungen erlebt zu haben (n=181 | 41,9% aller Befragten). Die Anzahl der Antwortenden schwankt je nach Lebensbereich dabei zwischen n= 168 (Arbeitsleben) und n=155 (Internet oder soziale Medien). Neben „trifft nicht zu“ standen insgesamt fünf Antwortkategorien zur Verfügung: „sehr oft“, „oft“, „manchmal“, „selten“ und „nie“.

**Abbildung 7.5: ZBFS-Befragte insgesamt nach Diskriminierungsort (n=432; in Prozent) (nur Kategorien „(sehr) oft“ und „manchmal/selten“)**



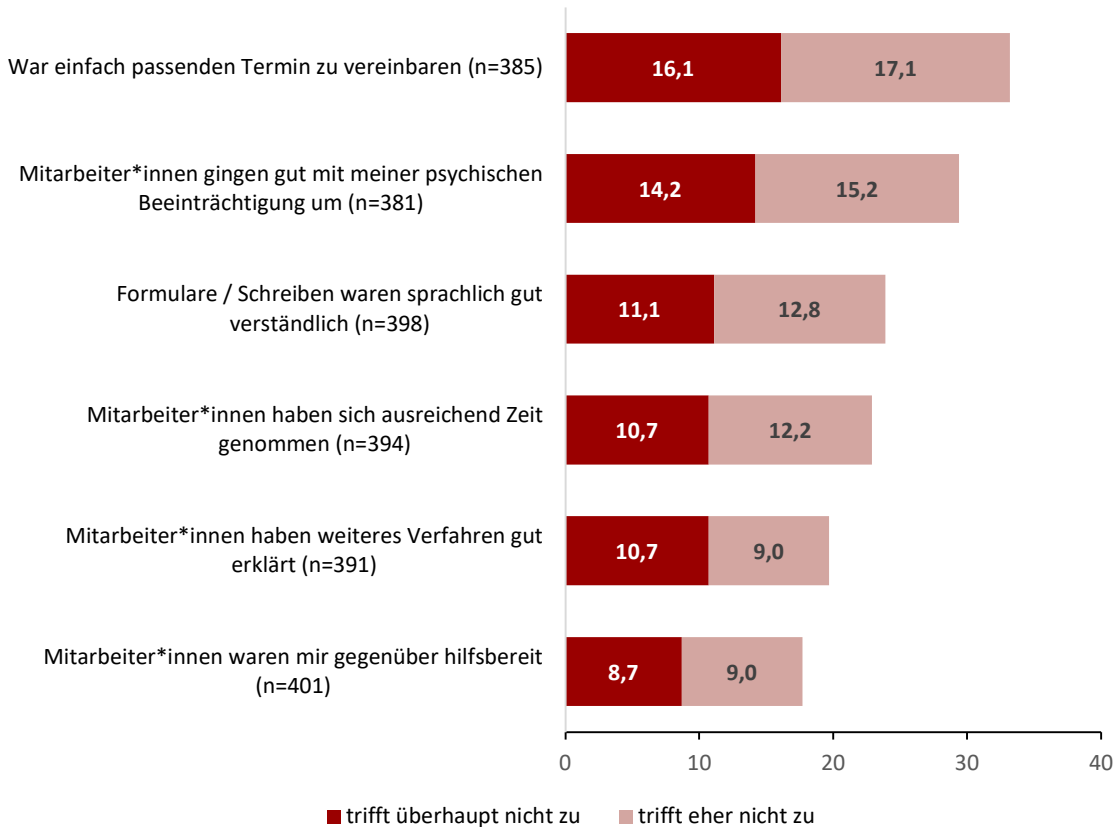
Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Bei der Interpretation der Anteilswerte ist zu bedenken, dass die Befragten in den letzten 24 Monaten natürlich unterschiedlich häufig mit den einzelnen Lebensbereichen in Berührung gekommen sind. So ist beispielsweise die „Polizei“ eine Akteurin, die für die meisten Befragten in den letzten 24 Monaten mit großer Sicherheit nicht relevant war. Der Anteil von 8,1% aller ZBFS-Befragten Personen ist daher zweifelsohne sehr hoch. Ähnliches gilt auch für den Wohnungsmarkt (6,9%). Der Wert für „Einrichtungen für psychisch erkrankte Personen“ (10,9%) erscheint vor dem Hintergrund, dass den Befragten zentrale ambulante sozialpsychiatrische Angebote unbekannt waren bzw. sie diese noch nie genutzt hatten (siehe Kap. 3.3.1), ebenfalls sehr hoch. Vor allem letzteres sollte dringend eingehender untersucht werden.

### 7.2.3 Behördenkontakte

Im Rahmen der ZBFS-Erhebung wurde anhand vorformulierter Aussagen auch die Zufriedenheit mit behördlichen Dienstleistungen bzw. genauer: mit der Art und Weise ihrer Erbringung abgefragt. Dabei wurde auf den letzten Behördenkontakt abgestellt. Auf eine Differenzierung der Ämter wurde vor dem Hintergrund der zu erwartenden eher niedrigen Fallzahlen für die einzelnen Ämter verzichtet. Jede\*r fünfte bzw. dritte Befragte übte generell an der Art und Weise der Leistungserbringung Kritik. Als eher schwierig wurden dabei an erster Stelle zeitliche Aspekte genannt („Es war einfach, einen passenden Termin (Tag, Uhrzeit, Dauer) zu vereinbaren, der auf meine psychische Erkrankung Rücksicht nimmt“, gefolgt vom Umgang mit der psychischen Erkrankung bzw. deren Folgen („Die Mitarbeiter\*innen konnten gut mit meiner psychischen Erkrankung umgehen“)).

**Abbildung 7.6: Erfahrungen beim letzten Behördenbesuch (in Prozent)**<sup>390</sup>

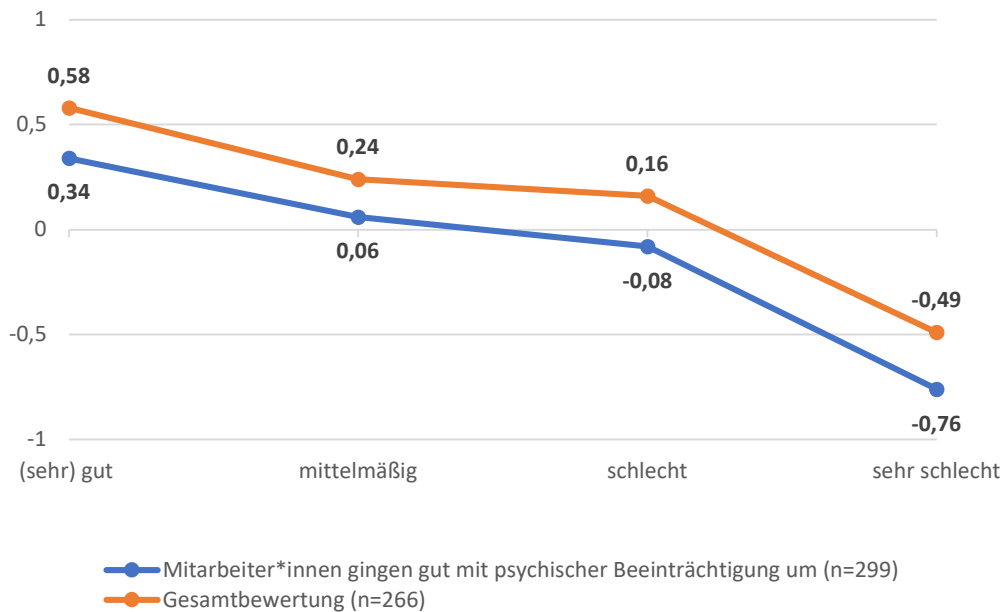


Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Übersetzt man die Fünfer-Skala in Zufriedenheitswerte von -2 bis +2, zeigen sich für die meisten abgefragten Dimensionen jedoch positive Werteausprägungen von bis zu 0,53. Leicht negative Werte verzeichnen die beiden oben genannten Items. Wenngleich wir nicht wissen, wie die Münchner Wohnbevölkerung die Fragen beantworten würde, deuten sich diesbezüglich doch Handlungsbedarfe an. Hierfür sprechen nicht nur vielfältige Kommentare in der Online-Befragung (siehe Kap. 7.3.2), sondern auch weitergehende Detailauswertungen. So streuen fast alle Items signifikant mit der Einschätzung der eigenen psychischen Erkrankung: Je kränker man sich fühlt, desto unzufriedener war man mit dem letzten behördlichen Kontakt (siehe Abb. 7.7). Nach Migrationshintergrund und Geschlecht zeigen sich keine engeren Zusammenhänge. Nach Bildung nur insofern, als sich Befragte mit Abitur stets am positivsten äußerten – dies gilt insbesondere für das Item „Es war einfach, einen passenden Termin zu vereinbaren, der auf meine psychische Erkrankung Rücksicht nimmt.“ Ob bzw. inwieweit sich hierin unterschiedliche Kommunikationsstrategien der Betroffenen spiegeln, muss offenbleiben. Es ist aber anzunehmen.

<sup>390</sup> Die zugrundeliegende Frage (F26) lautete: „Denken Sie bitte an Ihren letzten Kontakt mit einer Behörde. Geben Sie bitte für jede Aussage an, inwieweit diese zutrifft.“ Als Antwortkategorien wurde eine fünfstufige Skala von „trifft voll zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ verwendet; ergänzt um die Antwortoption „kann mich nicht erinnern.“

**Abbildung 7.7: Erfahrungen beim letzten Behördenbesuch nach subjektiv wahrgenommener psychischer Gesundheit (Mittelwerte)**



\* Die Gesamtbewertung wurde über die Werte aller Items gebildet, berücksichtigt wurden dabei nur jene Befragten, die zu *allen* abgefragten (Erbringungs-)Dimensionen eine Angabe machten

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (ZBFS-Befragung).

Bei der Auswertung nach Störungsbildern fällt auf, dass Befragte mit der Selbstdiagnose Psychose fast alle vorformulierten Aussagen am positivsten bewerteten. Das Gegenteil gilt für Befragte mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Der Mittelwert ihrer jeweiligen Gesamtbewertung streut dabei zwischen 0,62 und -0,13. Eine Begründung hierfür steht aus. Sicher ist lediglich, dass die Differenz nicht mit der subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheit erklärt werden kann.

## 7.3 Qualitative Perspektiven

### 7.3.1 Stigmatisierung und Diskriminierung

**Erfahrungen eines Co-Forschers.** Die nachfolgend zusammengefassten Erfahrungen eines unserer Co-Forscher verdeutlichen die Subtilität der Stigmatisierungs- / Diskriminierungspraxis:

## Wie bitte?

Anekdoten und Süsselsätze aus dem Leben eines Menschen mit psychischer Beeinträchtigung.

Mein behandelnder Arzt nach 10 Wochen stationärem Aufenthalt in einer Uniklinik zu meinen geschockten Eltern; ich war dabei, aber medikamentös ruhiggestellt; 1981:

*„Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird Ihr Sohn für den Rest seines Lebens in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht werden müssen.“*

Diese Prognose hat sich nicht erfüllt. Zwar bin ich in den vergangenen 40 Jahren ununterbrochen in Behandlung bei Psychiatern, aber nur einmal noch musste ich unfreiwillig in eine geschlossene Station eingeliefert werden.

Die Angst davor, meine Freiheit auf Dauer zu verlieren, hat jahrzehntelang alle Bereiche meines Lebens überlagert.

Der Urlaubsvertreter meines Hausarztes, 1997:

*„Ich wusste gar nicht, dass man mit dieser Veranlagung beruflich so erfolgreich sein kann.“*

Viele Menschen, gerade auch Betroffene, sogar Ärzte, können sich nicht vorstellen, dass man auch mit einer seelischen Behinderung ein selbstbestimmtes und erfülltes Leben führen kann. Ich habe wider Erwarten ein Ingenieurstudium absolviert, 35 Jahre lang in verantwortungsvollen Positionen gearbeitet, über 30 Jahre eine stabile Partnerschaft geführt, ehrenamtliches und politisches Engagement geleistet.

Das alles verdanke ich zum größten Teil meinem Umfeld, das mich gefördert und immer an mich geglaubt hat

Eine Sozialpädagogin, die ich aus dem Alpenverein kenne, 2013:

*„Du bist doch nicht krank.“*

O.k., Du kennst von mir nur die medikamentös gut eingestellte Version.

Wenn Du mich in meinen psychotischen Phasen erlebt hättest, oder Dir vorstellst, dass ich mein Medikament in ein paar Jahren physisch nicht mehr vertrage, würdest Du mich dann noch als gesund bezeichnen?



Mein Chef in einem Mitarbeitergespräch, 2017:

*„Das ist doch gut, wenn Du Deinen Burnout schon hinter Dir hast.“*

Naja, Menschen, die eine psychische Krise überwunden haben, erkennen eher die Anzeichen geistiger und seelischer Überforderung und können vielleicht besser gegensteuern. Trotzdem bedarf es der Achtsamkeit auch auf der Arbeitgeberseite.

Als nach einem Jahr in der neuen Arbeitsstelle meine allererste Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, gestempelt von einem Neurologen, bei meinem Arbeitgeber ankam, formulierte dieser noch am gleichen Nachmittag, 2019:

*„Hiermit kündige ich den ... Arbeitsvertrag ...  
Aus organisatorischen Gründen wurde der Schließzylinder  
der Büroeingangstür ausgetauscht. ...  
Ich sende Ihnen bereits heute Ihr Arbeitszeugnis.“*

Ja, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen können anstrengend sein, und sie können Angst machen.

In diesem Fall war der Rauswurf aber nicht besonders klug: Ein wichtiger Auftraggeber hat mein Ausscheiden sehr bedauert, und ein konkurrierendes Büro wollte mich umgehend beim gleichen Projekt beschäftigen.

Die Chefin eines Planungsbüros, 2022:

*„Meine Tochter soll in der Schule etwas über psychische Krankheiten lernen, Depression, Autismus und so. Ich habe ihr eine Entschuldigung geschrieben, das ist doch eine absolute Überforderung für eine 16-Jährige!“*

Wurde die Tochter auch vom Schwimmunterricht und vom Sexualkundeunterricht abgemeldet? Nichtschwimmer ertrinken öfter, und nicht aufgeklärte Mädchen haben eindeutig ein höheres Risiko, ungewollt schwanger zu werden.

Weil Jugendliche grundsätzlich weniger voreingenommen und neugierig sind, sollten sie unbedingt die Grundbegriffe der Psychologie kennenlernen, damit sie damit umgehen können, wenn in Ihrem Bekanntenkreis oder bei ihnen selbst derartige Probleme auftauchen.

Und aufgepasst: Psychische Krankheiten sind nicht ansteckend!

Aus meiner Abschlussarbeit (Portfolio) der Ausbildung zum EX-IN-Genesungsbegleiter in der Psychiatrie, 2020:

*„Wie die LGBT-Bewegung eine Gruppe benachteiligter Menschen in die Mitte der Gesellschaft gebracht hat, habe ich selbst intensiv erlebt. Mein großer Wunsch ist, dass die Bewegung der Psychiatrie-Erfahrenen einen ähnlichen Erfolg haben wird.“*

Menschen mit und ohne psychiatrische Erfahrungen müssen dazu aufeinander zugehen und einander aufmerksam zuhören. Dann werden auf beiden Seiten auch die Ängste kleiner werden. Und man wird erleben, dass die Vielfalt der psychischen Besonderheiten auch eine Bereicherung für die Gesellschaft sein kann.

M.C.Z., Co-Forscher bei der Studie „Sichtbar“

**Online-Befragung.** In der Online-Befragung nutzten rund 260 Befragte – davon 110 Betroffene – die Möglichkeit, ihre Sicht auf Stigmatisierung und Diskriminierung bzw. deren Gründe und Folgen, näher darzulegen. Beschränkten sich manche auf Kurzkommentare (z.B. „Ständig werde ich diskriminiert“), nahmen sich andere den Raum, um ihre Wahrnehmungen und Erfahrungen detailliert zu formulieren. Wenngleich den vielfältigen Darstellungen hier nicht Genüge getan werden kann, hoffen wir, dass die nachfolgenden Zitate die oben präsentierten quantitativen ZBFS-Ergebnisse doch etwas mit „Leben füllen können.“

- **[Allgemein].** Sicherlich sind Stigmatisierung und Diskriminierung in allen Lebensbereichen zu finden. Das spiegelt sich auch in den Antworten wider, wenngleich dort diesbezüglich besonders häufig auf die Arbeitswelt verwiesen wurde. Eine ganze Reihe von Befragten sah über die Jahre hinweg durchaus eine Entwicklung zum Positiven, ohne damit allerdings die weiterhin bestehenden Stigmatisierungs- / Diskriminierungspraktiken leugnen zu wollen:

„Es wurde schon einiges erreicht, gibt aber immer noch zu viel Unwissen und Vorurteile.“  
(Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Ja, noch immer in allen Lebensbereichen. Es gibt Fortschritte, aber noch nicht genug Wandel.“  
(Online-Befragung | Fachkraft).

„Wie soll man Depression erklären? Nur bei (Fußball-)Stars wird die Krankheit als Krankheit angenommen. 08/15-Menschen leiden unter der Situation. Alles ist anstrengend - wenig Toleranz im beruflichen und privaten Umfeld.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

- **[Gründe | Ursachen].** Aus Sicht der Befragten liegen die Gründe für Stigmatisierung und Diskriminierung primär in den Vorurteilen (sie seien z.B. „faul, „nicht leistungsfähig“) und Stereotypen („einmal psychisch krank, immer psychisch krank“). Aber auch in den mangelnden Kenntnissen der Gesellschaft über psychische Erkrankungen – oder genauer: in der Nicht-Anerkennung psychischer Erkrankungen als ernsthafte Erkrankungen bzw. ihrer Deutung als willentlich zu überwindende Befindlichkeitsstörungen – sowie in der eingeschränkten Sensibilität und der mangelnden Empathie der „Normal-Bürger\*innen“ im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen. Wobei zu bedenken gegeben wurde, dass letzteres auch mit der Nicht-Sichtbarkeit etlicher psychischer Erkrankungen zusammenhängen kann.

„Das Unwissen ist wahnsinnig groß in der Bevölkerung. Solange man bei Depression geraten bekommt, auch mal zu Lachen - was absoluter Blödsinn ist, ich lache sehr viel trotz Depression und wahrscheinlich sogar mehr als die meisten Menschen ohne Depression - und bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung den Ratschlag von wildfremden Personen „die Vergangenheit einfach hinter sich zu lassen“ - habe ich für mich beschlossen bei nicht-betroffenen Menschen nicht zu sagen, dass ich Betroffene bin. Ich kann nicht die Aufklärungsarbeit übernehmen. Es handelt sich bei psychischen Erkrankungen nicht um schlechte Laune und eingebildete Symptome (so habe ich das Gefühl werden psychische Krankheiten im Allgemeinen gesehen), sondern um teilweise sehr schlimme Erkrankungen, die Geist und Körper betreffen und das Leid ist immens.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Als psychisch Erkrankte hat man immer das Stigma "nicht voll funktionsfähig", selbst wenn die Erkrankung schon einige Zeit zurückliegt. Im Arbeitsleben gelte ich als nicht stressresistent, dabei kann ich gut unter Zeitdruck arbeiten, auch komplexe Sachen, ich hatte eben nur vor ein paar Jahren eine Depression und ja, da ging das nicht.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Eine psychische Erkrankung sieht man nicht. Daher ist sie für viele Menschen auch nicht vorhanden und man wird schnell als Simulant abgetan.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

Aus Sicht der Befragten ist mangelnde Sensibilität aber nicht nur Ausfluss mangelnden Wissens oder internalisierter gesellschaftlicher Vorurteile und Stereotypen, sondern häufig schlicht und einfach Ausdruck der Unsicherheit Nicht-Betroffener, eine Unsicherheit, die bis hin zu Hilflosigkeit und subjektiver Überforderung reichen könne:

„Mir fällt auch auf, dass ich nicht über meine Erkrankung sprechen kann, ohne dass es andere unangenehm berührt. Hätte ich Diabetes wäre das Tischgespräch nicht versaut, aber mit "Bei meiner letzten depressiven Episode ist mir das passiert" - Stimmungskiller. Und das ist ärgerlich, denn es ist ein Teil von mir, den ich nicht ständig verstecken möchte.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Bei meiner Schwester gingen viele Beziehungen (auch zu Freunden und Bekannten) an der Krankheit kaputt, auch da Freunde und Verwandte sich selber schützen müssen.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

„Sobald man damit sichtbar wird, findet Ausgrenzung statt, u.a. einfach schon deshalb weil andere überfordert sind.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

Immer wieder wurde zu verstehen gegeben, dass es oft schlichtweg Ängste seien, die der Diskriminierung zugrunde lägen: Ängste, die letztlich in der wahrgenommenen „Andersartigkeit“ der Betroffenen bzw. in der durch sie ausgelösten Bedrohung der Identität der „Nicht-Betroffenen“ wurzelten.

„Immer noch und immer wieder wird "anders sein" als unangenehm oder nicht gewollt erlebt.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

„Umgang mit Menschen im Alltag, die man nicht kennt und "komisch" wirken, oft schlecht/ abweisend/ angsterfüllt.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

„Das Verhalten von psychisch Kranken ist für viele "Normale" oft sehr fremd und beängstigend oder zumindest störend.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

Dies verweist auf die Herausforderungen, denen sich „Entstigmatisierungsaktionen“ gegenübersehen bzw. betont die Bedeutung von Hilfen bei der Stigmabewältigung. Denn: „Irrationalität ist durch Aufklärung und Wissensvermehrung nicht aufzuheben.“<sup>391</sup>

- **[Folgen].** Mit Blick auf die Folgen von Stigmatisierung und Diskriminierung für die Betroffenen stellten diese vor allem auf den „freiwilligen“ Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben und – sofern möglichen Verzicht ab, die eigene psychische Erkrankung gegenüber Dritten offen zu legen. Letzteres mag kurzfristig zwar vor Diskriminierung schützen. Langfristig verstärkt die Geheimhaltung aber die soziale Isolation und verunmöglicht es, authentisch zu sein. Abgesehen davon, dass eine Offenlegung der Erkrankung sich positiv auf das Selbststigma auswirken kann.<sup>392</sup> Stigma sowie, damit verbunden, Scham und Angst wurden zudem als Gründe genannt, mit der Suche nach Hilfe bzw. mit der Behandlung abzuwarten– trotz aller negativen Konsequenzen.

„Teils heißt es "reiß dich doch mal zusammen", aber das kann man bei Depressionen nicht so einfach. Gesellschaftlicher/ sozialer Rückzug ist die Folge und dadurch eine immer weitere Verschlechterung der Erkrankung durch fehlende/ unzureichende soziale Netze.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Ich spreche nur mit engen Vertrauten über meine psychische Beeinträchtigung. Im Arbeitsumfeld bin ich vorsichtig, da ich eine gewisse Diskriminierung befürchten würde.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Es ist nach wie vor ein sehr großes gesellschaftliches Tabu. Das sorgt bei mir für Einsamkeit, weil ich das Gefühl habe, nicht darüber reden zu können.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

Das Thema der „Selbststigmatisierung“ – verstanden als Prozess, bei dem Betroffene die ihnen bekannten und von ihnen oft lange Zeit geteilten Stereotypen gegen sich selbst wenden – wurde demgegenüber nur vereinzelt geäußert. Dies ändert natürlich nichts an der Wirkmächtigkeit entsprechender Prozesse, die Betroffene auch nach ausgeheilter Erkrankung daran zu hindern vermögen, „sich um Arbeit, eigenständige Wohnmöglichkeit, gesellschaftliche Kontakte oder Partnerschaften zu bemühen. Das Nichterreichen dieser Ziele liegt in der Tat oft weniger an der psychischen Erkrankung selbst als an der Selbststigmatisierung.“<sup>393</sup>

„Gerade mit ADHS bzw. den Symptomen wird man oft als "faul" bezeichnet, bis hin zu dem Punkt, dass man diese Sicht selbst übernimmt und glaubt.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

<sup>391</sup> Finzen (2013: 50).

<sup>392</sup> Rüsç (2015: 254).

<sup>393</sup> Rüsç & Berger (2012). Ausdrücklich sei betont, dass „Selbststigmatisierung“ ein gesellschaftlich bedingter Prozess ist. Zum einen, weil es – offensichtlich – ohne „öffentliche“ Stigmatisierung gar keine Selbststigmatisierung geben könnte. Zum zweiten, weil Selbststigmatisierung letztendlich „nur“ bedeutet, dass das „Wertesystem aus gesunden Tagen sich gegen sich selbst kehrt“ (Finzen 2013: 65).

„Man diskriminiert sich selbst, das Umfeld verhält sich neutral bis helfend.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

„Eigentlich reagieren die meisten verständnisvoll. Die persönliche Scham und das Gefühl, „nicht zu genügen“ und nicht leistungsfähig genug zu sein, sind das Problem. Sie grenzen sich also selber aus.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

Ob Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Selbststigmatisierung oft stärker belastet sind als durch Diskriminierung und Ausgrenzung von außen, wie Dischler et al. meinen,<sup>394</sup> soll hier nicht abschließend endgültig entschieden werden. Vor dem Hintergrund der Aussagen der Online-Befragung und unserer Gespräche erscheint es uns aber eher wenig wahrscheinlich.

**Lösungsideen (Befragte).** Knapp 40 Befragte machten auch Vorschläge zur Verbesserung der Situation. An erster Stelle (n=25) stehen – wenig überraschend – breit angelegte Anti-Stigma- und Sensibilisierungskampagnen: Es gelte die Bevölkerung und Gesellschaft gezielt über psychische Erkrankungen aufzuklären, Vorurteile und Stereotypen anzugehen und positive Beispiele (psychisch erkrankte Personen als Leistungsträger\*innen) hervorzuheben. Zwei längere Zitate sollen genügen:

„Anti-Stigma-Kampagnen und Aufklärung der breiten Bevölkerung zu psychischen Erkrankungen und Bekanntmachung von Unterstützungsmöglichkeiten im Umgang mit Betroffenen wäre wichtig, z.B. durch Plakataktionen oder Broschüren, die weit gestreut ausgelegt und beworben werden.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

„Es fehlt an Aufklärung / Bildung darüber das es etwas völlig Natürliches ist, dass Menschen auch im Kopf krank werden können, nicht nur sich ein Arm brechen oder Magengeschwüre bekommen. (...) Vielleicht kann die Stadt dazu beitragen, dass mehr und offener mit diesem Thema in der Gesellschaft umgegangen wird, enttabuisiert wird - vielleicht z.B. Werbespots in Bus und U-Bahn, eine Info-Veranstaltung auf dem Marienplatz, Interviews a la <Wir stellen Arbeitgeber der Stadt vor, die sich dem Thema psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter annehmen und nachhaltige Lösungen anbieten>, sprich positive Beispiele aufzeigen.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).

In unseren Interviews mit Betroffenen wurden diesbezüglich auch und gerade die Medien in die Pflicht genommen. In der Tat muss man sich fragen, inwieweit die öffentliche Meinung diesbezüglich überhaupt verändert werden kann, solange Medien und Darstellungen in Film und Fernsehen immer wieder aufs Neue negative Stereotypen über psychische Erkrankungen bzw. psychisch erkrankte Personen transportieren – oft unter Missachtung jedweden fachlichen und Betroffenenwissens.<sup>395</sup> Dass sich auch innerhalb der Psychiatrie unterschiedliche Sichtweisen und Einschätzungen über psychische Erkrankungen und deren Behandlung finden und Psychiatrieerfahrene diesbezüglich mitunter wiederum ihre eigenen Vorstellungen haben, erleichtert die Auflage von Wissensvermittlungskampagnen nicht. Auch sei angemerkt, dass die bisherigen Anti-Stigma-Aktionen zwar auf der Einstellungsebene Erfolge nachweisen können, aber kaum auf der konkreten Verhaltensebene.<sup>396</sup> All dies soll kein Plädoyer für Resignation sein, sondern nur die Herausforderungen verdeutlichen.

Als weitere Ansatzpunkte zur „Bearbeitung“ von Stigmatisierung und Diskriminierung wurde in der Online-Befragung und in unseren Gesprächen fast ausschließlich auf die Sensibilisierung und Aufklärung *bestimmter* Zielgruppen bzw. Institutionen abgestellt:

- Sensibilisierungsangebote und -kurse in Schulen, auch im Sinne von Prävention: „Es braucht Psychoedukation schon für Kinder in der Schule und Trainings für Eltern/pädagogische Fachkräfte und Co. Würde Menschen mit unentdeckten Problemen helfen und Diskriminierung verringern.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- Vermittlung von *konkretem Handlungswissen* für den Umgang mit psychisch erkrankten Personen, auch zur eigenen Entlastung: „Mangelnde Bereitschaft von Außenstehenden, sich der Probleme anderer Personen anzunehmen und <da zu sein> (...). Es wäre gut, wenn mehr über die Erkrankungen aufgeklärt wird und vor allem, wie man am besten mit diesen Personen umgehen kann, ohne sich selbst zu viel Verantwortung aufzubürden.“ (Online-Befragung | Angehörige\*r).

<sup>394</sup> Dischler, Himmelmann & Höflacher (2019: 217).

<sup>395</sup> Finzen (2013: 95-100).

<sup>396</sup> Schomerus & Angermeyer (2011).

- Sensibilisierung von Sachbearbeiter\*innen in den städtischen Behörden (siehe Kap. 7.3.2).

### 7.3.2 Behördenkontakte

**Barrieren.** Mit Blick auf Barrieren im Bereich „Dienstleistungen von Behörden“ wurde in der Online-Befragung vor allem auf die verwaltungstechnischen Abläufe sowie auf die fehlende Sensibilität der Mitarbeiter\*innen kritisch abgestellt. An dritter Stelle findet sich Kritik an der Erreichbarkeit, die von über einem Viertel der Betroffenen, die eine entsprechende Angabe machten, als mangelhaft empfunden wurde. Zeitliche oder sprachliche Aspekte sowie innere Barrieren spielten demgegenüber nur eine untergeordnete Rolle. Insgesamt meinten 61,9% der Befragten, dass man sich als psychisch beeinträchtigte Person im Behördenkontakt „oft“ (28,8%) oder zumindest „ab und zu“ (33,1%) vor Problemen gestellt sehe. Inhaltlich begründete aber nur eine Minderheit ihre kritische Einschätzung. Tabelle 7.1 fasst deren Rückmeldungen und Begründungen zusammen.

**Tabelle 7.1: Antworten auf die Frage: „Gibt es für psychisch beeinträchtigte Personen im Bereich „Dienstleistungen von Behörden“ besondere Probleme bzw. Barrieren?“** (absolut (Zahl der Codierungen) & in Prozent (auf Zahl der Befragten (Betroffene, n=99; Gesamt, n=319); offene Frage (Mehrfachcodierungen möglich))

	Betroffene		Gesamt	
	abs.	in %	abs.	in %
<b>Abläufe generell nicht auf Bedarfe psychisch erkrankter Personen abgestellt</b> (zu komplex, zu hochschwellig...), davon <sup>397</sup>	<b>32*</b>	<b>32,7</b>	<b>102</b>	<b>32,0</b>
– Fristsetzungen zu eng / zu inflexibel	13		32	
– Beibringung zahlreicher Unterlagen (Überforderung)	10		21	
<b>Vorbehalte / fehlende Sensibilität der Mitarbeiter*innen gegenüber psychisch erkrankten Personen</b>	<b>31</b>	<b>31,5</b>	<b>107</b>	<b>33,5</b>
<b>Erreichbarkeit problematisch, davon</b>	<b>29</b>	<b>29,1</b>	<b>71</b>	<b>22,2</b>
– Terminvergabe schwierig / lange Wartezeiten auf Termin	6		32	
– LHM setzt zu wenig auf Digitalisierung	10		16	
– LHM setzt zu stark auf Digitalisierung	4		13	
– Schlechte telefonische Erreichbarkeit	7		13	
– Keine persönlichen Ansprechpartner*innen	6		12	
<b>Mitarbeiter*innen haben zu wenig Zeit / zu wenig Personal</b>	<b>10</b>	<b>9,7</b>	<b>26</b>	<b>8,3</b>
<b>Innere Barrieren erschweren/ verhindern Kontaktaufnahme</b> (“Behördenangst”)	<b>8</b>	<b>8,5</b>	<b>17</b>	<b>5,3</b>
<b>Sprache zu komplex</b> (Anträge, im persönlichen Kontakt, “Behördendeutsch”)	<b>7</b>	<b>7,3</b>	<b>31</b>	<b>9,8</b>
<b>Setting problematisch</b> (v.a. Wartesituation mit vielen Menschen)	<b>7</b>	<b>7,3</b>	<b>12</b>	<b>3,8</b>
<b>Bearbeitungszeiten zu lang / Entscheidungen dauern zu lang</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>23</b>	<b>7,1</b>

\* Die übergeordneten Kategorien enthalten keine Mehrfachnennungen. D.h. im vorliegenden Fall kritisierten 32 Betroffene einen oder mehrere Aspekte der Abläufe.

Quelle: Daten | Kategorisierung & Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

<sup>397</sup> Viele der diesbezüglichen Anmerkungen waren sehr grundsätzlich gehalten (z.B. „Probleme mit Behördengängen“; „Es wird überhaupt keine Rücksicht genommen: Bürokratie ist Hölle für psychisch beeinträchtigte Menschen“) und konnten kaum sinnvoll weiter kategorisiert werden.



Zur Verdeutlichung zentraler Kritikpunkte seien exemplarisch einige Stimmen aus der Online-Befragung zitiert; zunächst zum generellen Erleben der Verwaltungsabläufe. Sie verdeutlichen die Herausforderungen, die mit der Entwicklung einer barrierefreien Verwaltung einhergehen:

*„Absolut hochschwellig von Terminvergabe bis hin zu Unterlagen und Kommunikation. Null Flexibilität oder Verständnis, wenn man Probleme mit der Art der Kommunikation oder Schwierigkeiten mit der Amtssprache, Einhaltung von Fristen etc. hat. Immer das Gefühl einen Gegner vor sich zu haben, wenig Transparenz, große Hilflosigkeit. Ohne private Unterstützung wäre ich aufgeschmissen.“* (Online-Befragung | Betroffene\*r).

*„Die aufwändigen und langwierigen Prozesse bei Behörden machen gerade mir als Person mit Angststörung besonders Angst. Die Prozesse sind undurchsichtig, oft ist nicht klar, welche Unterlagen erforderlich sind, um den Prozess anstoßen zu können. So wie es jetzt bereits der Fall ist (z.B. bei der Beantragung von Pässen) aufklären, welche Unterlagen erforderlich sind, was das kostet, wo man hin muss usw. beschreiben, wie der Ablauf bei der Beantragung / Genehmigung ist, damit ich weiß, worauf ich mich einstellen muss. Auf dem Amt dann im Büro des Sachbearbeiters mit dem Rücken zum Gang oder zur offenen Tür sitzen zu müssen ist auch sehr unangenehm und kann Angstgefühle verstärken.“* (Online-Befragung | Betroffene\*r).

*„Das Ausfüllen bestimmter Formulare ist sehr aufwendig, auch weil ich persönlich oft Schwierigkeiten habe einzuschätzen, wie die Fragen gemeint sind und was die richtige Antwort ist. Nachdem ich leider auch Schwierigkeiten mit Telefonieren (bei Nachfragen) habe, ist der Prozess für manche Anträge sehr kräftezehrend.“* (Online-Befragung | Betroffene\*r).

Wenngleich das Problem fehlender Sensibilität von Mitarbeiter\*innen in den obigen Zitaten teilweise bereits mitschwingt, sei hier aufgrund seiner Bedeutung noch etwas näher darauf eingegangen:

*„Nicht-Können“ (z.B. bei Depression, mangelnder Krankheitseinsicht) bei Antragsstellungen wird als "mangelnde Mitwirkung" interpretiert, Leistungen können deshalb nicht gewährt/bezogen werden. Es fehlt auch immer wieder das Verständnis für die Problemlagen.“* (Online-Befragung | Fachkraft).

*„Auch hier oft fehlendes Verständnis durch die nichtsichtbare Beeinträchtigung, sowie häufig fehlendes Verständnis dafür, dass in manchen Bereichen starke Unterstützung benötigt wird, in anderen Bereichen die Person aber völlig kompetent ist und dies auf den ersten Blick nicht zusammenpasst.“* (Online-Befragung | Betroffene\*r).

*„Schulung von Sachbearbeitern im Jobcenter bzgl. psychischer Erkrankungen -> Spontane Reflexhandlungen von Behördenmitarbeitern haben in meiner beruflichen Laufbahn bereits oft direkt zu paranoiden Schüben / akuten Selbstmordabsichten / Hoffnungslosigkeit bis hin zur Depression / Rückfall in Alkoholismus und Drogenabhängigkeit etc. geführt - obwohl die Mitarbeiter über den gesundheitlichen Zustand ihrer Klienten informiert waren.“* (Online-Befragung | Fachkraft & Betroffene\*r).

Obwohl dies in der Online-Befragung kaum thematisiert wurde, ist doch anzunehmen, dass Betroffene aus Angst vor einem ungewollten „Outing“ oder aus Hemmungen häufig keine Proteste gegen diskriminierend erlebtes Verhalten einlegen. Frustration, Rückzug und Verzicht auf zustehende Leistungen sind Folgen dieser Entscheidung.

Ausdrücklich sei betont, dass die teilweise vehement geäußerte Kritik nicht als Pauschalverurteilung der Münchner Verwaltung bzw. der dort beschäftigten Mitarbeiter\*innen gelesen werden sollte. Dies würde der Realität nicht gerecht werden. Einige Befragte (n=12) lobten – trotz der übergeordneten Fragestellung nach Problemen bzw. Barrieren – ausdrücklich die Mitarbeiter\*innen:

*„Einige, wenn auch zum Glück wenige, Sachbearbeiter\*innen bringen wenig Erfahrung und entsprechend Verständnis für die jeweiligen Symptomatik und Eigenheiten der Klient\*innen mit, was oftmals zu großer Befangenheit bis hin zu Ängsten bei diesen führt.“* (Online-Befragung | Fachkraft).

*„Fast alle Mitarbeiter sind immer sehr hilfsbereit und nett, egal wo!“* (Online-Befragung | Betroffene).

Auch sei darauf hingewiesen, dass Mitarbeiterschulungen über psychische Erkrankungen mitunter schon gängige Praxis sind, unterstützende Angebote wie Formulareservice und Behördenhelfer in den letzten Jahren ausgebaut worden sind und manche Antragsverfahren und Entscheidungsprozeduren rechtlich normiert sind. Die Kommentare der Befragten lassen gleichwohl keinen Zweifel, dass gerade mit Blick auf psychisch erkrankte



Menschen die Möglichkeiten zur Schaffung einer weitestmöglich barrierefreien Verwaltung bei weitem noch nicht ausgeschöpft sind. Wobei an dieser Stelle offenbleiben muss, inwieweit dies ohne begleitende strukturelle Reformen (Stichworte: Personalmangel; Leistungsverdichtung bei den städtischen Mitarbeiter\*innen) und weitere unterstützende Angebote (Stichworte: persönlich vertraute bzw. psychiatrieerfahrene Personen als vermittelnde Behördenbegleitungen (Fürsprecher\*innen)) möglich ist bzw. sein wird.

**Lösungsideen (Befragte):** Vereinzelt machten die Befragten auch Vorschläge zur Verbesserung der Situation. Die meisten dieser Vorschläge ergeben sich zwar spiegelbildlich aus den in der obigen Tabelle zusammengefassten Kritikpunkten, seien hier aber zur Verdeutlichung dennoch kurz genannt.

- **[Schulung der Mitarbeiter\*innen]:** „Hilfreich wäre regelmäßige Fortbildung durch Fachpersonal aus dem sozialtherapeutischen Bereich für einen bestimmten, aber sensiblen Umgang“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **[Ausbau des Angebots an Behördenbegleiter\*innen bzw. des Formularservice]:** „Jede Behörde sollte Berater/Begleiter vor Ort zur Verfügung stellen, um einen möglichst barrierefreien Zugang und Abwicklung für Menschen mit Beeinträchtigungen zu gewährleisten.“ (Online-Befragung | Früher Betroffene\*r).
- **[Entwicklung neuer technischer Formate],** um unangenehme Wartezeiten noch weiter zu reduzieren: „Die Wartezeiten auf dem Bürgerbüro wurden durch Onlineterminierung dramatisch verkürzt. Weiter so!!!! Guter Kurs, mehr davon! Vorschlag: Man könnte eine App fürs Handy entwickeln, die einem Live ansagt, wann man dran ist, so dass man sich verkrümmeln, verstecken, abschotten kann und trotzdem nichts verpasst.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r & Angehörige\*r).
- **[Feste Zeitslots]** für besondere Gruppen (z.B. Randzeiten für Personen mit Autismus-Spektrum-Störungen oder stärkeren Angststörungen): „Ich finde es sollte in Ämtern (wie z.B. KVR) gesonderte Zeiten geben in denen Menschen mit psychischer/geistiger Behinderung bevorzugt drangenommen werden. Für viele bedeutet das enormen Stress in einer vollen Wartehalle zu sitzen.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Installierung eigener Wartebereiche]** - im Sinne von „safe spaces“ oder „Rückzugsräumen“: „Eigene Wartebereiche für Menschen mit Soziophobien wären gut. So könnten Menschenmengen gemieden werden, die dazu beitragen, Behördengänge zu meiden.“ (Online-Befragung | Betroffene\*r).
- **[Vereinfachung der Sprache]** bei Informationsmaterialien, Behördenbriefen, Anträgen und Bescheiden: „Formulare ausfüllen oft für erkrankte Menschen zu schwierig bzw. unmöglich, teils wegen Sprachbarrieren, aber auch "viel zu kompliziert" - müsste in einfacher Sprache allen angeboten werden.“ (Online-Befragung | Fachkraft).
- **[Ausbau der Digitalisierung bei Aufrechterhaltung auch nicht-digitaler Zugangswege]:** „Immer mehr Möglichkeiten Anträge online zu stellen, sind sicher gut, aber es geht immer mehr die Möglichkeit zur persönlichen Vorsprache verloren (...) und das ist für viele Menschen ein Problem.“ (Online-Befragung | Fachkraft; siehe auch Kap. 6.3.2).
- **[Personalaufstockung]:** „Es braucht mehr Kapazitäten innerhalb der Behörden, damit sich die Mitarbeiter\*innen vor Ort Zeit nehmen können, um auf die Bedürfnisse der zu beratenden Personen eingehen zu können.“ (Online-Befragung | Fachkraft).

## 7.4 Zusammenfassung

Mehr als vier von zehn der ZBFS-Befragten (41,9%) geben an, in den letzten 24 Monaten wegen ihrer psychischen Erkrankung Diskriminierung erlebt zu haben. Psychisch erkrankte Personen sehen sich damit bereits aufgrund ihrer Erkrankung häufiger Diskriminierungen gegenüber als die Münchner erwachsene Wohnbevölkerung im Allgemeinen (27,9%). Nach Geschlecht und Migrationshintergrund zeigen sich diesbezüglich keine Unterschiede. Allerdings deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund, die wegen ihrer Erkrankung bereits Diskriminierung erlebt haben, stärker ausgegrenzt werden. Dies verweist auf rassistisch motivierte Mehrfachdiskriminierungen.

Zwischen erlittener Diskriminierung und der subjektiven Schwere der psychischen Erkrankung zeigt sich ein enger gleichläufiger Zusammenhang. Insofern es schwerer erkrankten Personen in geringerem Maße gelingt, ihre Erkrankung „unsichtbar“ bleiben zu lassen, ist dies wenig überraschend. Diskriminierungen sind allgegenwärtig. Besonders häufig sind sie jedoch im privaten Kontext, im Arbeitsleben sowie im Dienstleistungsbereich anzutreffen. Besonders kritisch ist, dass selbst im Gesundheits- und Pflegebereich sowie in den Einrichtungen für psychisch erkrankte Personen jede dritte bzw. vierte befragte Person von Diskriminierungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung berichtet. Die Zahlen lassen keinen Zweifel daran, dass Diskriminierung und Ausgrenzung aufgrund von psychischen Erkrankungen keineswegs nur ein individuelles – möglicherweise unbeabsichtigtes – Fehlverhalten der Mitarbeiter\*innen darstellt. Sondern sie zeigen, dass auch in Kerninstitutionen bzw. Strukturen häufig diskriminierende Verhaltensweisen anzutreffen sind. Dies gilt auch für (städtische) Behörden und Ämter. Vor dem Hintergrund der krankheitsbedingten Barrieren und der mitunter eingeschränkten kommunikativen und sozialen Ressourcen Betroffener erweist sich die Art und Weise des dortigen Umgangs mit der Klientel in punkto Anleitungstil und Beratungsservice häufig nicht nur als nicht barrierefrei, sondern als ausgrenzend und diskriminierend – zumindest aus Sicht psychisch erkrankter Menschen.

Stigmatisierung und Diskriminierung wirken sich in mehrfacher Hinsicht negativ aus: Nicht nur, dass Zugänge zu Kerninstitutionen des gesellschaftlichen Lebens (Arbeitsmarkt, Wohnungsmarkt, Freizeit, Rechtsansprüche etc.) damit eingeschränkt werden. Entsprechende Erfahrungen bzw. die Angst vor ihnen führen zu einem „selbst verordneten“ sozialen Rückzug Betroffener, dem Verzicht auf Teilhabe und – sofern möglich – dem bewussten Verschweigen der Erkrankung. Der Druck, „normal“ zu erscheinen steigt. Dies gilt auch für die Gefahr der Selbststigmatisierung.



## Kapitel 8

### Schlussfolgerungen: Barrieren, Handlungsbedarfe und Handlungsempfehlungen

## 8. Schlussfolgerungen: Barrieren, Handlungsbedarfe und Handlungsempfehlungen

Es ist offensichtlich, dass die Gruppe der psychisch Erkrankten „nicht als homogene Gruppe betrachtet werden kann. Sie nehmen Hürden oder Zugangsschwierigkeiten teils unterschiedlich wahr und äußern unterschiedliche Bedarfe, die sich auch widersprechen können.“<sup>398</sup> Angesichts dieser Komplexität erhebt die vorliegende Studie nicht den Anspruch, diese Bedarfe in ihrer Gesamtheit abzubilden oder all die Barrieren, die deren Befriedigung im Wege stehen, zu benennen. Dies wäre vermessen, sofern eine einzelne Studie dies überhaupt leisten könnte.

Gleichwohl wird in Kapitel 8.1 der Versuch unternommen, die zentralen Barrieren und Handlungsfelder zu benennen, denen sich psychisch beeinträchtigte Personen in ihrem Alltag gegenübersehen. Kapitel 8.2 und 8.3 fassen die wesentlichen Ergebnisse der Studie im Sinne der Leitfrage (siehe Kap. 1.1) zusammen: <Wo und wie könnte bzw. sollte die Landeshauptstadt München ansetzen, um bestehende Barrieren abzubauen oder zu mindern?>. Da es wenig sinnvoll erschien, 50 oder mehr Bedarfe mit Empfehlungen für Politik (Stadtrat) bzw. Verwaltung zu versehen, wurde beschlossen, für jedes der fünf übergeordneten Handlungsfelder<sup>399</sup> – ergänzt um das Handlungsfeld „thematisch übergeordnete Bedarfe“ – zwei bis drei Handlungsbedarfe auszuwählen. Für diese wurden in einem nächsten Schritt Handlungsempfehlungen formuliert.

Zum Vorgehen: Die Handlungsbedarfe aus den einzelnen Kapiteln wurden von den Co-Forscher\*innen und der Studienleitung in einer Extrasitzung priorisiert.<sup>400</sup> Das Ziel war eine handhabbare Auswahl zu generieren. Dem Studienteam ist bewusst, dass diese Auswahl hoch selektiv und rein subjektiv ist. Jeder der ermittelten Bedarfe (siehe Kap. 8.2) steht für sich und hätte eine eigene Empfehlung „verdient“ gehabt.

Um möglichst breiten Konsens über die Auswahl zu erzielen, wurde nicht die maximale Zustimmung zu den Vorschlägen ermittelt, sondern wurden mittels der Widerstandsmessung aus dem Systemischen Konsensieren<sup>401</sup> die Handlungsbedarfe mit dem geringsten „Konfliktpotenzial“ innerhalb des Studienteams gesucht. Mit anderen Worten: Es wurde gefragt, „wo kann ich bedenkenlos zustimmen und finde es wichtig (entspricht wenigen Punkten), wo habe ich ‚Bauchschmerzen‘ beziehungsweise empfinde den Bedarf beziehungsweise das Verfassen einer Empfehlung dazu im Vergleich nicht ganz so wichtig (hohe Punktzahl). Im Ergebnis ergibt das ebenfalls ein Ranking, mit dem Unterschied, dass für die Bedarfe mit der geringsten „Widerstands-Punktzahl“ in der weiteren Bearbeitung in Kleingruppen entsprechende Handlungsempfehlungen (siehe Kap. 8.3) formuliert wurden.

---

<sup>398</sup> Unterkofler (2022: 14)

<sup>399</sup> Diese entsprechen den zentralen Gliederungspunkten der Studie, sprich: (1) Versorgungs-/ Unterstützungssystem, (2) Arbeit und wirtschaftliche Lage, (3) Wohnen, (4) Soziale Beziehungen und Soziale Teilhabe sowie (5) Stigmatisierung und Diskriminierung.

<sup>400</sup> Die Vertreterin des Gesundheitsreferats im Studienteam sich der Stimme.

<sup>401</sup> Das Systemische Konsensieren ist ein Entscheidungsverfahren über Punktevergabe, nur umgekehrt zum bisher bekannten Vorgehen, dem beliebtesten Vorschlag die meisten Punkte zu geben. Diese Form der Entscheidungsfindung, von den Beteiligten nicht die Zustimmung zu einem Vorschlag zu erfragen, sondern das Ausmaß des Widerstands, ermöglicht ein Ergebnis, das einem Konsens am nächsten kommt. Vgl. Schrotta (2011).



## 8.1 Zentrale Barrieren und Handlungsfelder im Überblick

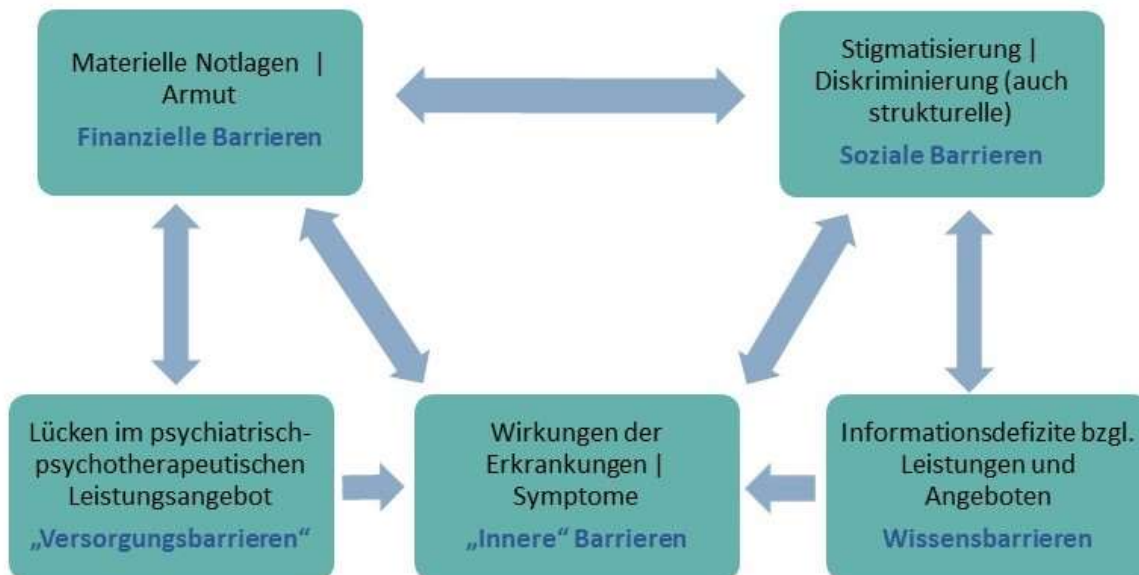
### 8.1.1 Zentrale Barrieren

**Überblick.** Im Rahmen der Studie sind viele Herausforderungen sichtbar geworden, denen sich psychisch beeinträchtigte Personen gegenübersehen und die ihre Teilhabe am Alltagsleben verhindern oder zumindest erschweren. Letztendlich lassen sich fünf übergeordnete Barrieren unterscheiden, die in einem engen Wechselverhältnis zueinanderstehen:

- „Innere Barrieren“ als Folgewirkungen der Beeinträchtigungen psychischer Funktionsfähigkeiten selbst, die z.B. negativ auf die Fähigkeiten der Kontaktaufnahme und die Aufrechterhaltung von Kontakten zurückwirken können.
- „Soziale Barrieren“, sprich: Stigmatisierungen im Alltag und strukturelle Diskriminierungen (z.B. auf dem Arbeits-, Wohnungsmarkt oder in Behördenkontexten), die als Folge von Vorurteilen, Ängsten bzw. mangelnden Wissens um psychische Krankheiten gedeutet werden können – Erfahrungen, die ihrerseits wiederum die eigene Identität Betroffener nachhaltig in Frage stellen (Stichwort: Selbststigmatisierung), die Einbindung in soziale Netze unterminieren oder den Zugang zu Leitungsrechten und Ressourcen einschränken können.
- „Finanzielle Barrieren“, sprich: materielle Notlagen (Armut), insofern sie die Teilhabe an grundlegenden gesellschaftlichen Aktivitäten (z.B. im Freizeit- und Kulturbereich) (zusätzlich) erschweren bis verhindern. Dies muss vor dem Hintergrund der deutlich höheren Armutsbetroffenheit von psychisch erkrankten Personen gesehen werden.

Hinzu kommen die teilweise ausgeprägten Informationsdefizite bei Betroffenen um die vorhandenen Dienstleistungs- und Unterstützungsangebote („Wissensbarrieren“) sowie die Lücken im psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungsangebot („Versorgungsbarrieren“). Die beiden letztgenannten können ihrerseits die erkrankungsbedingten „inneren Barrieren“ stabilisieren bzw. verfestigen.

**Abbildung 8.1: Barrieren für psychisch beeinträchtigte Menschen im Überblick**



Quelle: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

**Primäre Barrieren aus Sicht Betroffener.** Im Rahmen der Online-Befragung wurden die aktuell Betroffenen gefragt, was sie als psychisch beeinträchtigte Person in Ihrem Alltag am stärksten behindere. Hierbei wurden keine Antwortkategorien vorgegeben. An erster Stelle steht die psychische Erkrankung selbst bzw. deren Symptomatik. Dies ist insoweit wenig überraschend als psychische Erkrankungen nicht nur den Bezug zur Welt prägen, sondern auch das eigene Zentrum in Frage stellen können. Bei den genannten „psychischen Barrieren“ dominieren die Aspekte „Antriebs-/Energierlosigkeit“, „geringe Belastbarkeit“ und „Ängste“ – dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass rund 80% der aktuell Betroffenen eine Depression als Diagnose angaben, gefolgt

von Angststörungen (40,4%), Traumafolgestörungen (28,2%) und Burnout (22,9%). Gleichwohl ist die vergleichsweise geringe Bedeutung, die den finanziellen aber auch den strukturellen Barrieren zugemessen wird, überraschend und unseres Erachtens nur aus dem subjektiven Erleben heraus begründbar.

**Tabelle 8.1: Antworten auf die Frage: „Was behindert Sie als psychisch beeinträchtigte Person in Ihrem Alltag am stärksten?“** (absolut (Zahl der Codierungen) & in Prozent (auf Befragte; n=353); offene Frage (Mehrfachcodierungen möglich)).<sup>402</sup>

	abs.	in %
<b>Innere (psychische) Barrieren, davon</b>	<b>214*</b>	<b>60,2</b>
– Antriebs- / Energielosigkeit (Müdigkeit, Erschöpfung ...)	76	
– Geringe Belastbarkeit (Stressintoleranz, Überlastung...)	41	
– Ängste (vor Menschen, Situationen, Orten)	39	
– Grübeln („Gedanken-Karussell“)	13	
– Symptome allgemein / Unkontrollierbarkeit der Erkrankung	11	
<b>Soziale Barrieren, davon</b>	<b>104</b>	<b>29,5</b>
– Stigmatisierung / Diskriminierung / Tabuisierung / Verständnislosigkeit	42	
– Soziale Isolierung / Sozialer Rückzug	25	
– Nicht offen über Erkrankung sprechen können / Sich-Verstecken-Müssen	16	
<b>Strukturelle Barrieren, davon</b>	<b>63</b>	<b>17,8</b>
– Überforderung bzw. Ausgrenzung in Arbeitswelt (Fehlendes Verständnis; fehlende Unterstützung; keine angepassten Arbeitsplätze)	32	
– Lückenhaftigkeit des psychotherapeutischen-psychiatrische Versorgungssystems	17	
<b>Allgemeine Überforderung bei Alltagsaufgaben (warum auch immer)</b>	<b>41</b>	<b>11,6</b>
<b>Körperliche Symptome (Schmerzen, Schlafstörungen...)</b>	<b>20</b>	<b>5,7</b>
<b>Armut / Finanzielle Sorgen</b>	<b>4</b>	<b>1,1</b>
<b>Anderes</b>	<b>16</b>	<b>4,5</b>

\* Die übergeordneten Kategorien enthalten keine Mehrfachnennungen. D.h. im vorliegenden Fall verwiesen 214 Personen auf eine oder mehrere „innere Barrieren“.

Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

### 8.1.2 Priorisierung von Handlungsfeldern aus Sicht der Online-Befragten

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Antwortenden gebeten anzugeben, inwieweit sie sich in elf ausgewählten Handlungsfeldern besonderen Problemen bzw. Barrieren gegenübersehen. Dabei kam eine vierstufige Skala zum Einsatz – von „ja, oft“ bis „nein, aus meiner Sicht gibt es keine besonderen Probleme bzw. Barrieren“. Aus analytischen Gründen wurde zudem die Antwortkategorie „kann ich nicht sagen“ angeboten.

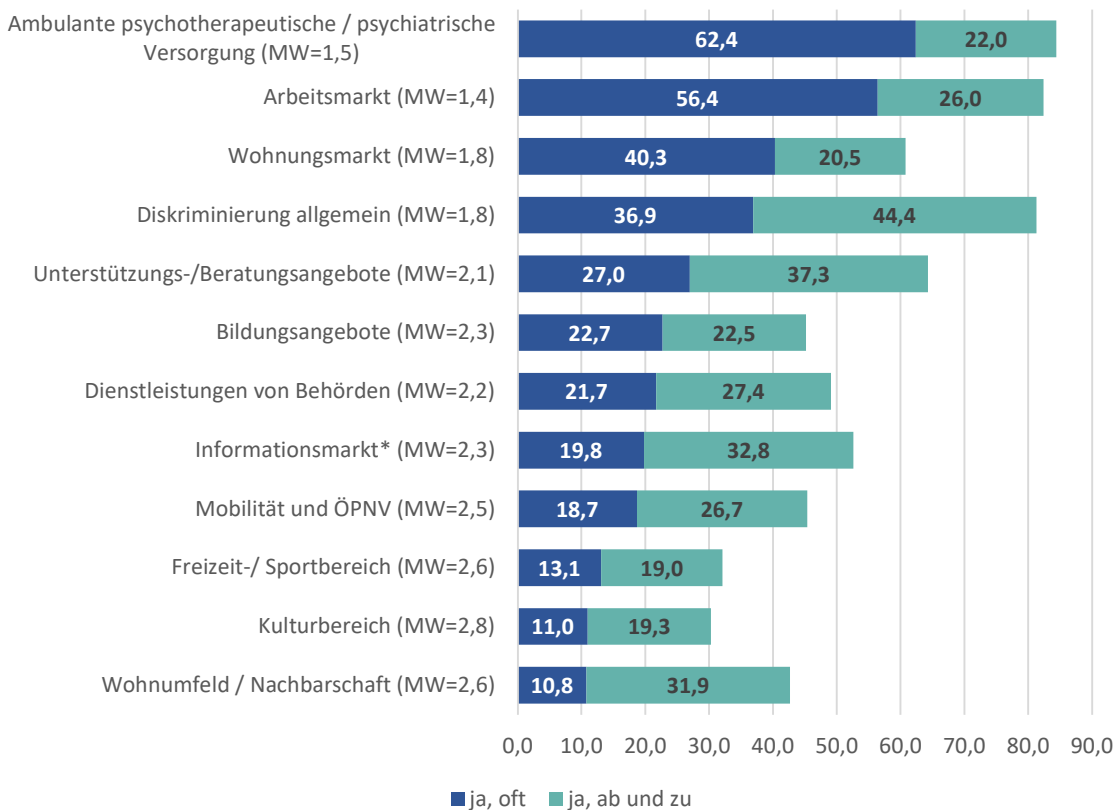
Lässt man die Befragten außer Acht, die keine Angaben machten, zeigt sich, dass sich aktuell Betroffene vor allem in den Bereichen der „ambulanten psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Versorgung“, des „Arbeitsmarktes“, „Wohnungsmarktes“ und bei (nicht psychotherapeutischen / psychiatrischen) Unterstützungsangeboten Barrieren gegenübersehen bzw. Teilhabeprobleme geltend machten. In all diesen Fällen urteilte jeweils über die Hälfte der aktuell Betroffenen – zwischen 84,4% und 64,3% – entsprechend. Die

<sup>402</sup> Ausgewiesen werden dabei nur Unterkategorien, die von mindestens zehn Befragten genannt wurden.



anderen Bereiche fallen demgegenüber mitunter sehr stark ab – vor allem mit Blick auf die Antwortkategorie „ja, oft“. Besonders deutlich werden die Unterschiede, wenn man die Vierer-Skala als metrisches System interpretiert und Mittelwerte bildet.<sup>403</sup> Die Bandbreite liegt dann zwischen 1,4 (Arbeitsmarkt) und 2,8 (Kulturbereich). Beachtenswert ist, dass die Bedeutung des Handlungsfeldes „Dienstleistungen von Behörden“ aus dieser Perspektive (Mittelwert von 2,2) deutlich an Relevanz gewinnt.

**Abbildung 8.2: Barrieren und Teilhabebehindernisse aus Sicht aktuell psychisch beeinträchtigter Personen nach Handlungsfeldern (Online-Befragung)** nur Angaben „ja, oft“ und „ja, ab und zu“; n = 418 – 436; Angaben in Prozent



\* Die Frage lautete: „Aus Ihrer Sicht: Gibt es für psychisch beeinträchtigte Personen mit Blick auf Informationen zu den vorhandenen Unterstützungs- oder Beratungsangeboten bzw. zu möglichen Anlaufstellen besondere Probleme bzw. Barrieren?“

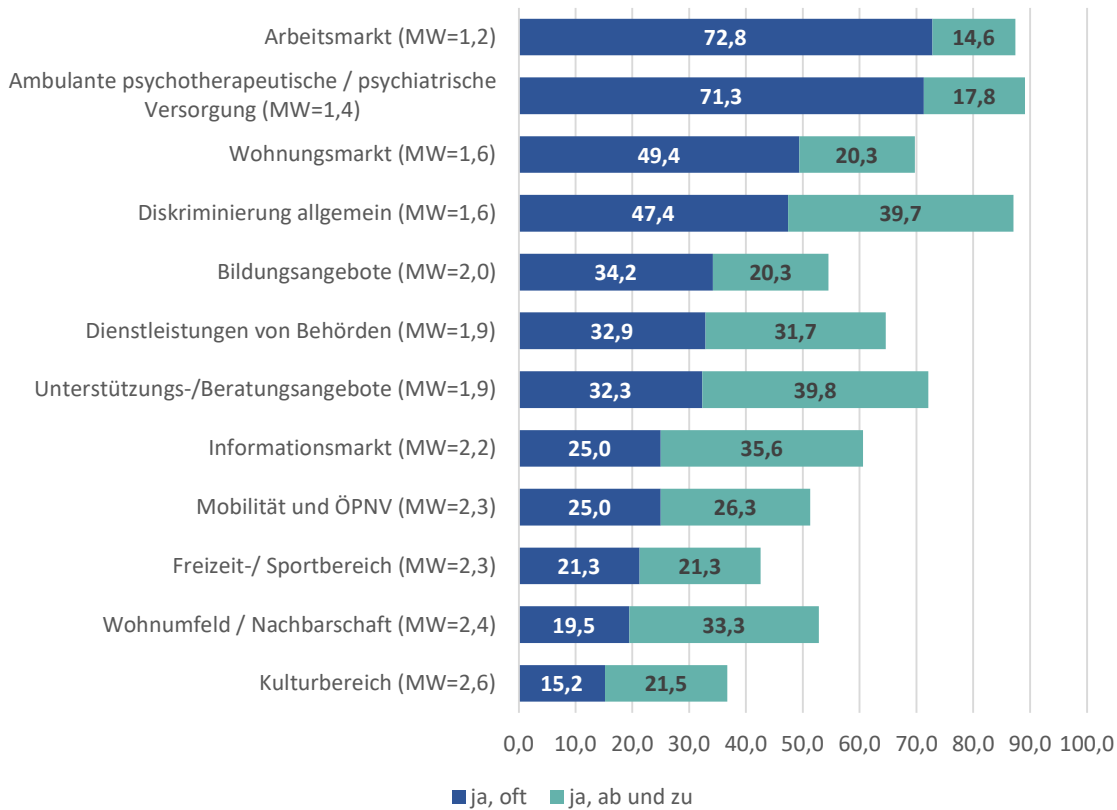
Quelle: Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

Erwartungsgemäß zeigt sich ein sehr enger Zusammenhang zwischen der Schwere der psychischen Beeinträchtigung und der Erfahrung von Teilhabebehindernissen. Betrachtet man nur jene aktuell Betroffenen, die sich durch ihre psychische Beeinträchtigung bei ihren alltäglichen Tätigkeiten „(sehr) stark“ eingeschränkt fühlten,<sup>404</sup> ergibt sich folgendes Bild:

<sup>403</sup> Dies erklärt sich daraus, dass bei der Mittelwertbildung die Antwortkategorie „weiß nicht“ natürlich unberücksichtigt bleibt. Streng genommen ist eine solche Mittelwertbildung natürlich nicht zulässig, in der Statistik jedoch keineswegs unüblich.

<sup>404</sup> Die Frage (F5) hierzu lautete. „Sind Sie durch eine psychische Beeinträchtigung bei ihren alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt? (Dauer: mindestens ein halbes Jahr).“

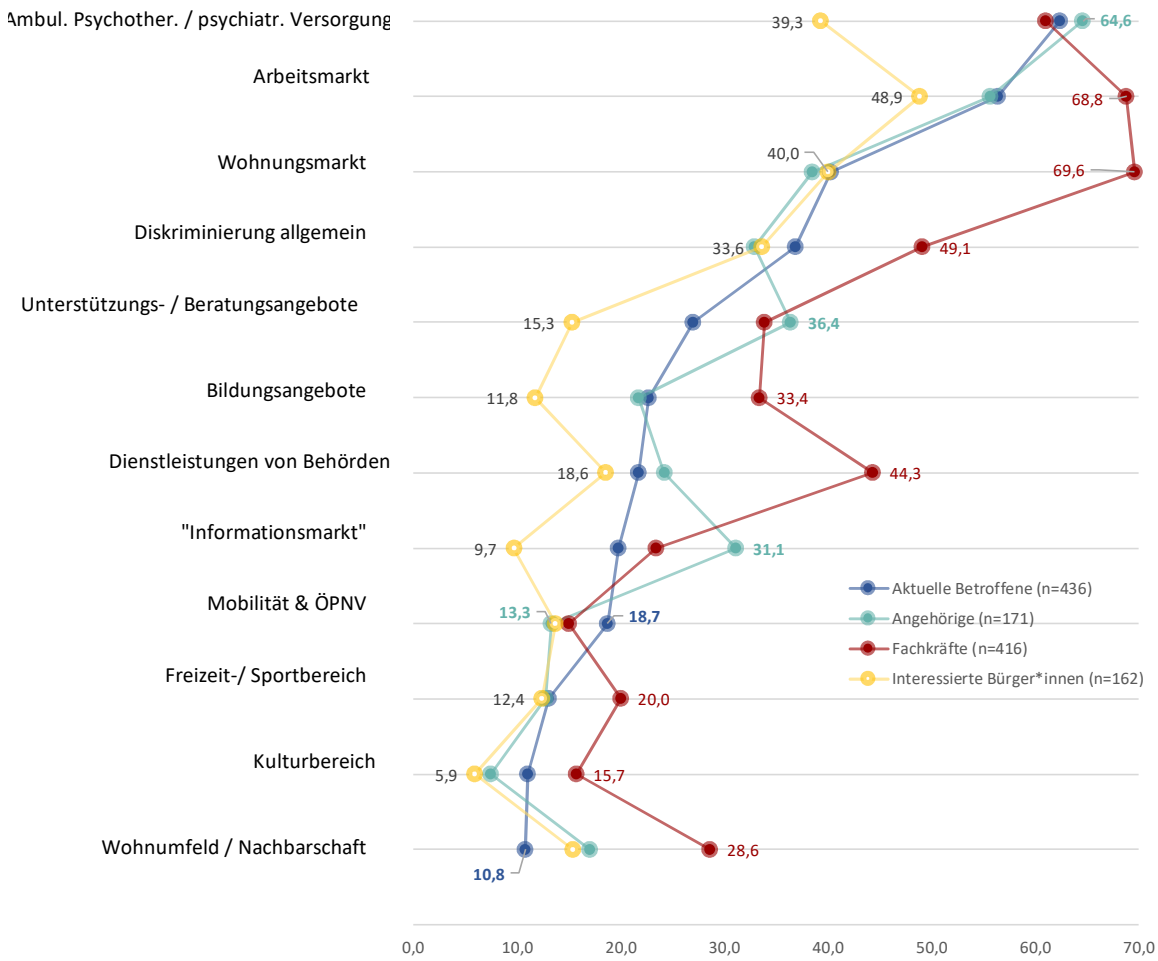
**Abbildung 8.3: Barrieren und Teilhabehindernisse aus Sicht aktuell psychisch beeinträchtigter Personen mit (sehr) starken Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten nach Handlungsfeldern (Online-Befragung) (nur Angaben „ja, oft“ und „ja, ab und zu“; n =156-161; Angaben in Prozent)**



Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

Auffallend ist, dass Fachkräfte deutlich öfter Barrieren bzw. Teilhabeprobleme anmahnten als die aktuellen Betroffenen oder Angehörige von psychisch erkrankten Personen. Dies dürfte sich vor allem daraus erklären, dass die beteiligten Fachkräfte mit ihren Antworten stärker auf schwerer beeinträchtigte Personen abstellten als die anderen Gruppen. Erwähnenswert ist auch, dass Angehörige vor allem in drei Bereichen einen höheren Handlungsbedarf sahen als aktuell Betroffene – bezüglich der Informationslage, der allgemeinen Unterstützungs- und Beratungsangebote und der Situation im Wohnumfeld bzw. in der Nachbarschaft.

**Abbildung 8.4: Barrieren und Teilhabebehindernisse aus Sicht der Befragten nach ihrer Rolle<sup>405</sup> (Online-Befragung) (nur Angaben „ja, oft“ und „ja, ab und zu“; Angaben in Prozent)**



Daten | Berechnung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung (Online-Befragung).

<sup>405</sup> Zu Beginn der Befragung (F2) wurden die Befragten gebeten anzugeben, in welcher Rolle sie sich in der Befragung beteiligten (als aktuell Betroffene; als früher Betroffene; als Angehörige; als Fachkräfte oder als interessierte Bürger\*innen). Zudem standen noch die Antwortkategorien „dazu möchte ich mich nicht äußern“ sowie „Anderes“ zur Verfügung.

## 8.2 Grundsätzliche Handlungsbedarfe nach Themenfeldern

Im Folgenden wird zusammenfassend dargestellt, welche Handlungsbedarfe sich aufgrund der Kommentare der Befragten und/oder aufgrund der Analyse der quantitativen und qualitativen Daten aus Sicht des Studienteams ableiten lassen. Auf eine Priorisierung der Handlungsbedarfe und ihre strategische Einordnung soll an dieser Stelle ebenso verzichtet werden wie auf die detaillierte Ausformulierung konkreter Handlungsempfehlungen. Letzteres erfolgt in Kapitel 8.3. Die Ausführungen konzentrieren sich dabei auf jene Handlungsfelder, in denen die Landeshauptstadt München zumindest mittelbare Wirkungs- und Einflussmöglichkeiten besitzt.

### 8.2.1 Behandlungs- und Unterstützungssystem

Als grundsätzliche Handlungsbedarfe lassen sich nennen:

- V1) Ausbau der Informationsarbeit.** Die Palette an Unterstützungsangeboten in der Landeshauptstadt München ist breit. Dazu gehören neben Beratungs- und Behandlungsangeboten einschließlich den Krisendiensten auch Angebote im Bereich Freizeit und Alltagsunterstützung, Selbsthilfe oder Wohn- und Arbeitsformen. Auf Seiten Betroffener und deren Angehöriger zeigen sich immer wieder Wissenslücken um die vorhandene Dienstleistungslandschaft. Das vorhandene Behandlungs- und Unterstützungssystem kann sein Potential vor diesem Hintergrund nicht zur Gänze entfalten. Dies verfestigt Teilhabeausschlüsse. Die im 2. Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK vorgesehene Maßnahme zur Verbesserung der Informationssituation über Angebote für psychisch erkrankte Personen hat nichts an ihrer Dringlichkeit eingebüßt.<sup>406</sup>
- V2) Brückenbildung (gezielte Vermittlung ins Behandlungs- und Unterstützungssystem).** Wie oben dargestellt, haben viele Betroffene Probleme, den Weg ins Unterstützungssystem zu finden. Nicht-Wissen („Informationsdefizite“, siehe oben) spielt hier sicherlich eine Rolle. Mindestens genauso entscheidend dürfte aber sein, dass Betroffene oft krankheitsbedingt nicht den Weg in die Hilfe finden (können), sei es, weil sie eine gezielte Suche im Angebotsdschungel überfordert, sei es, weil sie hierfür grundsätzlich eine aktive bzw. begleitende, unter Umständen sogar eine zugehende Unterstützung bräuchten. Dass Angehörige, sofern vorhanden, öfters diese Brückenfunktion übernehmen, ändert nichts an dem konstatierten Handlungsbedarf; zumal die Übernahme dieser Funktion Konflikte nach sich ziehen kann.
- V3) Stärkung psychiatrischer Fachkompetenzen (SpDis | Krisendienst).** Seitdem die Krankenkassen sich aus der Gegenfinanzierung der ärztlichen Stellen herausgezogen haben, sind Fachärzt\*innen für Psychiatrie und Psychotherapie in den SpDis nur mehr vereinzelt vertreten. Etliche unserer Gesprächspartner\*innen bedauerten dies ausdrücklich, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass Psychiater\*innen auch noch einmal eine andere Kenntnis zu somatischen Begleiterkrankungen mitbrächten.<sup>407</sup> Ein ähnliches Defizit wurde auch mit Blick auf den Krisendienst formuliert.
- V4) Menschen mit Migrationshintergrund.**
  - a) Wenngleich es im Rahmen der vorliegenden Studie nicht möglich war, der Frage nach der interkulturellen Öffnung der sozialpsychiatrischen Dienstleister\*innen systematisch nachzugehen, deuten einzelne Daten (z.B. Anteil der SpDi-Klient\*innen mit Migrationshintergrund) und „Rückspiegelungen“ unserer Gesprächspartner\*innen doch auf einen Handlungsbedarf in Richtung „Verbesserung der interkulturellen Kompetenz“ hin. Dies ist insofern wenig erstaunlich, als Interkulturelle Öffnung und Vermittlung interkultureller Kompetenzen als eine Daueraufgabe zu begreifen ist, die sich nicht zuletzt aus dem Personalwechsel selbst immer wieder ergibt, und eine integrative Strategie auf Personal-, Organisations- und Qualitätsentwicklungsebene voraussetzt (z.B. organisatorische Absicherung, dass Wissen zur Arbeit im transkulturellen Setting weitergegeben wird).

---

<sup>406</sup> Es wird sich zeigen, inwieweit das derzeit (2023) beim Behindertenbeauftragten im Aufbau befindliche Infoangebot, das sich an alle Menschen mit Behinderungen richtet, zusammen mit der in Planung befindlichen Homepage „Wegweiser“ des Gesundheitsreferates helfen kann, das konstatierte Informationsdefizit für psychische erkrankte Menschen zu mildern. Eine Verknüpfung der entsprechenden Homepages wäre zweifelsohne sinnvoll.

<sup>407</sup> Siehe hierzu auch die Ausführungen zur somatischen Komorbidität (siehe Kapitel 2.4.1).

- b) Obwohl durch den konsequenten Einsatz von Dolmetscher\*innen bei der psychiatrischen Anamnese aber auch bei der Beratung von Migrant\*innen langfristig Kosten eingespart werden könnten, gibt es bisher keine einheitlich geregelte Finanzierung von Dolmetschereinsätzen in der (sozial-)psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungsstruktur in Deutschland. Diese rechtliche Lücke stellt eine wesentliche Barriere für die bedarfsgerechte (sozial-)psychiatrische Behandlung und Unterstützung von Migrant\*innen dar. Die Kostenübernahme von Dolmetschereinsätzen durch das Gesundheitsreferat – obwohl bundesweit sicherlich beispielhaft – kann die Lücken nicht zur Gänze schließen: Diese Dienstleistungen können „nur“ von Einrichtungen, die vom Gesundheitsreferat bezuschusst werden, sowie von ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen sowie Kliniken kostenfrei genutzt werden, sofern sie für die dienstliche Aufgabenerfüllung nötig sind und keine anderweitigen Möglichkeiten der Kostenübernahme (z.B. gesetzliche Anspruchsvoraussetzungen) vorliegen. Einrichtungen des vom Bezirk Oberbayern finanzierten Betreuten Einzelwohnens fallen damit z.B. aus dem Berechtigtenkreis. Hier besteht Handlungsbedarf.
- c) Im Migrationsbereich ist die oben erwähnte Brückenfunktion (Handlungsbedarf V2) einerseits besonders wichtig, andererseits aber an besondere Herausforderungen geknüpft. Sei es aufgrund ausgeprägterer Informationslücken – bei insgesamt größeren psychosozialen Belastungen –, sei es, weil in einzelnen Communities höhere Stigma-Barrieren zu beobachten sind, sich mit einer psychischen Erkrankung jemand Anderen gegenüber zu öffnen und Hilfe zu suchen. Der Bedarf nach mehrsprachigen und kultursensiblen „Brückenbauer\*innen“ mit fachübergreifenden Kompetenzen, lässt sich auch aus unserer Studie ableiten. Modellprojekte der letzten Jahre<sup>408</sup> könnten als konzeptionelle und organisatorische Ansatzpunkte hierfür dienen.
- d) Psychisch erkrankte Personen mit Migrationshintergrund sind seltener in der Selbsthilfe engagiert als Betroffene ohne einen solchen. Geht man davon aus, dass die Wirkungen, die gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen entfalten (können), durch andere Unterstützungsformate nicht in Gänze kompensiert werden können, ist dies bedauerlich. Dass Menschen mit Migrationshintergrund mit ihren Gesundheitsanliegen seltener selbsthilfeaktiv sind, bedeutet weniger, „dass Selbsthilfegruppen keine geeignete Möglichkeit für den Umgang mit gesundheitlichen (...) Problemen bei Menschen mit Migrationshintergrund sein könnten,“<sup>409</sup> sondern dass die sprachlichen, kulturellen und sozialen Hürden bei bestehenden Gruppenangeboten mitunter zu hoch sind. Hier besteht trotz allen institutionellen Engagements in den letzten Jahren<sup>410</sup> weiterhin Handlungsbedarf, vor allem in Richtung Aufbau muttersprachlicher Gruppen. Im Falle kleinerer Sprachgruppen sollte der Aufbau internationaler/mehrsprachiger Gruppen ins Auge genommen werden. Dass Migrant\*innen, die weniger sprachmächtig und/oder weniger „integriert“ sind, *einzel*n in „deutsche“ Gruppen gehen, scheidet vor dem Hintergrund der verbreiteten (sprachlichen) Diskriminierungserfahrungen und kultureller Unterschiede als Rekrutierungsstrategie in der Regel aus.

**V5) LGBTIQ\*.** Ein entsprechender Sensibilisierungs- / Aufklärungsbedarf in der sozialpsychiatrischen (und sonstigen) Angebotslandschaft besteht auch mit Blick auf psychisch erkrankte LGBTIQ\*. Unsere wenigen Gespräche deuten zudem auf einen Bedarf LGBTIQ\*-spezifischer Angebote im Bereich Wohnen (Betreutes Einzelwohnen, Therapeutische Wohngemeinschaften) hin, auch und gerade für trans\*, inter\* und gender\*diverse Personen. Um die Herausforderungen genau bestimmen zu können, denen sich psychisch erkrankte LGBTIQ\*in der (Sozial-)Psychiatrie in München gegenübersehen und um adäquate Handlungsstrategien auch im Bereich der sozialen Teilhabemöglichkeiten zu entwerfen, die den Bedürfnissen und Bedarfen der Zielgruppe entsprechen, bedarf es einer systematischen Auseinandersetzung mit dem Thema, etwa im Rahmen eines Runden Tisches „(Sozial-)Psychiatrie und LGBTIQ\*“, oder im Rahmen einer fokussiert auf psychisch erkrankte LGBTIQ\* zugeschnittenen Studie.

<sup>408</sup> Siehe hierzu: Sagner (2014); Sagner (2017).

<sup>409</sup> NAKOS (2012: 21)

<sup>410</sup> Positiv ist hier vor allem das Selbsthilfzentrum München zu erwähnen, das 2018/19 ein breit angelegtes handlungsbezogenes Projekt zu dieser Thematik durchgeführt bzw. aufgelegt hat. Siehe hierzu: Sagner (2019).

- V6) Angehörige.** Der Unterstützungsbedarf von Angehörigen wird nicht gedeckt. Zentrales Problem ist, dass Angehörige häufig nicht den Weg in das Beratungs-/ Unterstützungssystem finden. Eine bessere Bewerbung der ApK München e.V. als der zentralen Anlaufstelle auch und gerade durch die sozialpsychiatrischen Dienstleister\*innen und die Landeshauptstadt München (z.B. Auslage von Materialien in der Stadtinformation, Hinweis auf ApK München e.V. in einschlägigen städtisch organisierten Veranstaltungen) scheint dem Studienteam daher zentral. Handlungsbedarfe scheinen aber auch in anderer Richtung zu bestehen, z.B. hinsichtlich des Ausbaus von Austausch-/ Begegnungsmöglichkeiten, Eltern-/ Angehörigentrainings sowie Wissensvermittlung. Ohne eine differenziertere und „repräsentativere“ Analyse der Situation von Angehörigen psychisch erkrankter Personen ist dies aber nicht abschließend zu beurteilen.<sup>411</sup>
- V7) Verbesserte „Überbrückungsangebote“.** Bei Wartezeiten auf ambulante Psychotherapien von nicht selten sechs bis neun Monaten sind Angebote zur Überbrückung der Wartezeit in Form von unterstützenden Gesprächen mit Peers, EX-IN-ler\*innen oder anderen professionellen Helfer\*innen zentral. Hier besteht Handlungsbedarf. Dass SpDis und andere Akteure bereits entsprechende Überbrückungen anbieten oder diesbezüglich auch vermehrt auf digitale Angebotsformate (psychologische Online-Kurse auf Rezept, Tipps und Übungen zur Sicherung der eigenen psychischen Gesundheit) zurückgegriffen werden kann, kann die Lücke nicht vollständig schließen.
- „Besonders die Überbrückung bis zum Therapiebeginn nehmen unsere Klient\*innen als entlastend wahr und können einer Chronifizierung oder Verschlechterung während der Wartezeit bis zum Therapiebeginn vorbeugen. Sie ist jedoch zeitintensiv und kann in unserer derzeitigen Personalsituation die Nachfrage und den Bedarf überhaupt nicht decken.“ (Online-Befragung | psychosoziale Fachkraft).*
- V8) Entlassmanagement.** Das derzeit praktizierte stationäre Entlassmanagement ist zweifelsohne verbesserungswürdig. Immer wieder werden Patient\*innen entlassen, ohne dass die Anschlussversorgung in der eigenen Häuslichkeit gesichert wäre. Die bestehenden Angebote (z.B. Betreutes Einzelwohnen (BEW), THEA mobil) können diese Versorgungslücke erkennbar nicht schließen. Dies stellt insbesondere für Angehörige häufig eine große Belastung dar (siehe Kap. 3.5.3).
- V9) (Erweiterte) Mobile Ergotherapie.** Ergotherapie gehört zum sozialpsychiatrischen Angebotsstandard und findet in unterschiedlichen Kontexten (stationär, teilstationär (Tagesklinik), ambulanten Praxen aber auch in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation) Anwendung. Mobile Ergotherapie richtet sich als aufsuchendes sozialpsychiatrisches Angebot dabei an Menschen, denen der Gang in eine ergotherapeutische Praxis aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung (z.B. wegen Angst- oder Panikstörungen) schwerfällt. Ziel ist es, die Alltagskompetenzen dieser Personen zu erhalten und zu verbessern bzw. „innere Barrieren“ wie Ängste durch kreative, lebenspraktische und kognitiv übende Tätigkeiten abzubauen. Im Rahmen des Angebots „THEA mobil“ finanziert das städtische Gesundheitsreferat für leistungsberechtigte Personen – allerdings erst ab 60 Jahren – ergänzend zu den Krankenkassenleistungen koordinative Leistungen, also Leistungen, die auf den Aufbau individuell angepasster Hilfenetze abzielen. Eine quantitative Ausdehnung des Angebots an mobiler Ergotherapie wie auch eine Ausdehnung des bisher rein städtisch finanzierten Angebots zusätzlicher koordinierender Leistungen auf jüngere Zielgruppen wäre wünschenswert.

<sup>411</sup> Die Ergebnisse decken sich teilweise mit den Erkenntnissen einer 2017 von der ApK München durchgeführten Mitgliederbefragung, in der unter anderem Freizeitangebote/Sport/Ausflüge, auch mit Betroffenen, Angebote für Selbstfürsorge, mehr Infos zu Diagnosen und verschiedene inhaltliche Inputs gewünscht worden waren (Breinlinger & Wagner 2018: 29). So wertvoll diese Ergebnisse auch sind, decken sie aber natürlich nur die Wünsche / Bedarfe jener ab, die bereits den Weg in das Unterstützungssystem gefunden haben.



**V10) Selbsthilfegruppenarbeit.** Im Bereich der Selbsthilfe deuten sich in drei Bereichen Handlungsbedarfe an:

- a) Intensivierung der Informations-/ Aufklärungsarbeit über das Angebot der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und deren Wirkungsweise. Hier ist – im Rahmen seiner personellen Ressourcen – in erster Linie das Selbsthilfezentrum München in Verantwortung.
- b) Verbesserung des Raumangebots für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen. Wie dargestellt, kann das Selbsthilfezentrum München (wie auch andere in diesem Bereich tätige Akteur\*innen) die große Nachfrage von Gruppen nach Räumlichkeiten nicht mehr bedienen. Auch wenn es in Einzelfällen Betroffenen durch eigenes Engagement gelingt, Räumlichkeiten zu finden und eine Förderung durch das Gesundheitsreferat zu erhalten, ändert dies wenig daran, dass weiterhin hoher Bedarf an Räumlichkeiten besteht. Im Rahmen unserer Gespräche wurden zwei mögliche Lösungsstrategien bzw. Wünsche thematisiert: (a) Eröffnung eines weiteren Hauses der Selbsthilfe (in gebührendem räumlichen Abstand vom Selbsthilfezentrum in Westend); (b) dezentrale Öffnung städtischer Räumlichkeiten für Treffen von Selbsthilfegruppen.
- c) Förderbedingungen (Krankenkassen | Gesundheitsreferat). Auch und gerade für psychosoziale Gruppen sind gruppenbezogene Aktivitäten jenseits des unmittelbaren Arbeitskontextes, sprich Aktivitäten, die primär das Gemeinschaftsgefühl stärken (z.B. Ausflüge), von großer Bedeutung. Von den Krankenkassen werden allerdings nur Kosten übernommen, die in unmittelbarem Bezug zur inhaltlichen Arbeit der Selbsthilfegruppen stehen bzw. die die Arbeitsfähigkeit der Gruppen sichern (z.B. Raummiete, Telefonkosten, krankheitsbezogene Fortbildungen). Hier wäre eine ergänzende Förderung durch die Landeshauptstadt München zu prüfen.

**V11) Selbstorganisation / Selbstvertretung.** Mit Blick auf das Thema Selbstorganisation / Selbstvertretung deuten sich aus unserer Sicht folgende Handlungsbedarfe an:

- a) Zentral bei der Einbeziehung von Betroffenen (und Angehörigen) ist deren Erfahrung mit psychischen Erkrankungen, dem Hilfesystem sowie mit alltäglichen Teilhabeausschlüssen. Im Sinne der UN-BRK besteht die Herausforderung, nicht nur der Fachwelt eine Expertise zuzugestehen, sondern auch den Betroffenen selbst. Es geht bei einer solchen Einbeziehung nicht nur darum, Betroffene zu beteiligen und ihre Meinung anzuhören, sondern ihre Erfahrungen und ihr Wissen als Expertise zu nutzen. Eine solche Einbindung findet zweifelsohne an verschiedenen Stellen bereits statt (z.B. PSAG Stadt,<sup>412</sup> Aktionspläne zur Umsetzung der UN-BRK, Runder Tisch Jobcenter). Hier besteht aber noch „Luft nach oben“, und zwar in institutioneller Hinsicht (z.B. im Bereich Stadt(entwicklungs)planung, ÖPNV-Entwicklung, Gestaltung öffentlicher Räume, Planung von barrierefreien Veranstaltungen) als auch in finanzieller (z.B. Ausschüttung von Sitzungsgeldern, Bezahlung der Beratungsleistungen).
- b) Die im Bereich „psychische Erkrankung“ tätigen Selbstorganisationen und der Münchner Behindertenbeirat sind bislang nur wenig miteinander verzahnt. In den Facharbeitskreisen des Behindertenbeirates sind Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung so gut wie nicht vertreten. Ihre besonderen Bedarfe werden in den Gremien des Behindertenkreises infolgedessen nicht angemessen thematisiert bzw. von diesen nach außen vertreten. Die Gründe hierfür sind unklar und bedürfen einer genaueren Analyse. Es besteht ohne Zweifel Bedarf an einem stärkeren Austausch bzw. einer stärkeren Einbindung von Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung in den Behindertenbeirat.
- c) Es stellt sich die grundsätzliche Frage, wie einer Exklusion Betroffener, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung Schwierigkeiten haben, eine aktive und kontinuierliche Rolle in Selbstorganisationen einzunehmen, entgegengewirkt werden kann. Um Betroffene in noch stärkerem Maße zu Beteiligten zu machen, gilt es – unter Berücksichtigung digitaler Beteiligungsformate (z.B. Blogs) – differenzierte Strategien, Ressourcen und Zugangswege sowie spezifische Assistenzformen zu entwickeln. Inwieweit dies auch eine (noch stärkere) Einbindung der Kosten- und Leistungsträger erfordert, ist nicht abschließend zu beurteilen. Es ist aber zu vermuten.

---

<sup>412</sup> Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ist zur Planung und Koordinierung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in der Versorgungsregion München gebildet worden.

d) Es gibt psychisch erkrankte Personen, die ihre Erkrankung nicht anerkennen bzw. die keine Hilfe innerhalb des (sozial-)psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungssystems in Anspruch nehmen wollen. Schlechte Erfahrungen in der Vergangenheit begründen häufig letzteres Verhalten. Dies wirft nicht zuletzt die Frage alternativer Krisenarbeit auf. Erfahrungen andernorts (z.B. Bochum)<sup>413</sup> zeigen, dass Selbstorganisationen z.B. als räumliche Anlaufstellen für Spontanübernachtungen und/oder Träger von Krisenzimmern hierfür einen möglichen Lösungsansatz bieten können.

**V12) Sozialräumliche bzw. institutionelle Nutzung von Betroffenen-Wissen (EX-IN).** Das der Peer-Beratung innewohnende Potenzial wird bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Auch im Sinne von Sensibilisierung und Anti-Stigma-Arbeit wäre es sehr wünschenswert, einschlägigen Akteur\*innen in den Sozialräumen (z.B. Nachbarschaftstreffs, GesundheitsTreffs, Kirchengemeinden), bei sozialen Dienstleister\*innen (z.B. Wohnungsbaugesellschaften, Jobcenter) sowie in der städtischen Verwaltung (z.B. Personal- und Organisationsreferat (POR)) dieses Know-how zugänglich zu machen. Um dies umsetzen können, müsste zunächst allerdings die Attraktivität der Ausbildung (v.a. durch geringere Ausbildungskosten für Teilnehmer\*innen) erhöht bzw. müssten bisherige konzeptionelle Grundlagen des EX-IN-Einsatzes (v.a. Vergütung/ Finanzierung, mögliche Einsatzorte) auf den Prüfstand gestellt werden.

## 8.2.2 Arbeit und wirtschaftliche Lage

Als grundsätzliche Handlungsbedarfe lassen sich nennen:

**A1) Verstärkte Öffentlichkeits- / Sensibilisierungsarbeit.** Sicherlich spielen bei der Entscheidung von Betrieben, psychisch erkrankte Menschen einzustellen, betriebswirtschaftliche Erwägungen (Stichwort: uneingeschränkte Leistungsfähigkeit) und – damit verbunden – die makroökonomischen Rahmendaten eine zentrale Rolle. Personen, deren psychische Erkrankung sichtbar ist bzw. die sie nicht verschweigen, haben deutlich geringere Chancen auf eine Anstellung. Ebenso sehen sich psychisch beeinträchtigte Mitarbeiter\*innen nach Bekanntwerden ihrer Erkrankung häufig Vorurteilen, Diskriminierungen und Mobbing ausgesetzt. Hinzu kommen Informationsdefizite von Arbeitgeber\*innen bezüglich vorhandener Förderinstrumente, aber auch hinsichtlich positiv erprobter Arbeitszeitmodelle, hinsichtlich der Möglichkeiten, den Arbeitsplatz in räumlicher und organisatorischer Hinsicht adressatengerecht zu gestalten etc.<sup>414</sup>.

Die gleichberechtigte Teilhabe von psychisch erkrankten Menschen am Arbeitsleben kann nur dann zur Selbstverständlichkeit werden, wenn im Rahmen einer breit angelegten und kontinuierlichen Öffentlichkeits- und Sensibilisierungsarbeit die bestehenden Ängste und Vorteile aber auch Informationsdefizite angegangen werden (siehe A2). Dies schließt an Art. 8 der UN-BRK an, die gezielte Maßnahmen fordert, um ein positives Bild von Menschen mit Behinderungen zu fördern - bzw. umgekehrt - um Klischees, Vorurteile und nachteilige Praktiken zu bekämpfen. Information wirkt diesbezüglich selbstverstärkend: Eine kürzlich durchgeführte Studie zeigt, dass „Personalverantwortliche, die Personen mit einer psychischen Erkrankung beschäftigen, eine signifikant höhere Bereitschaft haben, dies auch zukünftig zu tun, verglichen mit anderen Personalverantwortlichen.“<sup>415</sup>

Sicherlich kann die Verantwortung für solch eine Öffentlichkeitsarbeit nicht primär bei der Landeshauptstadt München liegen. Hier sind andere Akteure wie etwa das Integrationsamt, vor allem aber die Verbände auf Arbeitgeber- wie Arbeitnehmerseite, deren Kammern aber auch die Bundesagentur für Arbeit gefordert. Trotzdem sollte die Stadt München es im Rahmen ihrer Möglichkeiten nicht versäumen, Impulse zu setzen (z.B. im Rahmen eines Fachtages). Entsprechende Überlegungen sollten auch im derzeit in Erarbeitung befindlichen zweiten Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK aufgegriffen werden.

<sup>413</sup> LPE (2021).

<sup>414</sup> Eine bundesweit zugängliche Datenbank zu entsprechenden Modellen, etwa durch die BzGA, wäre wünschenswert.

<sup>415</sup> Schneider, Kawohl & Lay (2018: 80).

**A2) Erarbeitung einer „Best-Practice-Sammlung“.** Im Rahmen der vorliegenden Studie war es nicht möglich, die in den letzten Jahren in Deutschland (und darüber hinaus) entwickelten positiven Ansätze im Rahmen der Beschäftigung von psychisch erkrankten Personen (v.a. im Bereich Arbeitszeitmodelle; räumliche und organisatorische Arbeitsplatzgestaltung; Organisation von Arbeitsabläufen; Unterstützungsangebote für Betroffene und Nicht-Betroffene) systematisch zu sichten. Die Erarbeitung einer entsprechenden Best Practice Sammlung, die auch selbstorganisierte Beschäftigungsprojekte einschließen sollte, wäre nicht nur hilfreich für die gebotene Öffentlichkeits- / Sensibilisierungsarbeit, sondern könnte interessierten Firmen und anderen Akteur\*innen als konkreter Handlungsleitfaden für die eigene Praxis dienen. Dass es natürlich immer individuell angepasster Maßnahmen bedarf, ändert hieran nichts.

*„Man braucht neue Arbeitszeitmodelle, die den einzelnen Betroffenen die Angst vor dem eigenen möglichen krankheitsbedingten Ausfall nehmen, nämlich dass sie anderen mit ihrem Ausfall Kummer bereitet oder sie ihnen damit mehr Arbeit anschafft. Das gilt es mal systematisch zu erforschen – Erfahrungen und Möglichkeiten.“ (Co-Forscher).*

**A3) Verstärkte Vorbildfunktion der Landeshauptstadt München als Arbeitgeberin.** Im Vergleich zu den meisten anderen öffentlichen und privaten Arbeitgebern nimmt die Landeshauptstadt München das Ziel der Beschäftigung von Menschen mit (Schwer-)Behinderungen sehr ernst.<sup>416</sup> Auch ist man bestrebt, im Rahmen der Gefährdungsbeurteilungen psychische Belastungen mit zu berücksichtigen (Checkliste Stress).<sup>417</sup> Folgt man unseren Befragungen und Gesprächen scheint die Landeshauptstadt mit ihren Eigen-/ Regiebetrieben und Tochtergesellschaften in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen ihrer Vorbildfunktion gleichwohl nicht im wünschenswerten Umfang gerecht zu werden, sei es mit Blick auf bereits psychisch erkrankte Mitarbeiter\*innen oder sei es mit Blick auf Neueinstellungen.<sup>418</sup> Die Inklusionskompetenz – verstanden als Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz der Mitarbeiter\*innen – ist auch<sup>419</sup> mit Blick auf psychisch erkrankte Mitarbeiter\*innen weiterzuentwickeln.<sup>420</sup> Neueinstellungen betroffener Personen müssen zudem stets die Frage notwendiger Unterstützungsmaßnahmen für den weiteren Beschäftigungsverlauf „mitdenken“. Mit Vorbildfunktion ist nicht zuletzt auch die Erprobung alternativer Arbeitszeit-/ Arbeitsplatzmodelle, die auf die mitunter zeitlich schwankende Leistungsfähigkeit psychisch erkrankter Personen eingehen, angesprochen (siehe obenstehendes Zitat).

*„Die Stadt könnte in ihrer Funktion als Arbeitgeberin zeigen, wie leistungsorientierte Arbeit unter stressfreien Bedingungen möglich ist. Das käme dann allen zugute – auch den Mitarbeiter\*innen ohne Beeinträchtigung. Dass man von dem Gedanken wegkommt, dass man was für behinderte Menschen macht. Sondern dass man Arbeitsbedingungen schafft, die für alle super sind. Dass man diesen Gedanken pflanzt bei der Stadt. Die Stadt könnte sich doch profilieren, wenn sie neue Wege geht, neue Modelle ausprobiert.“ (Co-Forscher).*

**A4) Rechtskreiswechsel (SGB II / SGB XII).** Ein signifikanter Teil psychisch erkrankter Personen hat *de facto* keine Chancen mehr, auf den ersten Arbeitsmarkt vermittelt zu werden. Obwohl die beiden Rechtskreise (SGB II / SGB XII) in der Theorie durchlässig sind – in beide Richtungen –, ist dies in der Praxis erkennbar nicht der Fall. Hier bedürfte es eines teilweise eines stärker abgestimmten Handelns aller Beteiligten.

<sup>416</sup> Darauf deutet zumindest unsere Studie von 2013 hin (Sagner 2013: Teil I, S. 67).

<sup>417</sup> Die im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der Stadt München eingesetzte „Checkliste Stress“ soll Stressoren sichtbar machen, denen sich die Mitarbeiter\*innen auf ihren Arbeitsplätzen gegenübersehen. Die Checkliste ist identisch mit der Prüfliste „Psychische Belastung“ der Unfallversicherung Bund und Bahn. Allerdings scheint die Checkliste in der Praxis bislang kaum Bedeutung für die Personalführung / Beschäftigungspraxis zu haben.

<sup>418</sup> Dabei ist natürlich anzuerkennen, dass die Gestaltungsmöglichkeiten der Landeshauptstadt mit Blick auf Neueinstellungen insofern eingeschränkt sind, als der öffentliche Dienst bei Stellenbesetzungen dem Prinzip der Bestenauslese gemäß Art. 33 Abs. 2 des Grundgesetzes zu folgen hat.

<sup>419</sup> „Auch“ verweist auf den Umstand, dass entsprechender Handlungsbedarf auch mit Blick auf die Klient\*innen / Kund\*innen städtischer Behörden besteht (siehe Kap. 7.3.2).

<sup>420</sup> Zu den Begrifflichkeiten siehe: <https://stadt.muenchen.de/infos/diversity.html>

**A5) Stärkung des Dienstleistungscharakters der Jobcenter.** Dem Jobcenter kommt in der Vermittlung psychisch erkrankter langzeitarbeitsloser Personen eine kaum zu überschätzende Rolle zu. Dies wird vom Jobcenter München mit vielfältigen Projekten und Maßnahmen, der Fachabteilung Reha SB und dem Fallmanagement seit Jahren auch entsprechend umgesetzt. Folgt man den von uns befragten Personen, zeigt sich neben grundsätzlichen rechtlichen Problemen (siehe nebenstehendes Zitat) vor allem in vier Bereichen weiterhin ein Handlungsbedarf: (1) Sensibilisierung der Mitarbeiter\*innen im Umgang mit psychisch erkrankten Personen,<sup>421</sup> (2) bessere Passung der vorgeschlagenen Maßnahmen, (3) klientenseitige Ausdehnung der ganzheitlichen Dienstleistungen<sup>422</sup> und (4) stärkere Verzahnung mit der Bezirkssozialarbeit als zweiter Säule der Sozialbürgerhäuser.

*„Ich kann nur sagen, dass ich es trotz des Jobcenters zurück in den ersten Arbeitsmarkt geschafft habe, indem ich selbstfinanzierte Fortbildung gemacht habe. Weil ich während der Fortbildung dem Arbeitsmarkt aber nicht zur Verfügung stand, hätte ich ALG II eigentlich verloren. Also eine völlig kranke Konstruktion. Das heißt, du musst Lügen – das ist unglaublich geil, wenn man eine Angststörung hat. Da ist noch vieles im Argen.“ (Co-Forscher).*

Unabhängig hiervon wäre es zudem wünschenswert, dass die Jobcenter ihr umfassendes Leistungsportfolio stärker in den jeweiligen Einzugsbereichen (Sozialräumen) bekannt machen, auch und gerade um das verbreitete negative Image, das ihnen bei der Zielgruppe (und anderen) anhaftet, anzugehen.

Angesichts der Bedeutung des Jobcenters ist ein institutionalisierter Austausch des Jobcenter mit Selbstvertretungsorganisationen im Bereich der Psychiatrie unter Einbindung sozialpsychiatrischer Fachexpertise geboten. Mit dem von der MÜPE e.V. angeregten und mittlerweile turnusmäßig installierten Runden Tisch unter Beteiligung des Jobcenters München, der Selbstvertretungen und Fachkräften der ambulanten Sozialpsychiatrie ist hier auch bereits ein wichtiger Schritt erfolgt.

**A6) Ausbau des zweiten bzw. dritten Arbeitsmarktes | verstetigte Beschäftigungsmöglichkeiten.** Für Menschen mit multiplen Vermittlungshemmnissen bzw. für psychisch schwerer beeinträchtigte Personen spielt der zweite (und dritte) Arbeitsmarkt eine wichtige Rolle. Mit ihrem MBQ-Projekt stellt sich die Landeshauptstadt bereits seit Jahren dieser Herausforderung. Allerdings ist es weiterhin sehr schwierig, für diesen Personenkreis *dauerhafte(re)* Beschäftigungsmöglichkeiten zu sichern. Dies wirft auch und gerade für psychisch schwerer belastete Personen beträchtliche Probleme auf. Hier wäre etwa ein Ausbau der sogenannten TaA-Stellen (siehe Kap. 4.1.2) wünschenswert.

**A7) Aufbau eines Peer-Berater-Teams (EX-IN).** Das Wissen um die inneren Barrieren psychisch erkrankter Personen und die sich daraus ergebenden Anforderungen für Arbeitgeber\*innen aber auch für Regeldienstleister\*innen, etwa in den Bereichen Freizeit, Kultur und Sport, ist beschränkt. Eine von diesen Akteur\*innen abrufbare Fachexpertise von Expert\*innen aus Erfahrung könnte hier als wichtige Impulsgeberin und Brückenbauerin fungieren. Der Aufbau eines EX-IN-Beratungspools könnte, im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten, vom Bezirk Oberbayern, der Landeshauptstadt München und den Kammern und Vereinigungen der Arbeitgeber\*innen gezielt unterstützt und vorangetrieben werden.

**A8) Unterstützung Betroffener (Bewerbungstrainings).** Stellensuche und Bewerbung, die wichtigsten Schritte auf dem Weg zu einem neuen Job, stellen Betroffene häufig vor große Herausforderungen. Kompetenzmängel in diesen Bereichen erschweren jenseits aller strukturellen Faktoren die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zusätzlich. Die vorhandenen Unterstützungsangebote scheinen den Bedarf nicht decken zu können oder sind Betroffenen häufig unbekannt.

**A9) Informationsdefizit (Armutsbetroffene).** In der Landeshauptstadt München gibt es (wie in anderen Kommunen) jenseits der leistungsrechtlichen Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen von SGB II, SGB XII oder Wohngeld ein breites Spektrum an materiellen Einzelfallhilfen durch Wohlfahrtsverbände,

<sup>421</sup> Siehe hierzu auch Kapitel 7.3.2.

<sup>422</sup> Inwieweit die vom Jobcenter angebotenen Leistungen, Maßnahmen und Projekte oder die internen Personalschlüssel (im Fallmanagement 1:75; in der „normalen“ Vermittlung *de facto* 1:200 und mehr) den Anforderungen der Zielgruppe quantitativ und qualitativ gerecht werden, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

gemeinnützige Vereine, Stiftungen oder Behörden. Auch im Bereich der Schuldnerberatung, die einen wichtigen Baustein in der kommunalen Armutsbekämpfung darstellt, ist die Landeshauptstadt sehr gut aufgestellt. Problem ist, dass viele armutsbetroffene psychisch erkrankte Personen – auch aufgrund „innerer Barrieren“ – oft nicht um die Angebote wissen. In unseren Interviews mussten wir häufig feststellen, dass ein Angebot wie der München Pass mit seiner Vielzahl an Vergünstigungen und freiwilligen Leistungen der Landeshauptstadt München nicht bekannt war. Letzteres galt entsprechend auch für die 140-seitige vom Sozialreferat herausgegebene Broschüre „Günstiger leben in München“.<sup>423</sup>

### 8.2.3 Wohnen und Wohnumfeld

Als grundsätzliche Handlungsbedarfe lassen sich nennen:

- W1) Ausbau zugehender Arbeitsansätze in den Sozialräumen.** Die BSA, SpDis und andere örtliche Dienstleister\*innen tun sich oft schwer, Kontakte zu „auffälligen“ psychisch erkrankten Personen vor Ort aufzubauen und Betroffene im Bedarfsfall in das sozialpsychiatrische Behandlungs- und Unterstützungssystem zu vermitteln. Entsprechend begründete nachbarschaftliche Konflikte bleiben immer wieder jahrelang ungelöst. (Von der bleibenden Nichtbehandlung Betroffener ganz abgesehen). Aufsuchende Arbeitsansätze durch Dritte (z.B. EX-IN), die die Dienstleister\*innen beim Kontaktaufbau unterstützten, könnten ein Baustein zur Entschärfung solcher Konfliktlagen bieten.

*„Menschen, die auffallen, sind oft halt besonders mutig. Zum Beispiel wenn sie nackt durch die Straßen laufen. Damit stören sie aber den Frieden der anderen. Und dann wird versucht, die rauszuekeln. Da wäre ein Vermittlungsgespräch gut. Dass man, wenn man weiß, da liegt eine psychische Erkrankung vor – deshalb verhält der sich halt komisch -, dass man da ein Vermittlungsgespräch ins Leben ruft. Außerhalb der städtischen Strukturen.“ (Co-Forscher).*

### W2) Weiterentwicklung der Quartiersarbeit.

- a) Anlaufstellen im Quartier, die bei Problemen auf einschlägige Beratungs- oder Unterstützungsangebote verweisen können, die die Menschen vor Ort über die Grenzen des Milieus und der Lebenslagen in Kontakt miteinander bringen sowie die Menschen zur Selbsthilfe beziehungsweise zum bürgerschaftlichen Engagement ermutigen, sind auch und gerade für psychisch erkrankte Personen von großer Bedeutung. Mit den Nachbarschaftstreffs und anderen Sozialraumakteur\*innen (z.B. Kirchengemeinden, Quartiersmanagement, Stadtteilläden) sind entsprechende Strukturen in vielen Stadtteilen bereits vorhanden – mag ihr jeweiliges Aufgabenverständnis mitunter auch stark variieren. Befragte betonten allerdings immer wieder den Wunsch, in den Quartieren die niederschweligen Begegnungsmöglichkeiten auszubauen. Und dass Quartiersangebote zeitlich möglichst offen gestaltet sein sollten (siehe nebenstehendes Zitat). Kritisch ist, dass viele geeignete Treffpunkte / Cafés förderungstechnisch gleichsam „zwischen den Stühlen“ zu sitzen scheinen.
- b) Allerdings sind Kontaktknüpfungen zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen vor dem Hintergrund der verbreiteten Vorurteile gegen psychisch erkrankte Personen bzw. der Rückzugstendenzen vieler Betroffener sehr voraussetzungsvoll. Hier bedarf es einer Fachexpertise, die z.B. über EX-IN-Kräfte in die Sozialräume eingespeist werden könnte.

*„Feste Termine sind schwierig. Deshalb ja auch die Idee der Tagesstätten, dass man kommen kann, wenn man kann. Wenn man Quartiersarbeit plant, muss man das mitplanen. Es funktioniert nicht, wenn eine Beratung oder ein Kurs verpflichtend Montag um 16.00 ist. Das funktioniert für 80% der Betroffenen nicht. Es braucht in den Quartieren offene Begegnungsmöglichkeiten. Am besten mit Angeboten zum Kochen oder Gärtnern – die bieten eben eine Art therapeutischen Zugang zur Welt. Oder Cafés mit einem guten Kaffee, wo man sich ohne Druck hinsetzen kann.“ (Co-Forscher).*

<sup>423</sup> <https://stadt.muenchen.de/infos/guenstiger-leben.html>



**W3) Überprüfung der Verfahren der sozialen Wohnraumversorgung.** Folgt man Betroffenen scheint es keineswegs selten zu sein, dass psychisch erkrankte Personen aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen keinen Zuschlag für geförderte Wohnungen erhalten. Die Frage, inwieweit solche diskriminierenden Praktiken beim Auswahlverfahren reduziert werden könnten, sollte im Austausch von Selbstorganisationen, sozialpsychiatrischen Dienstleister\*innen, dem Amt für Wohnen und Migration und den städtischen Wohnungsbaugesellschaften (GEWOFAG, GWG) abgeklärt werden.

**W4) Soziale Infrastruktur.** Die Anforderungen für eine angemessene Infrastruktur für psychisch erkrankte Personen sollten in der Planung größerer Bauvorhaben oder Siedlungsbiote gezielt berücksichtigt werden. Dabei sind neben den besonderen Wohnformen, die bereits berücksichtigt werden, auch Räume für Tagesstätten, Beratungsstellen und Begegnungsräume gezielt einzubeziehen. Das Ziel der „Integration in die Sozialräume“ sollte dabei ein hohes Gewicht beigemessen werden. Einschlägige positive Erfahrungen (z.B. mit genossenschaftlichen Wohnformen) sind hierbei angemessen zu beachten.

**W5) Weiterentwicklung des städtischen Wohnungslosensystems.** Mit Blick auf psychisch erkrankte Personen lassen sich drei primäre Handlungsfelder identifizieren:

- a) Sicherung der Bedarfsgerechtigkeit der aufsuchenden psychiatrischen Fachberatung in den Einrichtungen der städtischen Wohnungslosenhilfe
- b) Ausbau des Angebots an langfristigen Schutzräumen ohne Forderungen der Inanspruchnahme von Unterstützungs- oder Behandlungsangeboten. Zu prüfen wäre hier zudem, inwieweit Wohnraum geschaffen werden könnte, der auf *jegliche* institutionellen Unterstützungsangebote verzichtet. Entsprechende Beispiele gibt es bereits, sei es im Sinne einer kurzfristigen Krisenintervention (Krisenzimmer, siehe Kap. 3) oder längerfristiger Wohnangebote.<sup>424</sup>
- c) Sukzessiver Rückbau der Zwei-Bett-Zimmer zugunsten von Einzelzimmern.

*„Eigentlich bräuchte es Wohnungen, die schallisoliert sind, wo man schreien kann. Wo Leute, die sich halt komisch verhalten, wohl fühlen können. (...) Das könnten auch Container sein, die man zerlegen kann. (...) Es braucht eine Art Asyle, die anders gelagert sind, wo die Leute einfach nicht in Kontakt mit Psychiatern oder Sozialpädagogen kommen. Es gibt halt Personen, die triggert es schon, einen Sozialpädagogen oder Psychiater zu sehen. Die wollen ihre Erkrankung nicht bestätigt sehen (...) Das ist eine Sache, die hier fehlt. Die Selbsthilfe könnte das anbieten.“ (Co-Forscher\*in).*

<sup>424</sup> Das bekannteste Beispiel hierfür sind sicherlich die in Berlin ursprünglich von Psychiatererfahrenen aufgebauten Weglauf-Häuser. Siehe: Hartmann & Bräunling (2007).



## 8.2.4 Soziale Beziehungen und Soziale Teilhabe

Als grundsätzliche Handlungsbedarfe lassen sich nennen:

- S1) Soziale Kontakte.** Dass Digitalisierung und moderne Kommunikationsmedien die Bedeutung nachbarschaftlicher Bezüge generell abschwächen bzw. letztere in großstädtischen Kontexten *per se* von geringerer Bedeutung sind, ändert nichts an der Bedeutung der Quartiere als Begegnungsorte. Dies gilt für psychisch erkrankte Menschen umso mehr, als sie sich in punkto Mobilität und Finanzen häufig beträchtlichen Barrieren gegenübersehen. Die grundlegende Frage aus Teilhabeperspektive lautet: Wie können unvoreingenommene Begegnungen zwischen Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen in den Sozialräumen vor Ort erreicht bzw. ausgebaut werden? Wie kann vor Ort zeitnah reagiert werden, um Menschen in ihren Begegnungen zu unterstützen und gegebenenfalls angemessen zu begleiten? Mit anderen Worten: Es gilt „Strategien zu erarbeiten, die an den Lebensrealitäten der Menschen vor Ort ausgerichtet sind und gemeinsam mit ihnen entwickelt werden. Gleichzeitig sind Begegnungsräume im Quartier zu schaffen. Das Querschnittsthema „Seelische Gesundheit“ muss deutlicher in der allgemeinen Stadt- und Quartiersentwicklung und der kommunalen Gesundheitsförderung verortet werden.“<sup>425</sup> „Seelische Gesundheit“ muss im Kontext des Querschnittsthemas „Inklusion“ einen stärkeren Fokus erhalten; Barrierefreiheit muss breiter als bisher gedacht werden (siehe auch S3a).
- Die Schaffung niederschwelliger Begegnungsmöglichkeiten scheitert bisher jedoch oft daran, dass sich solche Projekte wirtschaftlich nicht tragen (können) bzw. vorhandene Förderungen nicht ausreichen (siehe Zitat).
- „Ich kenne einige extrem soziale Projekte, in denen sich psychisch Erkrankte und Nicht-Betroffene ohne alles Zutun treffen und austauschen. Die fallen aber durch alle Maschen. Sie kriegen von keinem Referat Geld. Jeder sieht das andere Referat in der Pflicht. Da bräuchte es referatsübergreifende Ansätze. Soziale Projekte sind - inhaltlich gesehen – in der Regel referatsübergreifend. In dem Konzept <Kulturelle Bildung> rühmen sie sich ja, dass alle Referate mitgearbeitet haben. Sie sollen sich aber nicht nur rühmen. Das soll sich auch in den Förderstrukturen widerspiegeln.“ (Co-Forscher).*

- S2) Einsamkeit.** Der hohe Anteil objektiv einsamer Personen unter den ZBFS-Befragten stellt die Frage nach der Notwendigkeit der Unterstützung seitens der Kommune durch gezielte Maßnahmen. Dass es in der Landeshauptstadt München bereits ein breites Angebot für einsame Menschen gibt – einschließlich zugehender Ansätze (z.B. SAVE – Senior\*innen und Senioren aufsuchen im Viertel durch Expert\*innen) –, ändert hieran nichts. Bei der Bewertung bzw. Weiterentwicklung des bestehenden Angebotes sind sowohl Maßnahmen zur Intervention als auch solche zur Prävention in den Blick zu nehmen – sei es auf der Ebene der Stadtplanung (z.B. Freiflächenplanung),<sup>426</sup> der Infrastrukturplanung (z.B. inklusive Wohnprojekte) oder sei es auf Ebene von Sozialraumakteur\*innen (dezentrale Dienstleistungsangebote) bzw. kleinteiligen Einzelprojekten.<sup>427</sup> Berücksichtigt werden sollten hier auch die institutionell angebotenen Angebote für individuelle Begleitungen. Solche Maßnahmen sind umso wichtiger als Einsamkeit schwerwiegende Folgen für die mentale und körperliche Gesundheit haben kann und tendenziell mit einer geringeren politischen Partizipation – im weitesten Sinne verstanden - einhergeht.<sup>428</sup>

<sup>425</sup> Steinhart (2018: 342-343).

<sup>426</sup> Zum Zusammenhang zwischen Grünflächen und Einsamkeit siehe den kürzlich vorgelegten Übersichtsartikel von Astell-Burt et al. (2022).

<sup>427</sup> Damit sind primär Projekte gemeint, die niederschwellig ungezwungene Begegnungen zwischen sich unbekanntem Menschen ermöglichen. Als Beispiel sei hier etwa auf die sogenannten „Plauderbänke“ im Öffentlichen Raum verwiesen: <https://plauderbank.de/> (letzter Abruf: 21.06.2023). Eine größere Zusammenschau möglicher Handlungsstrategien bietet: Ratzke, Bayer & Bunt (2020).

<sup>428</sup> Langenkamp (2021).

### S3) Freizeit | Kultur.

- a) Barrierefreiheit für psychisch erkrankte Menschen ist ein Thema, das im Freizeit- und Kulturbereich noch nicht systematisch erfasst und behandelt worden ist. Einheitliche Standards und Definitionen, die auch in der Öffentlichkeitsarbeit zur Information Betroffener verwendet werden könnten (z.B. Vorhandensein von Ruhezeiten, zu erwartende Lärmpegel, Trigger-Warnungen), und Handlungsstrategien fehlen weitgehend. Ein entsprechender Leitfadens könnte Unsicherheiten auf beiden Seiten – auf Seiten von Veranstalter\*innen wie auf Seiten Betroffener – abbauen und die Teilhabechancen psychisch erkrankter Menschen in diesem Bereich verbessern. Ihre Entwicklung sollte in Zusammenarbeit mit Betroffenen erfolgen.

*„Trigger-Warnungen können auch nur Angst schüren. Dann gehe ich da gar nicht mehr hin – zu irgendetwas. Ich denke, auch wenn jemand betroffen ist, weiß er, dass er sich ein bisschen in Acht nehmen muss. Eine Selbstverantwortung bleibt. (...). Ich habe das Gefühl, dass sich oft Leute, die nicht betroffen sind, die Trigger überlegen. Oft ist das auch bevormundend. Das ist das Problem. Ich finde, das muss man gut absprechen.“ (Co-Forscherin).*

Denn so sind etwa

Trigger-Warnungen, so wertvoll sie für eine selbstbestimmte Teilhabe auch sein können, nicht ohne Gefahren (siehe obenstehendes Zitat).

- b) In einem zweiten Schritt – nach der Entwicklung eines solchen Leitfadens – bleibt die Frage zu klären, inwieweit die Stadt München sich an den Kosten, die im Rahmen der Entwicklung bzw. der Umsetzung von *barrierefreien* Freizeit-/ Kulturangeboten (Kurse, Veranstaltungen, Aktionen etc.) für psychisch erkrankte Personen entstehen, beteiligt / beteiligen könnte bzw. ob die bereits vorhandenen Fördermöglichkeiten (z.B. über den Inklusionsfonds) ausreichend sind.
- c) Trotz solche Informationsangebote wie „Kultur barrierefrei München“<sup>429</sup> fehlt weiterhin ein verlässlicher Überblick über inklusive, auch für psychisch erkrankte Personen nutzbare Angebote im Freizeit-, Sport- und Kulturbereich. Barrierefreiheit wird in diesem Bereich noch zu oft auf die Frage der Passung für Menschen mit körperlichen, sensorischen und kognitiven Beeinträchtigungen verengt.

**S4) Ehrenamt.** Um psychisch erkrankten Personen den Zugang zu ehrenamtlichen Tätigkeiten zu erleichtern, bedarf es auch offener Engagement-Formen. Wenngleich im Rahmen der Studie nicht abschließend beurteilt werden konnte, inwieweit das Ehrenamt bereits heute entsprechende Konzepte vorhält, wäre es doch wünschenswert, der zugrundeliegenden Fragestellung systematisch nachzugehen: „Wie kann das Ehrenamt den Bedürfnissen und Handlungsmöglichkeiten psychisch erkrankter Personen bestmöglich angepasst werden? Welche organisatorischen Möglichkeiten (z.B. Tandems im Ehrenamt) gäbe es?“

**S5) ÖPNV.** Die Anliegen und Bedarfe psychisch erkrankter Personen müssen in den Planungen und im Betrieb des ÖPNV (MVG) stärker Berücksichtigung finden. Dies gilt etwa für die Frage möglicher Reizüberflutungen, sei es im Sinne von Lärm, zu grellem Licht oder sei es mit Blick auf die Werbescreens. Dass viele Wünsche und Anregungen der Betroffenen aus strukturellen, organisatorischen und/oder finanziellen Erwägungen kaum umzusetzen sind, ändert hieran nichts.

**S6) Mobilität.** Psychisch erkrankte Personen benötigen jenseits des ÖPNV und privat organisierter Mobilitätsformen zusätzlich unterstützende Mobilitätsangebote: Wenngleich nicht quantifizierbar, gibt es doch Betroffene, die krankheitsbedingt selbst mit Begleitung den ÖPNV nicht nutzen können. Als Blaupause für die Entwicklung eines solchen unterstützenden Mobilitätsangebots könnte das im Rahmen der sogenannten Frauen-Nacht-Taxis entwickelte Gutscheinsystem dienen.

### S7) Digitalisierung.

- a) Die Möglichkeiten zur digitalen Teilhabe psychisch erkrankter Menschen sind auszubauen – ohne analoge und personengebundene Zugangswege zu Informationen, Diensten und Behörden zu vernachlässigen. Um die Möglichkeiten einer souveränen Nutzung von digitaler Technologie zu

<sup>429</sup> Siehe: <https://www.kultur-barrierefrei-muenchen.de/> [letzter Abruf: 03.08.2023].

verbessern, ist neben digitaler Bildung und persönlicher Unterstützung bei der Nutzung vor allem auf die Schaffung kostengünstiger technischer Zugänge zum Internet zu setzen. Dies könnte etwa über finanzielle Unterstützungen für den Erwerb von entsprechender Hardware,<sup>430</sup> Modelle zur Reduzierung der monatlichen Kosten oder die vermehrte Implementierung von öffentlichen Zugangspunkten an zentralen Stellen (z.B. kostenloser Zugang zu Computern in Ämtern, Nachbarschaftstreffs, Bibliotheken) erfolgen.

- b) Für Beratungsstellen und Selbstvertretungsorgane ist digitale Präsenz zentral geworden. Auch und gerade in ihrer Funktion als Informationsbörsen und Informationsgeber. Vor allem mit Blick auf die Selbstvertretungsorganisationen sowie die Beratungsstellen sollte daher geprüft werden, ob diese bezüglich ihrer Präsenz im digitalen Raum bzw. hinsichtlich ihrer digitalen Kommunikationsstrategien einen Unterstützungsbedarf haben (z.B. Unterstützung bei der redaktionellen Arbeit; fachlich versierte Moderationen). Optimal wäre, diese Fragestellung in eine umfassende Kommunikationsstrategie einzubauen, die der grundlegenden Frage nachgeht, wie man jüngere psychisch erkrankte Personen am besten erreicht.

*„Es gibt im digitalen Bereich für psychische Erkrankte tolle Sachen. Blogs, Chats, zertifizierte Apps und vieles mehr. Da kann man auch telefonische Anbindung haben. Auch viele Beratungsstellen haben gute Auftritte mit digitalen Querverweisen. Das kann die Stadt nicht leisten. Das wäre zu hoch. Auch unsinnig. Sie könnte aber darüber informieren, z.B. im geplanten Gesundheitswegweiser. (...) Es gibt andererseits aber auch so viel Schmu. Z.B. Auftritte von Leuten, die sich als psychisch krank bezeichnen, und hinten dann den Mist raushauen <Du kannst das alles selber schaffen. Du bist Deines Glückes Schmied > Man darf das Feld nicht Influencern überlassen, die parallel Werbung machen. Da entstehen Parallelwelten zum vorhandenen Unterstützungssystem.“ (Co-Forscher-Team).*

### 8.2.5 Stigmatisierung und Diskriminierung

Als grundsätzliche Handlungsbedarfe lassen sich nennen:

#### D1) Aufklärung und Sensibilisierung

- a) **[Stadtgesellschaft].** Aufklärung und Sensibilisierung der Stadtgesellschaft über psychische Erkrankungen bzw. psychisch erkrankte Personen ist als kommunale Daueraufgabe zu begreifen. Den Vorurteilen im Arbeitsbereich (Stichwort: mangelnde Leistungsfähigkeit) ist hierbei besondere Beachtung zu schenken. Bei der Entwicklung entsprechender Aufklärungsstrategien sollten Aktionsprogramme, bei denen Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen im Tun zusammenkommen,<sup>431</sup> und Aktionen, die es Nicht-Betroffenen ermöglichen, die „inneren Barrieren“ persönlich zu erleben (Selbsterfahrung), ein hoher Stellenwert eingeräumt werden.<sup>432</sup> Einmalige größere Aktionen im Sinne allgemeiner Aufklärungs-/ Sensibilisierungskampagnen sind demgegenüber erfahrungsgemäß kaum nachhaltig.
- b) **[Kinder und Jugendliche].** Die Vermittlung von psychischer Gesundheitskompetenz sollte früh beginnen. Bestehende Sensibilisierungsprogramme in Schulen sind aufrechtzuerhalten und nachfrageorientiert auszubauen. Inklusives Denken sollte bereits in der Schule grundgelegt werden.
- c) **[Gesundheits- / Pflegebereich].** Wengleich Ausgrenzungen im Gesundheits-/ Pflegebereich sowie in sozialpsychiatrischen Einrichtungen von den Befragten vergleichsweise selten berichtet

<sup>430</sup> Als Vorbild könnte etwa die während der Corona-Pandemie geschlossene Regelung dienen, wonach alle älteren Münchner\*innen, die über einen München-Pass verfügten, als freiwillige Leistung der Landeshauptstadt München einen Zuschuss zum Kauf eines IT-Endgerätes erhalten konnten.

<sup>431</sup> Als Beispiel sei hier die MUT-TOUR erwähnt (siehe: <https://www.mut-tour.de/>), letzter Abruf: 02.06.2023)

<sup>432</sup> Damit sind so genannte Erlebnisausstellungen angesprochen, die in den letzten Jahren an verschiedenen Orten entwickelt worden sind, (z.B. „GRENZEN ERLEBEN“ der Traunsteiner Sozialpsychiatrischen Dienste, siehe: <https://www.psychische-gesundheit-caritas-traunstein.de/de/veranstaltungen/grenzen-erleben>, letzter Abruf: 02.06.2023)

wurden, sind diese doch besonders kritisch. Dem sollte im Rahmen einer vertiefenden Studie systematisch nachgegangen werden.

**D2) „Verhaltensschulungen“.** Ausgrenzung und Diskriminierung im Alltagsleben spiegeln oft nur Unsicherheiten und Ängste der „Nicht-Betroffenen“ wider. Neben allgemeinen Sensibilisierungsmaßnahmen (siehe oben) besteht insofern auch Bedarf an der Vermittlung konkreten Handlungswissens („Wie gehe ich mit Personen um, die psychische Probleme haben?“). Auch und gerade, weil Antistigma-Aktionen häufig keine Veränderungen auf der konkreten Verhaltensebene bewirken.

### **D3) Verwaltungshandeln zielgruppengerechter gestalten**

- a) **[Schulungen].** Trotz aller positiven Ansätze (in) der Verwaltung im Umgang mit psychisch erkrankten Klient\*innen kann von einer umfassenden Diskriminierungssensibilität bei den städtischen Beschäftigten in puncto „Umgang mit psychisch erkrankten Personen“ noch nicht gesprochen werden. Die Diversitätskompetenz verstanden als Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz ist (noch) stärker in Richtung psychische Erkrankungen auszubauen.
- b) **[Struktur].** Weiterentwicklungsbedarf besteht auch bezüglich anderer Anforderungen, die Betroffene krankheitsbedingt an eine barrierefreie Verwaltung stellen (z.B. Sicherstellung digitaler und analoger Erreichbarkeiten, Terminsetzungen, Wartesituation).

- c) **[Personale Unterstützung].** Zudem bedarf es weiterer Anstrengungen in Richtung Zur-Verfügung-Stellung (geschulter) Behördenhelfer\*innen – idealiter Personen mit Psychiatrie-Erfahrung – und eines umfassenderen Formulare-service. Erstere Forderung muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass es in der unmittelbaren Beratungssituation krankheitsbedingt mitunter neutraler Dritter als Brückenbauer\*innen zur Entlastung beider Parteien braucht (siehe nebenstehendes Zitat).

*„Ich habe jetzt immer einen Bekannten zum Jobcenter begleitet. Und da hatte ich eine Doppelfunktion: Ich musste auch den Mitarbeiter des Jobcenter vor ihm, meinem Bekannten, schützen, weil er mit seiner Art und Weise einfach so übergriffig war. Das spüren ja auch viele Leute in den Ämtern. Dass sie da quasi überfallen werden und da hilflos sind. Die [Mitarbeiter\*innen, SIM] sind dann hilflos. Dass man die Schnittstelle begleiten muss. Denn wenn der [Mitarbeiter, SIM] fragt, dann kommen 20 Minuten Antwort. Beide Seiten brauchen Schutz. Diese Kommunikation muss geschützt werden.“ (Co-Forscher).*

**D4) „Outing“.** Als eine weitere Antistigma-Intervention ist die Offenlegung der eigenen psychischen Erkrankung zu nennen. Sicherlich bergen *Outings* Risiken. Sie können aber auch positive Wirkeffekte haben. Unabhängig davon, dass die Entscheidung hierüber jeder Person selbst überlassen sein muss, sollten Unterstützungsprogramme wie „In Würde zu sich stehen / Coming Out Proud“<sup>433</sup> Betroffenen doch stärker nahegebracht werden. Randomisiert-kontrollierte Studien zeigen,<sup>434</sup> dass entsprechende Programme positive Effekte auf Stigma bezogenen Stress haben und indirekt auch zum Abbau öffentlicher Stigmatisierung beitragen.

**D5) Niederschwellige Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten.** Bedenkt man, dass die am besten belegte Strategie zur Entstigmatisierung der persönliche Kontakt mit Betroffenen ist, verweisen auch die Studienergebnisse zu Diskriminierung/ Stigmatisierung noch einmal (siehe W2)) auf die Notwendigkeit eines Ausbaus niederschwelliger Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten in den Sozialräumen vor Ort.

<sup>433</sup> Bei dem Programm handelt es sich um ein von Psychiatrie-Erfahrenen bzw. Peers geleitetes Gruppenangebot, das Betroffene bei der Entscheidungsfindung zwischen Offenlegung und Geheimhaltung in verschiedenen Settings unterstützen soll. Siehe: Rüscher et al. (2014).

<sup>434</sup> Corrigan (2022).

## 8.2.6 Übergeordnete Handlungsbedarfe

**Ü1) Geschlecht.** Die in der vorliegenden Studie berichteten KVB-Daten über ambulante psychiatrische Diagnosen weisen für Frauen wesentlich höhere Anteilswerte auf als für Männer (30,4% versus 23,0%). Besonders deutlich fallen diesbezüglich die Unterschiede bei affektiven Störungen (z.B. Angststörungen, Depressionen) sowie neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen aus. Inwieweit dieser Befund auf eine stärkere Belastung von Frauen verweist und inwieweit auf den Umstand, dass Frauen im Vergleich zu Männern häufiger Ärzt\*innen aufsuchen, also auch häufiger diagnostiziert werden, bleibt eine offene Frage.<sup>435</sup> Sicherlich spielen beide Faktoren eine Rolle.

In der ZBFS-Befragung zeigten sich zwischen den Geschlechtern hingegen keine ausgeprägten Unterschiede, sieht man mal davon ab, dass Männer sozial eher isolierter waren, sie mit ihrer psychischen Erkrankung seltener positive Wirkeffekte verbanden und sie deutlich seltener den SpDi aufsuchten, sie bei der Suche nach einem ambulanten Therapieplatz schneller aufgaben, sie umgekehrt etwas seltener Nutzungsprobleme mit dem ÖPNV meldeten und sie eher Vollzeit arbeiteten und sie dabei eher von einem positiven Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung durch ihre Vorgesetzten sprachen. Auch in der Online-Befragung und in den qualitativen Interviews zeigten sich zwischen den Geschlechtern keine grundlegenden Unterschiede im Antwortverhalten bzw. wurde das Thema Gender – sieht man von LGBTQI\*-Personen einmal ab – nicht besonders problematisiert; Frauen gaben etwas häufiger an, ausgegrenzt oder mit weniger Respekt behandelt worden zu sein als Männer – Männer berichteten umgekehrt häufiger von Bedrohungen.

Insgesamt sehen sich beide Geschlechter letztendlich denselben zentralen Teilhabebarrrieren gegenüber, sprich: ihren krankheitsbedingt eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten („innere Barrieren“), strukturellen Lücken im ambulanten Versorgungssystem (v.a. fehlenden Therapieplätzen), ausgeprägten Diskriminierungen / Stigmatisierungen aufgrund ihrer jeweiligen psychischen Erkrankungen, materieller Armut, die die soziale Teilhabe signifikant einschränkt, und strukturellen Ausschlüssen auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt. Damit soll nicht gesagt werden, dass die Geschlechtskategorie nicht auch die Lebenswelten psychisch erkrankter Personen durchzieht und prägt, sondern dass die erkrankungsbedingt eingeschränkten Funktionsfähigkeiten und die diskriminierenden Umweltfaktoren, denen sich psychisch erkrankte Personen als psychisch erkrankte Menschen gegenübersehen, die Bedeutung des Geschlechts als teilhaberelevanten Differenzierungsfaktor erkennbar überlagern. Wobei ausdrücklich festgehalten sei, dass Fragen der psychiatrisch-therapeutischen Behandlung nicht Gegenstand der Studie waren und dass das Thema der Intersektionalität, d.h. das Zusammenwirken verschiedener Diskriminierungsformen bzw. Ungleichheitskategorien, in der vorliegenden Studie nicht im Fokus stand.

Soweit die Studie diesbezüglich Handlungsbedarfe erkennen lässt, verweist sie – im Einklang mit anderen Forschungsarbeiten<sup>436</sup> – auf die stärkeren sozialen Ausschlüsse von psychisch erkrankten Männern und ihrem geringeren Hilfesuchverhalten.

**Ü2) Fachkräftemangel.** Der Mangel an Fachkräften in der Verwaltung und bei (sozial-) psychiatrischen (und anderen) Dienstleister\*innen ist in den letzten Jahren deutlich angewachsen. Die Folgen der unbesetzten Stellen sind fatal. Um nur einige Konsequenzen zu nennen: die Wartezeiten für Hilfesuchende steigen, sei es im Gesundheits-/ oder Sozialsystem; zeitnahe Vermittlungen zu anderen Dienstleister\*innen werden erschwert; Arbeitsrückstände bauen sich auf, der Druck auf die vorhandenen Mitarbeitenden steigt (Arbeitsverdichtung; steigendes Erkrankungsrisiko); die Bereitschaft bzw. die Möglichkeit, sich im Kundenkontakt Zeit zu nehmen, sinkt; bedarfsgerechte Angebote werden nicht weiter weiterausgebaut – unter Umständen nicht einmal mehr aktiv beworben, um keine zusätzliche Nachfrage zu generieren. Zudem geht mit der voranschreitenden Verrentung der Baby-Boomer angesammeltes Wissen über die weitere Dienstleistungslandschaft, über Strategien im Kundenkontakt – auch und gerade mit „schwierigen Klienten\*innen“ – und gehen informelle Netzwerkstrukturen verloren. Kurzum: Die (sich tendenziell weiter verschlechternde) Personalsituation stellt bereits für sich eine strukturelle Versorgungs-/ Teilhabebarrriere dar, die

<sup>435</sup> Dies gilt auch für die Frage, ob bzw. inwieweit in der Diagnosepraxis selbst Gender-Schemata sichtbar werden und welche Rolle biologische Prozesse (z.B. Hormonausschüttungen) bei der Genese von einzelnen psychischen Erkrankungen spielen.

<sup>436</sup> Zechert & Görres (2011); Möller-Leimkühler (2000).



ihrerseits Antworten auf verschiedenen Ebenen bedarf.<sup>437</sup> Dass es zwischen einzelnen Behörden bzw. zwischen den einzelnen (sozial-)psychiatrischen (und anderen) Dienstleister\*innen hinsichtlich der personellen Ausstattung oftmals beträchtliche Unterschiede gibt, die nicht zuletzt auch die unterschiedliche Attraktivität der einzelnen Berufsbilder widerspiegelt, ändert nichts am grundsätzlichen Befund.

**Ü3) Co-Forschung.** Der Co-Forschungsprozess hat in fachlich-inhaltlicher Hinsicht für die Studie einen Mehrwert generiert. Letztlich entscheidet sich die Sinnhaftigkeit eines solchen Ansatzes allerdings darin, inwieweit die Ergebnisse von den kommunalen Verantwortungsträger\*innen ernst genommen werden. Damit ist keine umfassende Umsetzung der hier formulierten Handlungsempfehlungen gefordert, sondern „nur“ die Erwartung, dass die Anliegen und Bedürfnisse der Betroffenen, die im Rahmen eines solchen Prozesses artikuliert werden, im späteren politischen und verwaltungstechnischen Diskurs auch Eingang finden. Aus Sicht der beteiligten Co-Forscher\*innen bzw. von Selbstvertretungsorganen ist es zentral, dass die Ergebnisse der Studie SICHTBAR (bzw. die anderer Co-Forschungsstudien) einem Monitoring unterliegen – im Sinne einer Schaffung von Transparenz, warum etwas (nicht) weiterverfolgt bzw. umgesetzt werden konnte.

**Ü4) Think Tank.** „Da müsste sich mal jemand intensiv mit beschäftigen“ ist ein gängiger Ausruf im Berufsalltag. Auch in einschlägigen Gremien (Behindertenbeirat u.ä.) und Selbstvertretungsorganen müssen die begrenzten Ressourcen aufgeteilt werden auf Selbstverwaltung, Vernetzung, Abarbeiten definierter Aufgaben und aktueller Anfragen und vieles andere mehr. Zeit und spezifische Expertise, um elementare Herausforderungen kreativ zu lösen und innovative Ansätze zu erarbeiten, fehlen in aller Regel. Für bestimmte wiederkehrende beziehungsweise grundlegende Unzulänglichkeiten im System besteht aber immer wieder besonderer Handlungsbedarf. Unternehmen aber auch Regierungen lassen sich in solchen Fällen gerne von so genannten „Think Tanks“, in neuerer Zeit auch von Bürger\*innenräten, Vorschläge erarbeiten.

---

<sup>437</sup> Dies kann hier nicht näher ausgeführt werden. Die Antworten fallen je nach Versorgungs-/ Dienstleistungssektor unterschiedlich aus. Mit Blick auf das psychiatrische Versorgungssystem sei diesbezüglich etwa genannt: Bramesfeld (2023).



## 8.3 Handlungsempfehlungen nach Themenfeldern

### 8.3.1 Behandlungs- und Unterstützungssystem

#### **Ausbau der Informationsarbeit** (siehe: Handlungsbedarf V1)

1. Informationen über Angebote für psychisch erkrankte Menschen sollen in Papier- und digitaler Form einfach zugänglich sein und umfassend und nachhaltig bekannt gemacht werden. Es wird empfohlen, für die aktuell in Planung befindliche Homepage „Wegweiser“ des Gesundheitsreferates ein Werbekonzept zu erstellen, das den „Wegweiser“ auf digitalen und analogen Kanälen (z.B. Auslegung von Info-Flyern in Arztpraxen / Apotheken, an Infopoints; durch (ansprechbare) „Stadtteilmobilitätsfahrzeuge“) etc. publik macht.
2. Im Wegweiser sind (qualitätsgeprüfte) digitale Angebote für psychisch erkrankte Menschen zu berücksichtigen wie etwa digitale Selbsthilfegruppen oder Selbstmanagementprogramme. Zudem sollten die institutionellen Angebote auf interaktiven Karten verortet werden. Wünschenswert wären zudem Verweise auf relevante rechtliche Rahmenbedingungen und die Bedeutung der einzelnen Rechtskreise (z.B. SGB IX).

#### **Selbstorganisation / Selbstvertretung** (siehe: Handlungsbedarf V11)

1. Die LHM soll gemeinsam mit Selbstvertretungsorganisationen psychisch erkrankter Personen und ihrer Angehörigen prüfen, ob bzw. inwieweit in der Arbeit der Beiräte, die den Stadtrat und die Stadtverwaltung beraten (wie z.B. der Behindertenbeirat, Kommission für Stadtgestaltung) und der Fachstellen der Verwaltung (wie z.B. der Fachstelle Inklusion und Gesundheit, Stelle für interkulturelle Arbeit) psychisch erkrankte Menschen angemessen vertreten bzw. beteiligt sind.
2. Bei einem negativen Ergebnis des Prüfauftrags ist von den Selbstvertretungsorganen psychisch erkrankter Personen und ihrer Angehörigen sowie dem Behindertenbeirat ein Konzept zu erarbeiten, wie eine angemessene Repräsentanz psychisch erkrankter Personen langfristig gewährleistet werden kann. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die Selbstvertretung im Behindertenbeirat und seinen Gremien zu richten.  
  
Maßnahmen zur Förderung der Repräsentanz könnten sein: Sitzungsgelder; betroffenenfreundliche Zeiten (außerhalb der Kernarbeitszeit, nicht am frühen Morgen); geschulte Moderator\*innen, Begleitung durch eine weitere betroffene Person („seelische Unterstützung“); leicht verständliche Sprache, schriftliche Ermöglichung schriftlicher Stellungnahmen; kleinere Runden in UAKs mit einem Sprecher für Betroffene, die Hemmungen haben vor vielen Menschen zu sprechen.
3. Um die Mitarbeit von Selbstvertretungsorganen beim Prüfauftrag und der Konzeptentwicklung zu sichern, sind entsprechende Finanzmittel vorzusehen.

#### **Sozialräumliche bzw. Institutionelle Nutzung von Betroffenen Wissen (z.B. EX-IN)** (siehe: Handlungsbedarf V12)

1. Die Expertise aus der Erfahrung einer psychischen Erkrankung ist wertvoll für die Ausgestaltung einer inklusiven Stadtgesellschaft. EX-IN-Genesungsbegleiter\*innen sind ausgebildet, diese Expertise in vielfältiger Weise zur Unterstützung von Kommunikation von Menschen mit und ohne psychische Erkrankung und bei der Entwicklung inklusiver Rahmenbedingungen einzubringen. Die LHM soll im Zusammenwirken mit dem Bezirk Oberbayern und in Austausch mit dem EX-IN-Netzwerk den Einsatz der EX-IN-Expertise fördern, indem
  - a) die Ausbildung zur\*in Genesungsbegleiter\*in niedrigschwelliger und für die Teilnehmer\*innen kostengünstiger angeboten wird (z.B. durch Zur-Verfügung-Stellen von Räumlichkeiten oder finanzielle Förderung);
  - b) ein Pool von Genesungsbegleiter\*innen gebildet und koordiniert wird, der interessierten Institutionen im Sozialraum wie etwa Nachbarschaftstreffs, GesundheitsTreffs, Wohnungsbaugesellschaften, Fachstellen und Planungseinheiten und anderen städtischen Dienststellen auf Anfrage beratend und unterstützend zur Verfügung stehen kann;
  - c) die bisherigen Einsatzmöglichkeiten (Tagesstätten, Sozialpsychiatrische Dienste, Kliniken) entsprechend erweitert und die Vergütung überarbeitet und erhöht werden.

2. Die Wirkmächtigkeit einer solchen Einbindung von Erfahrungsexpert\*innen in die Sozialräume bzw. in Institutionen und städtische Dienststellen sollte modellhaft erprobt und evaluiert werden. Im Rahmen der Evaluation ist auch die Frage der Schaffung von festen EX-IN-Stellen in der Münchner Verwaltung zu klären.

### 8.3.2 Arbeit und wirtschaftliche Lage

#### **Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit/Sensibilisierungsarbeit** (siehe: Handlungsbedarf A1)

1. Fehlende Information über die Leistungsfähigkeit und -einschränkungen sowie über die spezifischen Bedürfnisse und Barrieren von psychisch erkrankten Menschen lassen Arbeitgeber\*innen vor deren Einstellung zurückschrecken. Im öffentlichen Dienst behindert die sog. Bestenauslese zusätzlich die Inklusion von psychisch beeinträchtigten (potenziellen) Mitarbeiter\*innen. Ausgehend von der UN-BRK (Art. 8.1c) sollen das Personal- und Organisationsreferat sowie die Personalverantwortlichen der Fachreferate geeignete Informationen über psychische Erkrankungen sowie die spezifischen Bedürfnisse und vorhandenen Fähigkeiten von psychisch erkrankten Menschen und Unterstützungsmöglichkeiten von Beschäftigten mit psychischer Erkrankung erhalten.
2. Zum weiteren Abbau von potenziell negativen Einstellungen sollen interaktive Formate – auch für nichtstädtische Arbeitgeber\*innen – angeboten werden, die einen Austausch zwischen Arbeitgebenden und psychisch erkrankten Beschäftigten ermöglichen.

#### **Verstärkte Vorbildfunktion der Landeshauptstadt München als Arbeitgeberin** (siehe: Handlungsbedarf A3).

1. Die LHM soll hier als Arbeitgeberin Vorbild sein, sowohl bei bestehenden Arbeitsverhältnissen als auch bei Neueinstellungen. Dies umfasst insbesondere die
  - a) Erprobung bzw. Einführung alternativer Arbeitszeit-/ Arbeitsplatzmodelle, die auf die mitunter zeitlich schwankende Leistungsfähigkeit psychisch erkrankter Personen eingehen;
  - b) Einführung eines Fallmanagements für psychisch erkrankte Mitarbeiter\*innen;
  - c) verstärkte Beschäftigung stark leistungsgeminderter psychisch erkrankter Personen;
  - d) erhöhte Bereitschaft, Arbeitsplätze individuell an die Bedürfnisse und Handlungsmöglichkeiten psychisch erkrankter Mitarbeiter\*innen anzupassen (z.B. durch Modifizierung der jeweiligen Arbeitsplatzbeschreibungen oder Senkung der Leistungsvorgaben);
  - e) Bereitschaft, bei der Festlegung der Leistungsanforderungen für Mitarbeiter\*innen mit Kundenkontakt zu berücksichtigen, wenn diese vermehrt psychisch erkrankte Personen beraten; sprich: Senkung der Leistungsanforderung aufgrund tendenziell erhöhter Zeitaufwände durch öfters unterschiedliches Kommunikationsverhalten psychisch erkrankter Personen.
2. Analog zu ihrer Vorbildfunktion als Arbeitgeberin sollte die Landeshauptstadt München als Kostenträgerin willens sein, ihre Leistungsvorgaben auch mit Blick auf die von ihr (mit-)finanzierten Stellen bei sozialpsychiatrischen Dienstleister\*innen, auf denen letztere gezielt psychisch erkrankte Personen beschäftigen, an die Leistungsmöglichkeiten der betroffenen Stelleninhaber\*innen anzupassen.

#### **Aufbau eines Peer-Berater\*innen-Teams (EX-IN)** (siehe: Handlungsbedarf A7)

1. Das Wissen um die (inneren) Barrieren von psychisch erkrankten Arbeitnehmer\*innen muss auf allen Ebenen verbessert werden. Die zuständigen Fachreferate der LHM sollen gemeinsam mit dem Integrationsamt und dem Integrationsfachdienst sowie den relevanten Akteur\*innen der Arbeitnehmer\*innenseite eine Anlaufstelle aufbauen, die für alle im Arbeitsleben Beteiligten Beratung und Unterstützung im Zusammenhang mit Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen leistet. Die Anlaufstelle ist mit Expert\*innen aus Erfahrung (Peers) und Expert\*innen per Ausbildung zu besetzen.

### 8.3.3 Wohnen und Wohnumfeld

**Überprüfung und gegebenenfalls Ausbau der aufsuchenden psychiatrischen Fachberatung** (siehe: Handlungsbedarf W5a)

1. Die aufsuchende psychiatrische Arbeit in den Einrichtungen der städtischen Wohnungslosenhilfe ist auf ihre Bedarfsgerechtigkeit hin zu überprüfen und gegebenenfalls entsprechend auszubauen.

**Ausbau des Angebots an langfristigen Wohnmöglichkeiten** (siehe Handlungsbedarf W5b)

1. Das derzeitige Angebot an langfristigen Unterbringungs- und Wohnmöglichkeiten für psychisch erkrankte obdachlose Personen ist auszubauen. Dabei ist auf qualitative Bedarfsgerechtigkeit zu achten (z.B. Flexibilität der Unterstützungsangebote bei Bedarfsschwankungen; Orientierung der Unterstützungsangebote an den individuellen Bedarfen der Bewohner\*innen). Insbesondere ist sicherzustellen, dass psychisch erkrankte Personen, die psychosoziale Unterstützungsleistungen und/oder psychiatrische Behandlungen ablehnen, trotzdem eine langfristige Heimstatt finden können. Der Möglichkeit der Entkoppelung von Wohnform und sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Unterstützungsleistungen muss – ganz im Sinne der UN-BRK (Recht auf unabhängige Lebensführung) –, ein hoher Stellenwert beigemessen werden.

### 8.3.4 Soziale Beziehungen und Soziale Teilhabe

**Freizeit | Kultur** (siehe: Handlungsbedarf S3)

1. Das Kulturreferat und das Referat für Bildung und Sport werden gebeten, in Zusammenarbeit mit dem Koordinierungsbüro zur Umsetzung der UN-BRK, Selbstvertretungsorganen und dem Behindertenbeirat die im städtischen Bereich vorhandenen Kriterien, Checklisten und Internetauftritte (z.B. Kultur barrierefrei München) zur Barrierefreiheit im Kultur-/ Freizeit- und Sportbereich mit Blick auf die Berücksichtigung der Bedarfe von psychisch erkrankten Personen zu sichten und gegebenenfalls zu erweitern. Ziel ist eine möglichst konkrete und verbindliche Handreichung/Checkliste für Kultur-, Freizeit- und Sportangebote der LHM sowie von städtisch geförderten Veranstalter\*innen.
2. Insofern die Einhaltung der Vorgaben der Checkliste mit zusätzlichen Kosten einhergehen (kann), sollten für diesen Fall die etwaig verfügbaren städtischen Fördermöglichkeiten (z.B. Inklusionsfonds) auf ihre Förderbedingungen hin geprüft bzw. sollten diese gegebenenfalls im Rahmen eines umfassenderen Förderkonzeptes definiert werden.

**Mobilität** (siehe: Handlungsbedarf S6)

1. Mobilität ist ein zentraler Faktor für gesellschaftliche Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben. Für Personen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht oder nur mit größten Problemen den ÖPNV nutzen können, sollte die LHM in Zusammenarbeit mit dem Behindertenbeirat / AK Mobilität und Selbstvertretungsorganisationen ein Konzept für ein Taxi-Gutschein-System für diesen Personenkreis entwickeln.
2. Das Angebot sollte auf seine Leistungsfähigkeit und Adressatengerechtigkeit hin nach zwei Jahren überprüft werden (Evaluation) und das Konzept ggf. bedarfsgerecht angepasst werden.

### 8.3.5 Stigmatisierung und Diskriminierung

**Aufklärung und Sensibilisierung** (siehe: Handlungsbedarf D1a)

1. Aufklärung und Sensibilisierung [Stadtgesellschaft] über psychische Erkrankungen und damit verbundene Barrieren für die betroffenen Personen muss als städtische Daueraufgabe betrachtet werden. Die Landeshauptstadt München soll daher entsprechende Antidiskriminierungs- bzw. Antistigmatisierungsmaßnahmen auflegen bzw. ein jährliches Budget zur Verfügung stellen, damit UN BRK-Büro, Selbstvertretungsorgane u.a. entsprechende Maßnahmen durchführen können. Dazu

sollten insbesondere Aktions-Programme gehören, bei denen Selbsterfahrung ein hoher Stellenwert eingeräumt wird sowie standardisierte Programme (z.B. MHFA-Ersthelfer-Programme<sup>438</sup>).

#### **Verwaltungshandeln zielgruppengerechter gestalten** (siehe: Handlungsbedarf D3a)

1. Lernen am Modell und im direkten Austausch führt am stärksten zur Veränderung von inneren Haltungen. Die Landeshauptstadt München sollte – unter Einbeziehung von Expert\*innen in eigener Sache – eine Fortbildung speziell zu den Belangen und Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen entwickeln und durchführen. Die Fortbildung soll sich vorrangig an Mitarbeitende der Landeshauptstadt mit Kundenkontakt (aber auch an Führungskräfte) richten. Neben Sensibilisierung sollte es nicht zuletzt darum gehen, den Mitarbeiter\*innen die Angst zu nehmen, im Kontakt mit psychisch erkrankten Kund\*innen Fehler zu machen.

#### **8.3.6 Übergeordnete Aspekte**

##### **Think Tank** (siehe Handlungsbedarf: Ü1)

1. Menschen mit psychischen Behinderungen bzw. Erkrankungen werden oft vergessen. Bedürfnisse und Barrieren kann man nur dann angehen, wenn man sie von verschiedenen Perspektiven aus betrachtet – immer aber unter Beteiligung von Expert\*innen aus Erfahrung. Die LHM soll zu ausgewählten relevanten Themen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen in München betreffen, so genannte „Think Tanks“ (alternativ einen Bürger\*innenrat) einrichten. Dort werden von Akteur\*innen aus der Praxis mit Betroffenen bzw. Expert\*innen aus Erfahrung multiperspektivisch und transdisziplinär Lösungen bzw. Handlungsempfehlungen zu aktuellen Problemen (z.B. neue Arbeitszeitmodelle) erarbeitet. Dies geschieht nichtöffentlich, moderiert, prozesshaft und mit Aufwandsentschädigung vergütet.

##### **Co-Forschung** (siehe Handlungsbedarf: Ü2)

1. Gesellschaftliche Teilhabe bedeutet auch Einbezug bei Planungsprozessen und strategischen Entscheidungen. Diesen gehen oft Forschungsstudien voraus. Die LHM soll bei Themen, die die Belange von Menschen mit einer (seelischen) Behinderung berühren, Co-Forschung bzw. die Einbindung der Expertise aus eigener Erfahrung anstreben und dafür auch die notwendigen zeitlichen und finanziellen (z.B. Aufwandsentschädigung) Rahmenbedingungen schaffen. Die Ergebnisse der Studien sind regelhaft – spätestens nach vier Jahren – und unter Einbeziehung von Betroffenen – ebenfalls mit finanziellem Ausgleich (s.o.) – auf ihre Umsetzung zu prüfen.

---

<sup>438</sup> MFHA (**M**ental **H**ealth **F**irst **A**id) Ersthelfer sind vergleichbar medizinischen Ersthelfern, nur mit spezieller Ausrichtung auf psychische (Not)Situationen.

## Literaturverzeichnis

- Altgeld, Tomas. 2019. "Mittendrin oder Außen vor? Gesundheitsförderung: Inklusive denken und gestalten. Vortrag in Berlin am 4. Mai 2019. (<https://asbh.de/wp-content/uploads/2019/10/Thomas-Altgeld-Gesundheitsf%C3%B6rderung.pdf>)
- Astell-Burt, Thomas, Terry Hartig, Gusti Ngurah Edi Putra, Ramya Walsan, Tashi Dendup & Xiaoqi Feng. 2022. "Green Space and Loneliness: A Systematic Review with Theoretical and Methodological Guidance for Future Research." *Science of the Total Environment* 847(15 November 2022).
- Bach, Mara. 2017. *Subjektive Erfahrungen und Einstellungen Psychoseerfahrener zur Psychiatrie und Psychotherapie (Bachelorarbeit an der Philipps Universität Marburg)*. Marburg: Uni Marburg.
- Baldas, Eugen & Christopher Bangert, Hrsg. 2008. *Ehrenamt in der Caritas: Allensbacher Repräsentativbefragung | Qualitative Befragung | Ergebnisse - Perspektiven*. Freiburg: Lambertus.
- Barber, S., P.C. Gronholm, S. Ahuja, N. Rüsç & G. Thornicroft. 2020. "Microaggressions Towards People Affected by Mental Health Problems: A Scoping Review." *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29(e82):1-11.
- Bayerischer Landtag, Hrsg. 2022. *Interpellation der Abgeordneten Katharina Schulze et al (Bündnis 90/Die Grünen): Psychische Gesundheit (Drucksache 18/24123 Vom 23.09.2022)*. München: Bayerischer Landtag. ([https://www1.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage\\_WP18/Drucksachen/Basisdrucksachen/0000009500/18\\_24123\\_Interpellation.pdf](https://www1.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP18/Drucksachen/Basisdrucksachen/0000009500/18_24123_Interpellation.pdf) (letzter Aufruf: 22.12.2022)).
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Hrsg. 2021. *Erster Bayerischer Psychiatriebericht*. München: STGMP.
- Bergold, Jarg & Mike Seckinger. 2007. "Community Psychology between Attitude and Clinical Practice: The German Way." S. 238-62 in *International Community Psychology: History and Theories*, Hrsg.: S. M. Reich, I. Prilleltensky, M. Riemer & M. Montero. New York: Springer.
- Bergold, Jarg & Stefan Thomas. 2012. "Partizipative Forschungsmethoden: Ein Methodischer Ansatz in Bewegung." *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 13(1, Art. 30, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1201302> (abgerufen 13.12.2022)).
- Bermejo, I., F. Frank, I. Maier & LP. Hölzel. 2012a. "Gesundheitsbezogenes Inanspruchnahmeverhalten von Personen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung im Vergleich zu Deutschen." *Psychiatrische Praxis* 39:64-70.
- Bermejo, I., LP. Hölzel, L. Kriston & M. Härter. 2012b. "Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen." *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55(944-953).
- Bezirk Oberbayern, Hrsg. 2015. *Ex-in Im Bezirk Oberbayern: Endbericht zum Modellprojekt*. München: Bezirk Oberbayern. (<https://www.bezirk-oberbayern.de/EX-IN>)
- Bezirk Oberbayern, Hrsg. 2021. *Dritter Sozialbericht: Datenfortschreibung. Landeshauptstadt München 2016-2020*. München: Bezirk Oberbayern. (<https://www.bezirk-oberbayern.de/Soziales/Sozialplanung/Sozialberichterstattung/>)
- Blank, Daniela, Peter Brieger & Johannes Hamann. 2021. "Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Psychischer Erkrankung - Ein Scoping Review." *Psychiatrische Praxis* 48:119-26.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales), Hrsg. 2021. *Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. 2021*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), Hrsg. 2016. *Grundsatzpapier des BMBF zur Partizipation*. Berlin: BMBF. ([https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/bmbf\\_grundsatzpapier\\_partizipation\\_barrierefrei.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/bmbf_grundsatzpapier_partizipation_barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen 14.01.2023)).
- BMKOES (Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport), Hrsg. 2021. *Kurzstudie zur Öffentlichen Kunst- Und Kulturförderung im internationalen Vergleich: Sachstand und Perspektiven unter besonderer Betrachtung einzelner Mitgliedsstaaten der Europäischen Union* Wien: BMKOES. (<https://www.bmkoes.gv.at/Kunst-und-Kultur/europa-und-internationales/kulturpolitik-in-der-eu/Studie-%C3%B6ffentliche-Kunst--und-Kulturf%C3%B6rderung-im-internationalen-Vergleich.html>)
- BMVI (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur), Hrsg. 2019. *Mobilität in Deutschland. Kurzreport: Stadt München, Münchner Umland Und Mvv-Verbundraum*. Bonn: BMVI.



- Böger, A. & Oliver Huxhold. 2018. "Do the Antecedents and Consequences of Loneliness Change from Middle Adulthood into Old Age?". *Developmental Psychology* 54(1):181-97.
- Borgstedt, Silke & Heide Möller-Slawinski. 2020. *Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderung (Trendstudie)*. Bonn | Heidelberg: Aktion Mensch | SINUS-Institut.
- BPE (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.). o.D. *Tipps und Tricks um Ver-Rücktheiten zu steuern (Online-Dokument: [Http://Www.Psychiatrie-Erfahrenere-Nrw.De/Psychopharmaka/Tipps\\_Steuern.Html](http://www.Psychiatrie-Erfahrenere-Nrw.De/Psychopharmaka/Tipps_Steuern.Html))*.
- Bramesfeld, Anke. 2023. "Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland aus Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems: Aktuelle Entwicklungsbedarfe." *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 66:363-70.
- Breinlinger, Lisa & Nikolaj Wagner. 2018. *Mitgliederbefragung ApK München 2017: Erste Ergebnisse und Erkenntnisse. Präsentation im Rahmen der Mitgliederversammlung am 15. Mai 2018. (Unveröffentlichtes Dokument)*. München: ApK München e.V.
- Brieger, Peter. 2019. "Psychiatrische Versorgung in Deutschland - Ein Überblick". *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 62(2):121-27.
- Bundesverfassungsgericht. 2021. "Teilweise erfolgreiche Verfassungsbeschwerden zu Zwangsbehandlungen bei Patientenverfügung im Maßregelvollzug." *Pressemitteilung Nr. 66/2021 vom 30. Juli 2021*.
- Bundesweites Bündnis für Sprachmittlung im Gesundheitswesen. 2022. *Positionspapier: Zur Aufnahme von Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. ins SGB V*. Online Dokument ([https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2022/12/Positionspapier-Buendnis-Sprachmittlung\\_Langversion\\_finalisiert\\_30112022.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2022/12/Positionspapier-Buendnis-Sprachmittlung_Langversion_finalisiert_30112022.pdf)).
- Busch, Markus, Ulrike Maske, Robert Schlack & Ulfert Hapke. 2013. "Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DeGs1)." *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56(5-6):733-39.
- Chang, C-K, R.D. Hayes, G. Perera, M.T.M. Broadbent, A.C. Fernandes & W.E. Lee. 2011. "Life Expectancy at Birth for People with Serious Mental Illness and Other Major Disorders from a Secondary Mental Health Care Case Register in London." *PLoS ONE* 6(5): e19590. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019590>.
- Chew-Graham, CA, S. Gilbody, J. Curtis, R.I. Holt, A.K. Taylor & D. Shiers. 2021. "Still 'Being Bothered About Billy': Managing the Physical Health of People with Severe Mental Illness." *British Journal of General Practice* 71(709):373-76.
- Corrigan, Patrick W. 2022. "Coming out Proud to Erase the Stigma of Mental Health." *World Psychiatry* 21(3):388-89.
- Daum, Marcel. 2018. "Teilhabechancen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung." S. 55-64 in *Abgehängt und Chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* Hrsg.: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, A. Speck & I. Steinhart. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Deutscher Bundestag, Hrsg. 2016. *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)*. Bundestag-Drucksache 18/9522 (Vom 05.09.2016) Berlin: Deutscher Bundestag. (<https://dserver.bundestag.de/btd/18/095/1809522.pdf>).
- DGB (Institut Deutscher Gewerkschaftsbund-Index Gute Arbeit), Hrsg. 2020. *Alle Gesund? Wie die Beschäftigten ihre Arbeitsbedingungen und ihren Gesundheitszustand bewerten. Sonderauswertung der Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit 2019*. Berlin: DGB.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde). 2012. *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland*. ([https://www.DGPPN.de/\\_Resources/Persistent/7e810b2fd033c8a7d0b13479dc516ad310e11fa1/2012-09-12-DGPPN-Positionspapier-Migration.pdf](https://www.DGPPN.de/_Resources/Persistent/7e810b2fd033c8a7d0b13479dc516ad310e11fa1/2012-09-12-DGPPN-Positionspapier-Migration.pdf))
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde). 2023. "Basisdaten: Psychische Erkrankungen." *Online-Paper* ([https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/93a818859031c45661aa7f6d298d6fecc6de45e9/20230104\\_Factsheet\\_Kennzahlen.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/93a818859031c45661aa7f6d298d6fecc6de45e9/20230104_Factsheet_Kennzahlen.pdf))
- Dietrich, Nora. 2023. "Zwischen Burn-out und Yogamatte." *G+L: Magazin für Landschaftsarchitektur und Stadtplanung* 20(03):15-17.



- Dischler, Andrea. 2010. *Teilhabe und Eigensinn: Psychiatrie-Erfahrene als Tätige in der Freiwilligenarbeit*. Opladen | Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Dischler, Andrea, Waltraud Himmelmann & Rainer Höflacher. 2019. "'Psychisch Krank' - Gelingt Inklusion trotz Tabuisierung?" S. 211-28 in *Schwache Interessen? Politische Beteiligung in Der Sozialen Arbeit*, Hrsg.: K. Toens & B. Benz. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- DIVSI (Deutsches Institut für Vertrauen und Sicherheit im Internet), Hrsg. 2018. *DIVSI U25-Studie: Euphorie war gestern: Die "Generation Internet" zwischen Glück und Abhängigkeit* Hamburg: DIVSI.
- DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen), Hrsg. 2021. *Pressemitteilung vom 22.02.2021: Deutlich mehr als vor der Corona-Epidemie: Jede siebte Person ab 46 fühlt sich einsam.* (<https://www.dza.de/detailansicht/deutlich-mehr-als-vor-der-corona-pandemie-jede-siebte-person-ab-46-jahren-fuehlt-sich-einsam>)
- Ebert, Andreas. 2023. "Therapie: Grün und Blau." *G+L: Magazin für Landschaftsarchitektur und Stadtplanung* 20(3):26-31.
- Egner, Björn, Stephan Grohs & Tobias Robischon. 2021. "Die Rückkehr der Wohnungsfrage." S. 1-13 in *Die Rückkehr der Wohnungsfrage. Stadtforschung Aktuell.*, Hrsg.: B. Egner, S. Grohs & T. Robischon. Wiesbaden: Springer VS.
- Eimer, Annick 2022. "Ist das noch Wissenschaft?". *DUZ Magazin 05/2022 vom 20.05.2022* (<https://www.duz.de/beitrag/!/id/1345/ist-das-noch-wissenschaft>)
- Entringer, Theresa, Hannes Kröger, Jürgen Schupp, Simon Kühne, Stefan Liebig, Jan Goebel, Markus Grabka, Daniel Graeber, Martin Kroh, Carsten Schröder, Johannes Seebauer & Sabine Zinn. 2020. "Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil." *SOEP Papers (DIW)* 1087
- Fainzang, Sylvie, Hans Einar Hem & Mette Bech Risør. 2010. "Introduction." S. 11-23 in *The Taste for Knowledge: Medical Anthropology Facing Medical Realities*, Hrsg.: S. Fainzang, H. E. Hem & M. B. Risør. Aarhus: Aarhus University Press.
- Fancourt, Daisy & Ursula Tymoszuk. 2018. "Cultural Engagement and Incident Depression in Older Adults: Evidence from the English Longitudinal Study of Aging." *British Journal of Psychiatry* 214(4):1-5.
- Fancourt, Daisy & Saoirse Finn. 2019. *What Is the Evidence on the Role of the Arts in Improving Health and Well-Being? A Scoping Review*. Genf: WHO.
- Finzen, Asmus. 2013. *Stigma psychische Krankheit: Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Fiorillo, Andrea & Norman Sartorius. 2021. "Mortality Gap and Physical Comorbidity of People with Severe Mental Disorders: The Public Health Scandal." *Annals of General Psychiatry* 20:5 pages. doi: <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00374-y>.
- Flentje, Annesa, Nicholas Heck, James Brennan & Ilan H. Meyer. 2020. "The Relationship between Minority Stress and Biological Outcome. A Systematic Review." *Journal of Behavioral Medicine* 43:673-94.
- Foucault, Michel. 1993. *Überwachen und Strafen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Frisch, Annika, Samuel Thoma & Dyrk Zedlick. 2021. "Die Bürde der Armut wird zu selten wahrgenommen. Alles Ist Diagnose..." *Sozialpsychiatrische Informationen* 51(2):22-24.
- Früchtel, Frank, Wolfgang Budde & Gudrun Cyprian. 2007. *Sozialer Raum und Soziale Arbeit, Fieldbook: Methoden Und Techniken*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fuchs, Thomas. 2021. *Randzonen der Erfahrung: Beiträge zur Phänomenologischen Psychopathologie*. Freiburg / München: Karl Alber
- Gastel, Matthias. 2017. *Junge Menschen verzichten immer häufiger auf den Führerschein*. ([https://www.matthias-gastel.de/wp-content/uploads/2016/09/Entwicklung\\_F%C3%BChrerscheinerteilungen-Baden-W%C3%BCrttemberg-mit-Tabellen.pdf](https://www.matthias-gastel.de/wp-content/uploads/2016/09/Entwicklung_F%C3%BChrerscheinerteilungen-Baden-W%C3%BCrttemberg-mit-Tabellen.pdf)).
- Gelitz, Christiane. 2022. "Wir brauchen eine neue Ordnung für psychische Störungen". *Spektrum.de (Online-Zeitschrift)* (<https://www.spektrum.de/news/eine-neue-ordnung-fuer-psychische-stoerungen/1923280>)
- Giernalczyk, Thomas & Ross A. Lazar. 2002. "Das System der Berater und ihre Rolle." S. 68-79 in *Supervision Und Organisationsberatung. Institutionen bewahren durch Veränderung*, Hrsg.: T. Giernalczyk. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.
- GKV (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherer), Hrsg. 2023. *Leitfaden Prävention*. Berlin: GKV.

- Granello, Darcy Haag & Todd A. Gibbs. 2016. "The Power of Language and Labels: "The Mentally Ill" Versus "People with Mental Illnesses"." *Journal of Counselling & Development* 94(1):31-40.
- Grossimlinghaus, I., P. Falkaj, W. Gaebel, A. Hasan, M. Janner, B. Janssen & et als. 2015. "Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie." *Der Nervenarzt* 86(11):1393-99.
- Grüber, Katrin. 2015. "Barrieren für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erkennen, überwinden und beseitigen." S. 111-25 in *Inklusion - Ein Menschenrecht. Was hat sich getan, was kann man tun?*, Hrsg.: G. Geiger & M. Lengsfeld. Opladen u.a.: Barbara Budrich.
- Hartmann, Petra & Stefan Bräunling. 2007. "Gemeinsam(e) Stärke finden – Das Berliner Weglaufhaus. S. 195-207 in *Statt Psychiatrie 2*, Hrsg.: P. Lehmann & P. Stastny. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrie-Verlag.
- Hartung, Susanne, Petra Wihofszky & Michael T. Wright. 2020. *Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
- Heim, Lisa. 2020. *Teilhabe aus theoretischer und praktischer Sicht: Der Begriff und seine Umsetzung am Beispiel schwer psychisch kranker Menschen*. Höchberg: ZKS Verlag für psychosoziale Medien.
- Heinz, Andreas, Sabine Müller & Annika Rosenthal. 2016. "Was ist "normal", was ist "krank"? Krankheitsbegriff und Diagnostik in der Psychiatrie." *Spectrum Psychiatrie* 2016(4).
- Heinz, Claudia & Jörg Utschakowski. 2006. "Verlauf psychischer Erkrankungen " S. 224-29 in *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege — Mental Health Care.*, Hrsg.: M. Gaßmann, W. Marschall & J. Utschakowski. Berlin | Heidelberg: Springer.
- Henkel, Miriam , Johannes Zimmermann, Dorothea Huber, Jörg Frommer, Hermann Staats & Cord Benecke. 2018. "Patientencharakteristika in psychoanalytischen Ausbildungsambulanzen und Praxen." *Forum der Psychoanalyse* 34(99-111).
- Hermann, et. al. 2004. ""Miteinander statt übereinander": Ergebnisse einer Begleitstudie zum Weddinger Psychoseminar und Erfahrungen mit der Forschungspartizipation von Psychoseerfahrenen." *Journal für Psychologie* 12(4):295-325.
- Hillert, Andreas, Andreas Weber & Volker Köllner. 2016. "Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess: Das "Hamburger-Modell" in Psychotherapie und Psychosomatik". *Psychotherapie im Dialog* 17(2):69-73.
- Hoell, Andreas & Hans-Joachim Salize. 2019. "Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit." *Nervenarzt* 90:1187-200.
- Höptner, Anja. 2018. "Fokus Wohnen: >Ambulant (Immer) vor Stationär?<." S. 65-82 in *Abgehängt und Chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen*, Hrsg.: Landesverband Spzialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, A. Speck & I. Steinhart. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Hügler, Stephanie. 2023. "Hilfe für psychisch kranke Wohnungslose (Leitartikel)." *Ärztliche Anzeigen* 04/23. (<https://www.aerztliche-anzeigen.de/leitartikel/hilfe-fuer-psychisch-krank-wohnungslose>)
- Huxhold, Oliver & Clemens Tesch-Römer. 2021. "Einsamkeit steigt in der Corona-Pandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich." *DZA Aktuell* 4/2021.
- ICPHR (International Collaboration for Participatory Health Research), Hrsg. 2020. *Position Paper 3: Impact in Participatory Health Research (Version: March 2020)*. Berlin: International Collaboration for Participatory Health Research. ([http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/icphr\\_position\\_paper\\_3\\_impact\\_-\\_march\\_2020\\_\\_1\\_.pdf](http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/icphr_position_paper_3_impact_-_march_2020__1_.pdf))
- Illouz, Eva. 2020. *Die Errettung der modernen Seele* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Jagusch, Frank. 2015. "Selbsthilfe und Patientenbeteiligung - Ergebnisse einer Pilotstudie über Selbsthilfeorganisationen für seltene Erkrankungen." S. 195-204 in *Gesundheitsselfhilfe Im Wandel: Themen und Kontroversen*, Hrsg.: M. Danner & R. Meierjürgen. Baden-Baden: Nomos.
- Jankélévitch, Vladimir & Béatrice Berlowitz. 2008. *Irgendwo im Unvollendeten*. Wien: Turia + Kant.
- Jobcenter München, Hrsg. 2022. *Arbeitsmarkt- und Integrationsprogramm 2022*. München: Jobcenter.
- Jong Gierveld, J. de, Theo G. van Tilburg & Pearl A Dykstra. 2006. "Loneliness and Social Isolation " S. 485-500 in *Handbook of Personal Relationships*, Hrsg.: A. Vangelist & D. Perlman. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jungblut, Sarah-Indra. 04.06.19. "Übersetzung Mark Newton: Citizen Science – als Laie die Forschung unterstützen." (<https://Reset.Org/Citizen-Science/>)

- Kampmann, Juliane Alexandra. 2022. *Zusammenhang zwischen Selbststigmatisierung, wahrgenommenen Versorgungsbarrieren und Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie bei Schizophrenie-Patient:Innen (Masterarbeit)*. Hamburg: MSH Medical School Hamburg. (<https://opus.bsz-bw.de/msh/frontdoor/index/index/docId/185>)
- Kardoff, Ernst von. 2010. "Gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker Menschen an und jenseits der Erwerbsarbeit " S. 129-39 in *Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge* Hrsg.: H. Wittig-Koppe, F. Bremer & H. Hansen. Neumünster: Paranus-Verlag.
- Kasprowski, David, Mirjam Fischer, Lisa de Vries, Martin Kroh, Simon Kühne, David Richter & Zaza Zindel. 2021. "Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI\*-Menschen." *DIW Wochenbericht* 6/2021:79-89.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung), Hrsg. 2021. *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2021. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage*. Mannheim: KBV.
- Kierkegaard, Sören. 2019<sup>8</sup>. *Die Krankheit zum Tode. Furcht und Zittern. Die Wiederholung. Der Begriff der Angst. (Herausgegeben Von Hermann Diem & Walter Rest)*. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Klosinski, Matthias, Sandra Castro Núñez, Cornelia Oesterreich & Thomas Hegemann, Hrsg. 2022. *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Stuttgart: UTB.
- Knörle, Uwe, Stefan Gutwinski, Stefan N. Willich & Berghöfer. 2022. "Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit: Ergebnisse einer Sekundärdatenanalyse in einem Berliner Gesundheitszentrum für Obdachlose ". *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 65(6):677-87.
- Knuth, Matthias. 2022. "Der Soziale Arbeitsmarkt - Ein Paradigmenwechsel in der öffentlich geförderten Beschäftigung?" *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 4/2022:4-15.
- Koch, E. 2002. "Transkulturelle Ansätze in der Psychiatrie: Aufbau einer Station für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie." S. 173-87 in *Gesundheit und Migration. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde*, Hrsg.: C. Dettmers, W. Albrecht & C. Weiller. Bad Honnef: Hippocampus.
- Kolba, Nicole & Bernhard Borgetto. 2007. "Gesundheitsbezogene Selbsthilfe und Soziale Ungleichheit." *Public Health Forum* 15(55):17.e1-17.e2.
- Krupa, Terry, Bonnie Kirsh, Lynn Cockburn & Rebecca Gewurtz. 2009. "Understanding the Stigma of Mental Illness in Employment." *Work* 33(4):413-25. doi: 10.3233/WOR-2009-0890.
- Kullmann, Fine , Tobias Teisman, Karen Krause, Sören Friedrich, Jürgen Margraf & Silvia Schneider. 2023. "Zugangsbarrieren zur Psychotherapie für Menschen mit Psychosen aus Psychotherapeut\_Innenperspektive: Eine explorative Studie." *Verhaltenstherapie* 33(2): [Seitenzahlen noch offen]
- LAG Lesben in NRW e.V., Hrsg. 2020. *LSBTIQ\* Inklusiv NRW (Kurzbericht)*. Düsseldorf: LAG Lesben.
- Landeshauptstadt München (Direktorium), Hrsg. 2020. *Wohnungslos Heimatlos: LGBTI\* in der Wohnungslosigkeit*. München: Koordinierungsstelle zur Gleichstellung von LGBTI\*.
- Landeshauptstadt München (Referat für Arbeit und Wirtschaft), Hrsg. 2022. *Münchner Beschäftigungs- und Qualifizierungsprogramm (MBQ): Programmfortschreibung 2023. (Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 08034)*. München: RAW. (<https://risi.muenchen.de/risi/sitzungsvorlage/detail/7389892;jsessionid=951D8659260D210933CCDD97140AE106>).
- Landeshauptstadt München (Referat für Stadtplanung und Bauordnung), Hrsg. 2022. *Bevölkerungsbefragung zur Stadtentwicklung 2021: Soziale Entwicklungen und Lebenssituation der Münchner Bürger\*innen*. München: Landeshauptstadt München.
- Landeshauptstadt München (Sozialreferat), Hrsg. 2017. *Münchner Armutsbericht 2017*. München: Landeshauptstadt München.
- Landeshauptstadt München (Sozialreferat), Hrsg. 2019. *2. Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention*. München: LH München.
- Landeshauptstadt München (Sozialreferat), Hrsg. 2022. *Münchner Armutsbericht 2022*. München: Landeshauptstadt München.
- Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, Andreas Speck & Ingmar Steinhart, Hrsg. 2018. *Abgehängt und Chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.

- Langenkamp, Alexander. 2021. "Lonely Hearts, Empty Booths? The Relationship between Loneliness, Reported Voting Behavior and Voting as Civic Duty." *Social Science Quarterly* 102(4):1239-54.
- Latour, Bruno. 2016. *Cogitamus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- LPE (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e.V.), Hrsg. 2021. *Hilfe jenseits der Psychiatrie: Die Bochumer Krisenzimmer*. Bochum: LPE. ([http://www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de/downloads/200331\\_Bochumer\\_Krisenzimmer\\_Online\\_Einzelseiten.pdf](http://www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de/downloads/200331_Bochumer_Krisenzimmer_Online_Einzelseiten.pdf))
- Machleidt, W. 2002. "Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen in Deutschland." *Nervenarzt* 72: 1208-1209.
- Machleidt, Wielant, Ulrike Kluge, Marcel Sieberer & Andreas Heinz, Hrsg. 2018<sup>2</sup>. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München: Urban & Fischer.
- Mayer, Gesa, Anneke Wiese, Matthias Nauerth, Dieter Röh & Johanna Baumgardt. 2018. "Zur Bedeutung des Empowerments in sozialen Beziehungen für die Teilhabe von psychisch erkrankten Menschen (Ergebnisse aus einer qualitativen Studie im Arbeitsfeld "Ambulante Sozialpsychiatrie")." *Sozialpsychiatrische Informationen* 48(3):29-37.
- Melle, Thomas. 2020. *Die Welt Im Rücken*. Hamburg: Rowohlt.
- Möller-Leimkühler, A.M. 2000. "Männer und Depression. Geschlechtsspezifisches Hilfesuchverhalten." *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie* 68(11):489-95.
- MüPE e.V., Hrsg. 2022. *Jahresbericht 2021 der Unabhängigen Beschwerdestelle Psychiatrie München (UBPM (Unveröffentlicht))*. München: MüPE.
- NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen), Hrsg. 2012. *Selbsthilfe bei Migrantinnen und Migranten fördern und unterstützen. Anregungen und Beispiele für Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen*. Berlin: NAKOS.
- Nesse, Randolph M. 2020. *Good Reasons for Bad Feelings: Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry*. London: Penguin Books.
- Nübling, Rüdiger, Frauke Schiwy, Samy El Barbari, Klaus Hesse, Hendrik Müller, Roland Straub, Joan Brandt, Johanna Göttmann-Franke & Thomas Schnell. 2023. "Apps-Studie 2020 – Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen." *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (PPmP)* 73(09): [Seitenzahlen noch offen]
- Oliver, Mike. 1996a. "Defining Impairment and Disability: Issues at Stake." S. 39-54 in *Exploring the Divide: Illness and Disability*, Hrsg.: C. Barnes & G. Mercer. Leeds: Disability Press.
- Oliver, Mike. 1996b. "A Sociology of Disability or a Disablist Sociology?" S. 18-42 in *Disability and Society: Emerging Issues and Insights*, Hrsg.: L. Barton. London & New York: Longman.
- Paritätischer Gesamtverband, Hrsg. 2019. *"Wohnen ist mehr als nur eine Wohnung haben": Abschlussbericht des Projekts "Inklusion psychisch kranker Menschen bewegen"*. Berlin: Paritätische Gesamtverband. ([https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user\\_upload/Schwerpunkte/Inklusion/doc/Dokumentation\\_Wohnen\\_ist\\_mehr\\_als\\_nur\\_eine\\_Wohnung\\_haben.pdf](https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Inklusion/doc/Dokumentation_Wohnen_ist_mehr_als_nur_eine_Wohnung_haben.pdf))
- Penson, William J. 2015. "Unsettling Impairment: Mental Health and the Social Model of Disability." S. 57-66 in *Madness, Distress and the Politics of Disablement*, Hrsg.: H. Spandler, J. Anderson & B. Sapey. Bristol: Policy Press.
- Plöderl, Martin & Pierre Tremblay. 2015. "Mental Health of Sexual Minorities. A Systematic Review." *International Review of Psychiatry* 27(5):367-85.
- Ratzke, Katharina, Wolfgang Bayer & Svenja Bunt, Hrsg. 2020. *Inklusion für die Gemeindepsychiatrische Praxis: Erfahrungen aus einem Modellprojekt*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Ritter-Rupp, Claudia, Sandra Fett, Anne-Kathrin Pfeifer & Martin Tauscher. 2023. *Analyse der Wartezeiten in der Psychotherapie in Bayern*. München: KVB.
- RKI (Robert-Koch-Institut). 2004. *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- RKI (Robert Koch-Institut). 2021. "Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der Covid-19-Pandemie." *Journal of Health Monitoring* November 2021 (Special Issue 7).
- Rosemann, Matthias. 2018. *BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Rüsch, Nicolas & Matthias Berger. 2012. "Das Stigma psychischer Erkrankungen." S. 951-57 in *Psychische Erkrankungen*, Hrsg.: M. Berger. München: Urban und Fischer.



- Rüsch, Nicolas. 2015. „Antistigma-Interventionen und Coming Out Proud / In Würde zu sich stehen.“ S. 253-257 in *Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation (Tagungsdokumentation 03 und 04 November 2015 in Berlin)*, Hrsg. Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß & Andrea Heinz. Bonn: Aktion psychisch Kranker.
- Rüsch, Nicolas, E. Abbruzzese, E. Hagedorn, D. Hartenhauer, I. Kaufmann, J. Curschellas, S. Ventling, G. Zuaboni, R. Bridler, M. Olschweski, W. Kawohl, W. Rössler, B. Kleim & P.W. Corrigan. 2014. "Efficacy of Coming out Proud to Reduce Stigma's Impact among People with Mental Illness: Pilot Randomised Control Trial." *British Journal of Psychiatry* 204:391-97.
- Rüsch, Nicolas. 2021. *Das Stigma psychischer Erkrankung: Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung*. München: Elsevier.
- Sagner, Andreas. 2013. *Arbeits- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Landeshauptstadt München (Studie im Auftrag des Sozialreferats der LH München, 2 Teile)*. München: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.
- Sagner, Andreas & Ina Plambeck. 2014. *Endbericht zur Evaluation des Pilotprojektes „Psychosoziale Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Migrationshintergrund und psychischen Problemen in der Sozialregion Laim/Schwanthalerhöhe als Modellregion“ (Unveröffentlichter Abschlussbericht)*. München: SIM Sozialplanung
- Sagner, Andreas. 2017. *Evaluation des Münchner Projektes "Lotse" für besonders benachteiligte neuzugewanderte Menschen aus der Europäischen Union (EHAP) (Unveröffentlichter Abschlussbericht)*. München: SIM Sozialplanung
- Sagner, Andreas. 2019. *Selbsthilfe - Gesundheit - Migration (Endbericht)*. München: Selbsthilfezentrum München & SIM Sozialplanung.
- Sagner, Andreas & Monika Stürzer. 2022. *Das Modellprojekt „Kultur Street Work Neuaubing-Westkreuz“: Bericht der Evaluation (Unveröffentlichter Abschlussbericht)* München: SIM Sozialplanung.
- Schiffner, Michelle. 2021. *Die Chronifizierung psychischer Störungen und Interventionsmöglichkeiten der klinischen Sozialarbeit*. Höchberg bei Würzburg: ZKS Verlag für psychosoziale Medien.
- Schlenker, Rolf-Ulrich & Volker Langguth-Wasem. 2015. "Vorwort." S. 5-6 in *Gesundheitsselfhilfe im Wandel: Themen und Kontroversen*, Hrsg.: M. Danner & R. Meierjürgen. Baden-Baden: Nomos.
- Schlier, Björn, Salome Wiese, Inga Frantz and Tania M. Lincoln. 2017. "Chancengleichheit in der ambulanten Therapie: Ein Experiment zur Bereitschaft von niedergelassenen Psychotherapeuten, Patienten mit Schizophrenie zu Behandeln." *Verhaltenstherapie* 27(3):161-68.
- Schmid, Christine. 2020. *Ver-Rückte Expertisen: Ethnografische Perspektiven auf Genesungsbegleitung*. Bielefeld: Transcript.
- Schmid, Christine. 2021. "Was meint Erfahrung als Expertise? Eine kulturanthropologische Perspektive auf Erfahrungsexpertisen in der Peer-Arbeit." *Sozialpsychiatrische Informationen* 51(3):19-22.
- Schneider, Rebekka, Wolfram Kawohl & Barbara Lay. 2018. "Einstellung von Unternehmensvertretern zur Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen." S. 76-86 in *Arbeit und Psyche. Grundlagen, Therapie, Rehabilitation, Prävention - Ein Handbuch*, Hrsg.: W. Kawohl & W. Rössler. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Scholten, Bernhard. 2011. *Inklusion als politische Herausforderung*. Vortrag auf der Tagung "Barrierefreiheit für die Seele" an der Evangelischen Akademie in Landau am 20. und 21. Mai 2011.
- Schomerus, Georg & Matthias C. Angermeyer. 2011. "Stigmatisierung Psychisch Kranker." *Psychiatrie und Psychotherapie* 5(6):345-56.
- Schrotta, Siegfried, Hrsg. 2011. *Wie wir klüger entscheiden: einfach – schnell – konfliktlösend*. Graz: Styria Print.
- Schuch, Felipe B., Davy Vancampfort, Justin Richards, Simon Rosenbaum, Philip B. Ward & Brendon Stubbs. 2016. "Exercise as a Treatment for Depression: A Meta-Analysis Adjusting for Publication Bias." *Journal of psychiatric research* 77:42-51. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.023.
- Schwarz, Julian, Sebastian von Peter, Martin Heinze & et. als. 2021. "DNVF-Diskussionspapier - Besonderheiten, Herausforderungen und Ziele der Versorgungsforschung im Feld der Seelischen Gesundheit." *Gesundheitswesen* 83(7):541-52.
- Steinhart, Ingmar. 2018a. "Schwer psychisch krank in Deutschland - (K)Ein "Gutes Leben"." *Psychiatrische Praxis* 45(7):341-43.
- Steinhart, Ingmar. 2018b. "Fokus Komorbidität: "Gesundheitslast psychische Erkrankung"." S. 94-102 in *Abgehängt und Chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen*

- Beeinträchtigungen* Hrsg.: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, A. Speck & I. Steinhart. Köln: Psychiatrie Verlag.
- StMGP (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege), Hrsg. 2017. *Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern - Schwerpunkt Depression*. München: StMGP.
- StMGP (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege), Hrsg. 2023. *Wenn Einsamkeit krank macht: Bericht zu den gesundheitlichen Folgen von Einsamkeit in Bayern*. München: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. (<https://www.stmgp.bayern.de/vorsorge/einsamkeit>).
- Szmidt, Marta. 2014. *Kultursensible Selbsthilfe: Wege zur interkulturellen Öffnung der Selbsthilfe am Beispiel des Hamburger Praxisprojektes*. Hamburg: KISS.
- Techniker Krankenkasse, Hrsg. 2019. *Homo Digivitalis: TK-Studie zur Digitalen Gesundheitskompetenz 2018*. Hamburg: Techniker Krankenkasse (<https://www.tk.de/resource/blob/2040318/a5b86c402575d49f9b26d10458d47a60/studie-tk-studie-homo-digivitalis-2018-data.pdf>)
- Techniker Krankenkasse, Hrsg. 2022. *Gesundheitsreport 2022 - Arbeitsunfähigkeiten*. Hamburg: Techniker Krankenkasse. (<https://www.tk.de/resource/blob/2125010/da11bbb6e19aa012fde9723c8008e394/gesundheitsreport-au-2022-data.pdf>)
- Timmermanns, Stefan, Niels Graf, Simon Merz & Heino Stöver. 2022. *>Wie geht es Euch?< Psychosoziale Gesundheit und Wohlbefinden von LSBTIQ\**. Weinheim | Basel: Beltz Juventa.
- Un-Label e.V. 2023. *United Inclusion. Gerecht gestalten: Chancengleichheit und Bildungsgerechtigkeit für Kulturakteur:innen und Kulturnutzer:innen mit Behinderung in und durch Maßnahmen der Kulturförderung*. Köln: Un-Label e.V.
- Unger, Hella von. 2014. *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Unterkofler, Ursula. 2022. *Bedarfe wohnungsloser Frauen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen in München. Forschungsbericht*. München: Hochschule München.
- Utschakowski, J. 2009. *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- van der Donk, Cyrilla, Bas van Lanen & Michael T. Wright. 2014. *Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen*. Bern: Hans Huber Verlag.
- van der Noordt, Maike, Helma Ijzelenberg, Mariel Droomers & Karin I. Proper. 2014. "Health Effects of Employment: A Systemic Review of Prospective Studies." *Occupational & Environmental Medicine* 71(10):730-36.
- von Kardoff, Ernst. 2010. "Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen. Soziologische Anmerkungen zu einer ärgerlichen gesellschaftlichen Tatsache und einem fortlaufenden Skandal." *Kerbe (Forum für Sozialpsychiatrie)* 4/2010:4-7.
- von Unger, Hella 2014. *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS Verlag. .
- Wald, Jaye. 2011. "Anxiety Disorders & Work Performance." S. 121-40 in *Work Accomodation and Retention in Mental Health*, Hrsg.: I. Z. Schultz & E. S. Rogers. New York: Springer.
- Watschöder, Stephanie & Jörg M. Scheuermann. 2023. *Sachbericht München: Arbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe München Oberbayern | Koordination Wohnungslosenhilfe Südbayern*.
- Wessels, A. et al. o.J. *Transdisziplinäre Forschung und Partizipation: Einbindung von Akteuren in den Forschungsprozess*. WAKOS-Webinar. (<https://ms.hereon.de/wakos/086180/index.php.de>)
- WHO (World Health Organization | Europe), Hrsg. 201. *Green and Blue Spaces and Mental Health: New Evidence and Perspectives for Action*. Kopenhagen: WHO Europe.
- WHO (World Health Organization). 2019. *Psychische Gesundheit - Faktenblatt*. ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/404853/MNH\\_FactSheet\\_DE.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf))
- Wiley, Andrea S. & John S. Allen. 2017. *Medical Anthropology: A Biocultural Approach (3rd Edition)*. New York | Oxford: Oxford University Press.
- Wirtz, Christiane. 2020. "Psychische Diagnosen – darüber reden oder verschweigen?" Redaktionstext Einer SWR2-Leben-Sendung. (<https://www.swr.de/swr2/leben-und-gesellschaft/psychische-diagnosen-darueber-reden-oder-verschweigen-100.html>)
- Wolf, Veronika & Ibrahim Özkan. 2012. "Dolmetschen in der Psychotherapie – Ergebnisse einer Umfrage." *Psychotherapeuten-Journal* 4:325-27.



- Wörishofer, Gottfried. 2018. "Teilhabe: Realität oder Zukunftsmusik?" *Sozialpsychiatrische Informationen* 48(3):34-37.
- Wright, Michael T., Hella von Unger & Martina Block. 2010. "Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention." S. 35-52 in *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*, Hrsg.: M. T. Wright. Bern: Hans Hubertus Verlag.
- Wright, Michael T. 2013. "Was Ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research." *Prävention und Gesundheitsförderung* 8(3):122-31. doi: 10.1007/s11553-013-0395-0.
- Zechert, Christian & Birgit Görres. 2011. "Inklusion Fördern! Exklusion Vermeiden! Die Ergebnisse einer Befragung von Psychiatrie-Erfahrenen und Psychiatrie-Mitarbeitern zeigen, dass Arbeit und finanzielle Grundsicherung Schlüssel zur sozialen Teilhabe sind". *Psychosoziale Umschau* 26(2):12-14.

## Studie Sichtbar 2021 Befragung von Menschen mit seelischen Behinderungen in München

Sehr geehrte Münchnerinnen und Münchner,

die Landeshauptstadt München hat uns, das Institut SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung, mit der Durchführung der Studie Sichtbar beauftragt. Mit der Befragung will die Landeshauptstadt München ein möglichst umfassendes Bild der Lebenssituation von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen erhalten. Die Studie dient als Grundlage, um Maßnahmen zu entwickeln, welche die Teilhabe von Menschen mit seelischen Behinderungen verbessern.

Der Fragebogen behandelt nicht nur Themen wie Gesundheit und mögliche Unterstützungsangebote, sondern auch Aspekte wie die Arbeitssituation, das Wohnen oder die Mobilität. Der Fragebogen ist aus diesem Grunde sehr umfangreich.

**Sie können den Fragebogen gerne in mehreren Etappen ausfüllen und ihn nach jedem Thema zur Seite legen und später weiter machen. Wenn Ihnen einzelne Fragen zu nahe gehen sollten, können Sie diese überspringen. Sie können den Fragebogen auch gerne mit Unterstützung ausfüllen.**

Damit die Landeshauptstadt München passende Maßnahmen entwickeln kann, ist es wichtig, dass sich möglichst viele Personen an der Befragung beteiligen. Je mehr Personen teilnehmen, umso aussagekräftiger sind die Ergebnisse. Jede einzelne Meinung ist wichtig.

**Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und vertraulich.**

Die datenschutzrechtlichen Vorgaben werden streng eingehalten. Im Anschluss an die Auswertung werden die Fragebögen vernichtet.

Im Fragebogen finden Sie manchmal den Hinweis „weiter mit Frage XXX“ (Filterfragen). In diesem Fall ist die nächste Frage nicht zu beantworten, sondern die in dem Hinweis genannte Frage (XXX).

Damit die Gleichstellung aller Geschlechter deutlich wird, wird an einigen Stellen ein \* (Gender-Stern) verwendet, also z.B. Mitarbeiter\*innen anstelle von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten Briefumschlag bis zum 22.12.2021 zurück an: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung, Postfach 40 16 20, 80716 München**

Die Kosten des Versands werden übernommen. Sie können den Rückumschlag ohne Briefmarke verschicken. Sie müssen Ihre Absenderadresse nicht auf den Umschlag schreiben.

**Bitte senden Sie den Bogen auch dann zurück, wenn Sie eine oder mehrere Fragen nicht beantworten möchten oder können.**

😊 Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit 😊

### **Haben Sie Fragen oder Schwierigkeiten beim Ausfüllen?**

Dann wenden Sie sich bitte direkt an das Institut SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung:  
Herr Dr. Andreas Sagner  
Tel. (089) 725 63 29; E-Mail: andreas.sagner@sim-sozialplanung.de; www.sim-sozialplanung.de  
SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung, Postfach 40 16 20, 80716 München

**LEBEN IN MÜNCHEN**

1. Sagen Sie uns bitte, inwieweit Sie der Aussage „München ist eine Stadt, in der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gut leben können“ zustimmen können.

stimme voll zu	stimme eher zu	teils, teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	kann ich nicht sagen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**GESUNDHEIT UND PSYCHE**

2. Wie ist ...

	sehr gut	gut	mittel-mäßig	schlecht	sehr schlecht
... Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihre körperliche Gesundheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihre psychische Gesundheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihre Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Hat sich Ihr psychisches Wohlbefinden durch die Corona-Pandemie insgesamt verändert?

deutlich verbessert	eher verbessert	hat sich nicht verändert	eher verschlechtert	deutlich verschlechtert	kann ich nicht sagen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Welche Art von psychischer Beeinträchtigung liegt bei Ihnen vor? (Mehrere Antworten möglich)

<input type="checkbox"/> Angststörung	<input type="checkbox"/> Zwangsstörung
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Essstörung
<input type="checkbox"/> Manisch-depressive Erkrankung (bipolare Störung)	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung
<input type="checkbox"/> Psychose (z.B. Schizophrenie, schizoaffektive Psychose)	<input type="checkbox"/> Traumafolgestörung
<input type="checkbox"/> Burnout	<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung
<input type="checkbox"/> Autismus	<input type="checkbox"/> Chronische Schmerzstörung
<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom / Hyperaktivitätsstörung	<input type="checkbox"/> weiß nicht
<input type="checkbox"/> anderes, und zwar _____	<input type="checkbox"/> dazu möchte ich nichts sagen

5. Psychische Beeinträchtigungen spielen sich im Inneren von betroffenen Menschen ab und entwickeln sich manchmal sehr langsam. In welchem Jahr hatten Sie zum ersten Mal das Gefühl, größere psychische Probleme zu haben?  
(Bitte geben Sie uns das Jahr an. Wenn Sie es nicht mehr genau wissen, schätzen Sie bitte.)  
Beginn etwa im Jahr: \_\_\_\_\_

6. Sehen Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen Medikamente eher als Chance, Ihr Alltagsleben selbstbestimmt zu gestalten oder eher als Barriere (z.B. wegen Nebenwirkungen wie Schwindel, Antriebslosigkeit, Gewichtszunahme)?

auf jeden Fall als Chance	eher als Chance	sowohl als auch	eher als Barriere	auf jeden Fall als Barriere	habe noch nie Medikamente genommen	kann ich nicht sagen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**7. Denken Sie bitte an die Zeit zurück, als Sie erstmalig nach professioneller Unterstützung suchten. Welche der folgenden Aussagen trafen da auf Sie zu? (Mehrere Antworten möglich)**

Ich wusste lange Zeit gar nicht, wo ich mich mit meinem Problem hinwenden könnte.

Ich telefonierte mehrere Wochen hin und her, um einen ambulanten Psychotherapieplatz zu finden.

Ich habe schnell eine\*n geeignete\*n Fachärzt\*in (Psychiatrie, Neurologie) gefunden.

Ich habe lange auf einen Platz zur stationären Behandlung warten müssen.

Ich habe lange Zeit keine passende Beratungsstelle gefunden.

Ich hatte Angst, bei Aufnahme einer Behandlung Nachteile am Arbeitsplatz zu bekommen.

Ich konnte keine wohnortnahe professionelle Unterstützung finden, obwohl mir das wichtig gewesen wäre.

Ich hatte Bedenken, dass ich unter rechtliche Betreuung gestellt werde, wenn ich Unterstützung suche.

Ich wollte im privaten Bereich nicht als „Psycho“ abgestempelt werden, deshalb habe ich erst mal keine Unterstützung gesucht.

Auf meine Fragen und Sorgen im Zusammenhang mit meiner Erkrankung und der Behandlung wurde lange Zeit nicht genügend eingegangen.

Ich konnte mir meine Probleme zunächst selbst nicht eingestehen und habe die Suche nach Unterstützung deshalb hinausgezögert.

Ich habe lange gebraucht, um eine Selbsthilfegruppe zu finden.

Meine Suche nach medizinischer Betreuung wurde dadurch erschwert, dass ich mich im Wartezimmer von Arztpraxen sehr unwohl fühle.

Anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

**8. Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken, inwieweit hindern Sie nachfolgende Gefühle oder Erfahrungen dabei, Ihren Alltag gut bewältigen zu können? (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)**

	stimme voll zu	stimme eher zu	teils, teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	kann ich nicht sagen
Gefühle der Ohnmacht und Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlangsamung im Denken und Handeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Erkrankung verbergen zu müssen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergesslichkeit oder Unkonzentriertheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit und Konzentrationsstörungen aufgrund der Erkrankung oder der Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Große Empfindlichkeit gegenüber Äußerungen anderer Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühl der eigenen Wertlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufige Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermeidung sozialer Kontakte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fehlendes Verständnis der anderen Menschen bezüglich meiner Symptome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühl, bedroht oder verfolgt zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühl, dass ich mein Leben nicht selbst steuern kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühl, dass mein Leben sinnlos ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühl, dass ich mich anderen Menschen gegenüber nicht verständlich machen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wut oder Ärger gegenüber Personen oder Situationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes, und zwar _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**9. Psychische Beeinträchtigungen können das Alltagsleben der Betroffenen nachhaltig negativ beeinflussen. Wie ist das seit Beginn Ihrer Erkrankung bei Ihnen gewesen?**  
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	ja, trifft zu	teils, teils	nein, trifft nicht zu
Meine psychische Erkrankung hat für mich dauerhaft negative Folgen gehabt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine persönliche wirtschaftliche Lage hat sich verschlechtert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Arbeitsplatz verloren oder musste das eigene Unternehmen oder die eigene selbstständige Tätigkeit aufgeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich musste meine Ausbildung abbrechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine psychische Erkrankung führte zur Scheidung bzw. Trennung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Verhältnis zu meiner Familie hat sich verschlechtert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Verhältnis zu meinen Arbeitskolleg*innen hat sich verschlechtert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich musste aus meiner Wohnung ausziehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Freundeskreis hat sich verkleinert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mich wegen meiner psychischen Erkrankung immer wieder aus dem gesellschaftlichen Leben zurückgezogen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich musste meine sportlichen Aktivitäten einschränken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann manche Dinge nicht mehr alleine regeln und brauche Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes, und zwar _____			

**10. Die Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung kann auch positive Folgen haben (z.B. neue Sichtweisen). Wie ist das bei Ihnen? Durch die Auseinandersetzung mit meiner Erkrankung ...**  
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	ja, trifft zu	nein, trifft nicht zu
... habe ich neue Fähigkeiten in mir entdeckt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich andere Einstellungen und Werte entwickelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ist es mir gelungen, mich besser um mich selber zu kümmern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mehr Lebensweisheit gewonnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich neue Freund*innen kennengelernt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bin ich stärker für die Probleme anderer sensibilisiert worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich weitere Fähigkeiten für mich entdeckt, und zwar _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... durch die Auseinandersetzung hat sich für mich nichts positiv verändert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**BERATUNGS- UND UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE**

**11. Wie verhalten Sie sich, wenn Sie ein ernsthaftes Problem haben? (Mehrere Antworten möglich)**

<input type="checkbox"/> Ich frage Freund*innen um Rat.
<input type="checkbox"/> Ich bespreche meine Situation mit Familienangehörigen.
<input type="checkbox"/> Ich suche professionelle Hilfen auf (z.B. Krisendienst, Ärzt*in, Sozialpsychiatrischer Dienst SpDi).
<input type="checkbox"/> Ich suche mir Rat im Internet.
<input type="checkbox"/> Ich bespreche das in meiner Selbsthilfegruppe.
<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Menschen, an den ich mich wenden kann.
<input type="checkbox"/> Ich versuche bewusst, mein Problem selbst zu bewältigen.
<input type="checkbox"/> In solchen Fällen habe ich oft nicht die Kraft, aktiv um Hilfe zu bitten.
<input type="checkbox"/> Anderes, und zwar: _____

**12. Sind Ihnen die folgenden Unterstützungs- oder Beratungsangebote bzw. Anlaufstellen bekannt bzw. haben Sie sie schon einmal genutzt? Falls ja, wie zufrieden waren Sie mit der Beratung?**

	Kenntnis / Nutzung			⇒	Falls schon genutzt: Wie zufrieden waren Sie <u>das letzte Mal</u> mit der Beratung?				
	Nein, kenne ich nicht	Kenne ich, aber habe ich noch nicht genutzt	Kenne ich, habe ich schon genutzt		sehr zufrieden	zufrieden	teils, teils	unzufrieden	sehr unzufrieden
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerontopsychiatrischer Dienst (GpDi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Münchner Psychiatrie-Erfahrene (MÜPE) e.V.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, ihrer Freunde und Förderer München e.V. (ApK München)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnosespezifische Anlaufstellen (z.B. Münchner Angstselbsthilfe, Münchner Bündnis gegen Depression, Arche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbsthilfezentrum München	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krisendienste (z.B. Krisendienst Psychiatrie München, Telefonseelsorge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Online-Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unabhängige Beschwerdestellen (für Psychiatrie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschlechtsspezifische Beratungsstellen (z.B. Frauen-Therapie-Zentrum München)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trauma Hilfe Zentrum München e.V.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betreuungsstellen/-vereine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe eine andere, hier nicht genannte Anlaufstelle aufgesucht, und zwar:					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. Wenn Sie sich das professionelle Unterstützungsangebot für psychisch erkrankte Menschen in München insgesamt betrachten, wo sind da Ihrer Meinung nach zurzeit die größten Probleme? Wo gibt es Lücken in der Versorgung?**

*(Sie können bis zu fünf Probleme eintragen. Falls der Platz nicht reichen sollte, können Sie gerne auf der letzten Seite weiterschreiben).*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_



**14. In München gibt es eine ganze Reihe von Selbsthilfegruppen für psychisch beeinträchtigte Menschen. Sagen Sie uns bitte, welche der folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.**

*(Mehrere Antworten möglich)*

- Ich habe früher schon einmal an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen.
- Ich bin derzeit aktiv in einer Selbsthilfegruppe.
- Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe war oder ist für mich wichtig, um mein Leben selbstbestimmt zu gestalten.
- Ich habe schlechte Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen gemacht und nehme deshalb an keiner mehr teil.
- Wegen Corona kann ich nicht mehr (so häufig) an der Selbsthilfegruppe teilnehmen.
- Ich weiß nicht, wie ich eine passende Selbsthilfegruppe finden soll.
- Der Besuch einer Selbsthilfegruppe ist zu belastend für mich.
- Selbsthilfegruppen – das ist grundsätzlich nichts für mich.

**15. Angehörige und Freund\*innen von psychisch beeinträchtigten Menschen brauchen oft selber Unterstützung. Glauben Sie, dass ...**

	ja	teils, teils	nein	kann ich nicht beurteilen
... diese genügend Informationen haben, um mit Ihrer psychischen Beeinträchtigung angemessen umgehen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... diese selbst genügend Unterstützung erhalten, um mit der Situation zurechtzukommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... es genügend Angebote für Angehörige oder Freund*innen in München gibt (z.B. Selbsthilfegruppen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Ihre Angehörigen oder Freund*innen mit der Situation überfordert sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Scham oder andere Gefühle Ihre Angehörigen oder Freund*innen davon abhalten, Unterstützung zu suchen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**WOHNEN**

**16. Seit wann wohnen Sie ohne Unterbrechung in München?**

*(Wenn Sie sich nicht erinnern, schätzen Sie es bitte!)*

Seit dem Jahr \_\_\_\_\_ *(Bitte vierstellige Jahreszahl angeben.)*

**17. Wie viele Personen (Sie selbst eingeschlossen) leben in Ihrem Haushalt?**

Mit mir sind es insgesamt \_\_\_\_\_ Personen.

**18. Bitte geben Sie nachfolgend für alle Personen, die in Ihrem Haushalt leben, das Alter an.**

*(Bitte jeweils das Alter in Jahren eintragen.)*

Ich selbst	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	Weitere Personen
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**19. Mit wem leben Sie zusammen im Haushalt? (Mehrere Antworten möglich)**

Ich lebe alleine in meiner Wohnung

Ehe- oder Lebenspartner\*in

Mit Kind/Kindern, egal ob eigene oder von Partner\*in

Mutter/ Vater bzw. Stiefmutter/ Stiefvater

Bruder/ Schwester bzw. Stiefgeschwister

Sonstige Verwandte

Sonstige Personen (z.B. Mitbewohner\*innen in WG oder einer Einrichtung)

**20. Wohnen Sie ... ? (Mehrere Antworten möglich)**

in einer Eigentumswohnung bzw. im eigenen Haus

in einer Wohnung oder Haus zur Miete oder zur Untermiete

in einer selbstorganisierten Wohngemeinschaft

in der Wohnung bzw. im Haus Ihrer Eltern oder von Verwandten

im betreuten Einzelwohnen

in einer „besonderen Wohnform“ für Menschen mit Behinderungen (z.B. therapeutische Wohngemeinschaft, betreute Wohngemeinschaft, stationäre Einrichtung, Wohnheim)

in einer städtischen Unterkunft (z.B. Wohnungsnotfall)

Anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

**21. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer jetzigen Wohnsituation?**

sehr zufrieden	eher zufrieden	teils, teils	eher unzufrieden	sehr unzufrieden	kann ich nicht sagen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**22. Falls Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnsituation nicht zufrieden sind: Was sind die Gründe hierfür? (Mehrere Antworten möglich)**

Die Wohnung bzw. mein Zimmer ist mir zu klein.

Ich möchte in einem anderen Stadtviertel wohnen.

Die Miete ist zu hoch.

Es gibt immer wieder Probleme mit Nachbar\*innen.

Es gibt immer wieder Probleme mit der Vermieter\*in.

Ich möchte meinen Alltag selbstbestimmter gestalten können.

Ich brauche beim Wohnen mehr Unterstützung bzw. Betreuung.

Ich möchte mit Freund\*in oder Partner\*in zusammenleben.

Anderes, und zwar \_\_\_\_\_

**BEZIEHUNGEN MIT ANDEREN UND SOZIALE KONTAKTE**

**23. Zunächst zum ehrenamtlichen Engagement. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten ehrenamtlich oder freiwillig engagiert – egal ob unbezahlt oder gegen geringe Aufwandsentschädigung?**

ja  nein

**24. Nun geht es um die Beziehungen zu anderen Menschen und Ihre Freizeit. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.**  
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	trifft genau zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Ich vermisse Leute, bei denen ich mich wohl fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt genügend Menschen, die mir helfen würden, wenn ich Probleme habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich häufig im Stich gelassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kenne viele Menschen, auf die ich mich wirklich verlassen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vermisse Geborgenheit und Wärme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt genügend Menschen, mit denen ich mich eng verbunden fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich schaffe es nicht, in Kontakt zu anderen zu treten, wenn es mir schlecht geht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Familie ist eine große Unterstützung für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe hauptsächlich zu Menschen näheren Kontakt, die auch psychisch beeinträchtigt sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich in meiner Nachbarschaft isoliert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine finanziellen Mittel reichen für viele Freizeitaktivitäten nicht aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine psychische Erkrankung (z.B. Unsicherheit in größeren Menschenansammlungen) bzw. die Nebenwirkungen meiner Medikamente (z.B. Antriebslosigkeit) stehen vielen Freizeitaktivitäten im Weg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**25. Jetzt geht es noch einmal um die Corona-Pandemie: Inwieweit haben sich Ihre Beziehungen zu anderen Menschen seit Beginn der Corona-Pandemie verändert?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**26. Denken Sie bitte an Ihren letzten Kontakt mit einer Behörde. Geben Sie nun bitte für jede Aussage an, inwieweit diese zutrifft.**  
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	trifft voll zu	trifft eher zu	teils, teils	trifft eher nicht zu	trifft über- haupt nicht zu	kann mich nicht erinnern
Die Mitarbeiter*innen waren mir gegenüber hilfsbereit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Mitarbeiter*innen konnten gut mit meiner psychischen Beeinträchtigung umgehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Mitarbeiter*innen haben sich ausreichend Zeit für mich genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Mitarbeiter*innen haben mir das weitere Verfahren verständlich erklärt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es war einfach, einen passenden Termin (Tag, Uhrzeit, Dauer) zu vereinbaren, der auf meine psychische Erkrankung Rücksicht nimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die amtlichen Formulare und Schreiben waren sprachlich gut verständlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Gibt es in München genügend öffentliche Räume und Treffpunkte, die Ihrer Meinung nach auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gut nutzbar sind („Wohlfühlorte“)?

ja

nein

weiß ich nicht/ kann ich nicht sagen

28. Können Sie Beispiele von öffentlichen Räumen im Freien (z.B. Plätze, Grünflächen) bzw. von Treffpunkten drinnen (z.B. Cafés) nennen, die Sie gerne nutzen bzw. wo Sie sich wohlfühlen? (Ihre Hinweise helfen der Stadt München, die Lebensqualität für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern).

1. Orte im Freien: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Treffpunkte innen (z.B. Cafés, Museen, Bäder): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

29. Wie oft treiben Sie in der Regel Sport bzw. üben in Ihrer Freizeit körperlich etwas anstrengendere Aktivitäten aus (z.B. Fahrrad-Touren machen, Tanzen, Wandern)?

täglich	4-6 mal in der Woche	2-3 mal in der Woche	einmal in der Woche	weniger als einmal in der Woche	gar nicht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Denken Sie jetzt bitte an organisierte Sportangebote in Sportvereinen oder sonstigen Institutionen (z.B. Volkshochschule, Landeshauptstadt München). Wenn Sie diesbezüglich irgendwelche Wünsche oder Verbesserungsvorschläge haben, können Sie uns diese hier gerne mitteilen.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DISKRIMINIERUNG

30. Diskriminierung kann auf sehr unterschiedliche Weise ausgeübt werden, etwa durch Beleidigung, Ausgrenzung, sexuelle Belästigung bis hin zu Gewalt. Es handelt sich aber auch um Diskriminierung, wenn Menschen durch Regeln und Gesetze benachteiligt werden.

Sind Sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in den letzten 24 Monaten in München diskriminiert worden?

ja

nein ⇒ **weiter mit Frage 33**

31. Wie äußerte sich diese Diskriminierung konkret? (Mehrere Antworten möglich)

- Ich wurde mit weniger Respekt behandelt als Menschen ohne eine psychische Erkrankung.
- Ich wurde von fremden Leuten wegen meines Aussehens oder meines Verhaltens angestarrt.
- Andere Personen haben sich so verhalten, als würden sie mich nicht ernst nehmen.
- Mir wurde eine Leistung (z.B. Geld) verwehrt.
- Ich wurde ausgegrenzt (z.B. in Gesprächen übergangen).
- Ich wurde beleidigt, beschimpft oder bespuckt.
- Andere Menschen haben abfällig über mich gesprochen.
- Ich wurde sexuell belästigt (z.B. Bemerkungen sexuellen Inhalts, ungewollte Berührungen).
- Ich wurde anderweitig belästigt.
- Ich wurde bedroht.
- Ich wurde körperlich angegriffen.
- Sonstiges, und zwar: \_\_\_\_\_

**32. Wie häufig kam es in den letzten 24 Monaten in München vor, dass Sie wegen Ihrer psychischen Erkrankung in den folgenden Bereichen diskriminiert wurden?**  
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft	trifft nicht zu
im Arbeitsleben (z.B. Arbeitssuche, Ausbildung, Arbeitsplatz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in Geschäften oder im Dienstleistungsbereich (z.B. Supermarkt, Gaststätten, Versicherungen, Banken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
auf dem Wohnungsmarkt (z.B. Miete oder Kauf einer Wohnung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in der Öffentlichkeit oder in der Freizeit (z.B. Öffentliche Verkehrsmittel, Vereine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
im Gesundheits- oder Pflegebereich (z.B. Krankenhaus, Seniorenheim)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei der Polizei (z.B. Ausweiskontrolle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei Ämtern oder Behörden (z.B. Beantragung eines Ausweises oder einer Leistung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in Einrichtungen für psychisch erkrankte Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
im Internet oder in sozialen Medien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
im privaten Bereich (z.B. Familie, Freundeskreis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**33. Es gibt viele Vorurteile über Menschen mit psychischen Erkrankungen – negative wie positive. Wir würden gerne wissen, was Ihrer Meinung nach die Öffentlichkeit über Menschen mit psychischen Erkrankungen denkt.**

„Ich glaube, die Öffentlichkeit denkt, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung ...“

(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	stimme voll zu	stimme eher zu	teils, teils	stimme eher nicht zu	stimme über- haupt nicht zu	weiß ich nicht
... selber schuld an ihren Problemen sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... besonders kreativ sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... unberechenbar sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... einfühlsam sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... nicht therapiefähig sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... gefährlich sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... nicht leistungsfähig sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... uns zeigen, was in unserer Gesellschaft „schiefläuft“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sich nicht in die Gesellschaft integrieren lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... unzuverlässig sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sehr viel Durchhaltevermögen haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... einfach viel Pech im Leben hatten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**34. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten in irgendeiner Weise Opfer einer Straftat?**

ja  nein

Falls ja: Um was für eine Straftat hat es sich dabei gehandelt? \_\_\_\_\_

## MOBILITÄT | DIGITALISIERUNG

**35. Wenn Sie an den Öffentlichen Personennahverkehr (Bus, Bahn, Tram) in München denken, gibt es da irgendetwas, was die Nutzung für Sie schwierig macht? (Mehrere Antworten möglich)**

- weite Entfernung meiner Wohnung zur nächsten Haltestelle
- schlechte Verkehrsanbindung mit häufigem Umsteigen oder langen Wartezeiten
- mangelnde Barrierefreiheit (z.B. Problem beim Einstieg in Fahrzeuge, fehlende Aufzüge)
- Unübersichtlichkeit (z.B. in U-Bahnhöfen)
- dunkle, schlecht beleuchtete Zugänge und Unterführungen
- räumliche Enge in Fahrzeugen oder Bahnhöfen (z.B. Beklommenheitsgefühle, Angstzustände)
- Reizüberflutung in Fahrzeugen (z.B. zu viele Geräusche, Bildschirme)
- zu hohe Preise für Fahrkarten
- dass Fahrgäste mich anstarren
- fehlende Begleitung
- Angst vor Ansteckung (z.B. Corona)
- zu viele Menschen
- Angst, die Fahrt nicht zu schaffen (z.B. hoher Stresspegel)
- nein, da gibt es nichts
- anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

**36. Haben Sie einen Führerschein und fahren zumindest ab und zu selber Auto?**

- Ja, ich habe einen Führerschein und fahre (zumindest ab und zu) selber Auto.
- Ja, ich habe einen Führerschein, fahre aber aufgrund meiner psychischen Erkrankung nicht mehr selber Auto.
- Ja, ich habe einen Führerschein, fahre aber aus anderen Gründen nicht mehr selber Auto.
- Nein, ich habe keinen Führerschein, weil ich aufgrund meiner psychischen Erkrankung keinen gemacht habe.
- Nein, ich habe keinen Führerschein, weil er mir aufgrund der psychischen Erkrankung entzogen wurde.
- Nein, ich habe aus anderen Gründen keinen Führerschein.

**37. Nun zum Thema Digitalisierung: Sehen Sie für sich persönlich die neuen digitalen Möglichkeiten und Anforderungen (z.B. Zugang zu Informationen über das Internet, Online-Dienstleistungen) eher als Chance oder als Barriere?**

- |                           |                       |                       |                       |                             |                       |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| auf jeden Fall als Chance | eher als Chance       | teils, teils          | eher als Barriere     | auf jeden Fall als Barriere | kann ich nicht sagen  |
| <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |

**38. Haben Sie Probleme bei der privaten Nutzung des Internets? (Mehrere Antworten möglich)**

- Nein, ich möchte das Internet privat gar nicht nutzen.
- Ja, ich habe keinen Internetzugang in der Wohnung.
- Ja, ich kann mir die monatlichen Kosten für das Internet nicht leisten.
- Ja, ich habe privat keinen Zugriff auf internetfähige Geräte (z.B. PC, Smartphone).
- Ja, ich kenne mich mit dem Internet nicht gut genug aus und habe niemanden, der mir dabei hilft.
- Ja, die Internetverbindung in der Wohnung ist zu schlecht.
- Ja, es gibt zu wenig Internet-Angebote, die mich interessieren.
- Anderes, und zwar: \_\_\_\_\_



39. Falls Sie das Internet privat nutzen, sagen Sie uns doch bitte, um welche Tätigkeiten es sich dabei handelt.  (Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)			kenne ich nicht / trifft nicht zu
	ja	nein	
Suche nach Informationen über meine Erkrankung bzw. mögliche Behandlungsmethoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Austausch mit Betroffenen (über E-Mail, Soziale Medien oder Messenger-Dienste wie WhatsApp, Signal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um Kontakt mit Angehörigen oder Freund*innen zu halten (über E-Mail, Soziale Medien oder Messenger-Dienste wie WhatsApp, Signal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten/ Dienstleistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Online-Banking, Bankgeschäfte online erledigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Online-Einkauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilnahme an Online-Selbsthilfegruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Online-Sprechstunden bei Ärzt*innen bzw. bei Psychotherapeut*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Video-Sprechstunden bei Beratungsstellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Online-Dienste der Stadt München (z.B. Terminvereinbarung oder Antragstellung bei Ämtern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digitale Nachbarschaftsplattformen (z.B. nebenan.de)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ARBEIT	
40. Denken Sie an Ihre aktuelle berufliche Situation oder an die Tätigkeit, die Sie momentan <u>überwiegend</u> ausführen. Was trifft auf Sie zu? Ich ... (Mehrere Antworten möglich)	
<input type="checkbox"/> ... bin berufstätig	⇒ <b>weiter mit Frage 41</b>
<input type="checkbox"/> ... bin arbeitslos und beziehe Arbeitslosengeld (ALG I, SGB III)	} <b>weiter mit Frage 43</b>
<input type="checkbox"/> ... bin arbeitslos und beziehe Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG II, Hartz IV, SGB II)	
<input type="checkbox"/> ... bin arbeitssuchend, aber beziehe weder Arbeitslosengeld I oder II.	
<input type="checkbox"/> ... bin noch in Ausbildung (Schule/ Beruf)	
<input type="checkbox"/> ... bin im Zuverdienst (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> ... beziehe eine Altersrente oder Pension	
<input type="checkbox"/> ... beziehe eine Erwerbsminderungsrente (Frühverrentung)	
<input type="checkbox"/> ... beziehe Grundsicherung im Alter (SGB XII)	
<input type="checkbox"/> ... bin Hausfrau/ Hausmann	
<input type="checkbox"/> ... sonstiges, und zwar: _____	

**41. Welche Art von Berufstätigkeit üben Sie aus?**  
(Mehrere Antworten möglich)

Ich bin Vollzeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig (Angestellte\*r, Arbeiter\*in, Beamte\*r, Selbstständige\*r).

Ich bin in Teilzeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt berufstätig (mehr als 450 €/Monat).

Ich bin geringfügig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt (450 Euro-Job)

Ich arbeite in einem Integrationsbetrieb (zweiter Arbeitsmarkt).

Ich arbeite in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM).

Anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

**42. Anbei finden Sie eine Reihe von Aussagen zu möglichen Arbeitssituationen. Sagen Sie uns bitte, inwieweit Sie den einzelnen Aussagen zustimmen oder nicht.**  
(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)

	stimme voll zu	stimme eher zu	teils, teils	stimme eher nicht zu	stimme über- haupt nicht zu	weiß ich nicht
Aufgrund meiner psychischen Erkrankung bekomme ich nur Tätigkeiten, die mich unterfordern oder nicht meinen Qualifikationen entsprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Fähigkeiten werden an meiner Arbeitsstelle geschätzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Arbeitskolleg*innen können gut mit meiner psychischen Erkrankung umgehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Vorgesetzten können gut mit meiner psychischen Erkrankung umgehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe in meinem Betrieb niemandem etwas von meiner psychischen Erkrankung erzählt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wegen meiner psychischen Erkrankung werde ich an meiner Arbeitsstelle diskriminiert oder gemobbt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Arbeit ist wichtig für mein Selbstwertgefühl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An meinem Arbeitsplatz habe ich keine negativen Erfahrungen aufgrund meiner psychischen Erkrankung gemacht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**FINANZIELLE LAGE**

**43. Wie hoch ist das monatliche Haushaltseinkommen aller Haushaltsmitglieder zusammen? Bitte geben Sie den monatlichen Netto-Betrag an, also nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben. Regelmäßige Zahlungen wie Renten, Wohngeld, Kindergeld, BAföG, Unterhaltszahlungen usw. rechnen Sie bitte dazu! Falls nicht genau bekannt, bitte schätzen!**

Etwas \_\_\_\_\_ € (Bitte Betrag in Euro (netto) angeben.)

**44. Wenn Sie jetzt einmal von Ihrem Einkommen alle laufenden Kosten wie Miete, Heizung, Versicherungen abziehen. Wie viel Geld haben Sie dann in etwa monatlich, mit dem Sie persönlich in Ihrer Freizeit machen können, was Sie wollen (z.B. für Hobbies, Essen gehen, Café-Besuch, Kino)?**

\_\_\_\_\_ € (Bitte Betrag in Euro angeben.)

**45. Durch die Corona-Pandemie und ihre Folgen hat sich die wirtschaftliche Situation vieler Menschen verschlechtert. Wie hat sich Ihre persönliche wirtschaftliche Situation entwickelt?**

- |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| sehr verbessert       | eher verbessert       | gleichbleibend        | eher verschlechtert   | sehr verschlechtert   | kann ich nicht sagen  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**46. Stellen Sie sich bitte eine Leiter mit 10 Sprossen vor, die zeigen soll, wo die Menschen in München stehen: Ganz oben stehen die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Ganz unten stehen diejenigen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und dem schlechtesten Jobs oder ohne Job.**

**Wo würden Sie sich auf der Leiter platzieren?**

*(Bitte kreuzen Sie an, auf welcher Sprosse Sie Ihrer Meinung nach in Ihrer aktuellen Lebensphase im Verhältnis zu anderen Menschen in München stehen.)*

- |                       |                |
|-----------------------|----------------|
| <input type="radio"/> | 10 – ganz oben |
| <input type="radio"/> | 9              |
| <input type="radio"/> | 8              |
| <input type="radio"/> | 7              |
| <input type="radio"/> | 6              |
| <input type="radio"/> | 5              |
| <input type="radio"/> | 4              |
| <input type="radio"/> | 3              |
| <input type="radio"/> | 2              |
| <input type="radio"/> | 1 – ganz unten |

**47. Was könnte sich Ihr Haushalt aus derzeitiger Sicht finanziell leisten?**

*(Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.)*

	ja	nein
mindestens eine Woche pro Jahr in den Urlaub zu fahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unerwartet anfallende Ausgaben in Höhe von mindestens 1.100 Euro aus eigenen Finanzmitteln zu finanzieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente oder medizinische/zahnmedizinische Leistungen, die die Krankenkasse nicht zahlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mindestens einmal im Monat an einer Kultur- oder Sportveranstaltung teilzunehmen, die nicht kostenfrei ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kauf eines neuen Smartphones oder Laptops	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
die Wohnung angemessen zu heizen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### FRAGEN ZU IHRER PERSON

**48. Seit welchem Jahr haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**

Seit dem Jahr \_\_\_\_\_ *(Bitte vierstellige Jahreszahl angeben.)*

**49. Welcher Grad der Behinderung (GdB) ist aktuell in Ihrem Schwerbehindertenausweis eingetragen?**

\_\_\_\_\_ *(Bitte GdB angeben.)*

**50. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.**

- |                                |                                    |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> männlich | <input type="radio"/> weiblich     |
| <input type="radio"/> divers   | <input type="radio"/> keine Angabe |

**51. Wie ist Ihr Familienstand?**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> ledig   | <input type="radio"/> verwitwet       |
| <input type="radio"/> verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft                 | <input type="radio"/> getrennt lebend |
| <input type="radio"/> geschieden oder in Scheidung oder aufgehobene Lebenspartnerschaft |                                       |



**Studie ‚Sichtbar‘ zur Lebenslage von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in München**

Sehr geehrte Münchner\*innen,

die Landeshauptstadt München möchte mehr über die Lebenssituation von psychisch beeinträchtigten Menschen in München erfahren. Sie hat zu diesem Zweck eine Studie mit dem Titel „Sichtbar“ in Auftrag gegeben. Die vorliegende Online-Befragung ist Teil dieser Studie. Mit der Durchführung wurde das Institut SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung beauftragt.

Damit Stadtrat und Verwaltung passende Maßnahmen entwickeln und beschließen können, ist es wichtig, dass sich möglichst viele Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung an der Befragung beteiligen. Je mehr Personen teilnehmen, umso aussagekräftiger sind die Ergebnisse. Jede einzelne Meinung ist wichtig.

Sie können sich an der Studie auch beteiligen, wenn Sie selbst nicht unmittelbar betroffen sind. Auch Angehörige und Personen, die beruflich mit dem Thema zu tun haben, oder Interessierte können teilnehmen. Alle Perspektiven sind uns wichtig.

Die Umfrage ist anonym. Die seitens der Landeshauptstadt München sowie der SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung erhobenen Daten erlauben keinerlei Rückschlüsse auf konkrete Personen. Die datenschutzrechtlichen Vorgaben werden streng eingehalten. Es werden seitens der Landeshauptstadt München sowie der SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung keine IP-Adressen oder sonstigen Standortdaten gespeichert.

☺ Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit ☺

An der Online-Befragung können Sie bis zum 11.12.2022 teilnehmen.

Haben Sie Fragen oder Schwierigkeiten beim Ausfüllen?

Wenden Sie sich bitte direkt an das Institut SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung:

Dr. Andreas Sagner

Tel. (089) 725 63 29; E-Mail: [andreas.sagner@sim-sozialplanung.de](mailto:andreas.sagner@sim-sozialplanung.de); [www.sim-sozialplanung.de](http://www.sim-sozialplanung.de)

SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung, Postfach 40 16 20, 80716 München

## Einstiegsfragen

### 1. Wohnen Sie derzeit in München?

*(Mehrfachantworten möglich)*

- Ja, ich wohne in München
- Nein, ich wohne nicht in München, aber ich arbeite in München
- Nein, ich wohne nicht und arbeite nicht in München
- Nein, ich wohne in einem angrenzenden Landkreis
- Nein, ich wohne weder in München noch in einem angrenzenden Landkreis
- Dazu möchte ich nichts sagen

### \* 2. Sagen Sie uns bitte, in welcher Rolle Sie an der Befragung zu Lebenslagen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen teilnehmen

- Bin selber (immer mal wieder) betroffen (psychisch beeinträchtigt bzw. psychisch erkrankt)
- War früher betroffen bzw. erkrankt
- Nehme als Angehörige\*r einer betroffenen Personen teil
- Habe beruflich mit psychisch beeinträchtigten Personen zu tun
- Interessiere mich für die Thematik
- Dazu möchte ich mich nicht äußern
- Anderes, und zwar (bitte angeben)



## Fragen zu Ihrer psychischen Gesundheit

3. Welche Art von psychischer Beeinträchtigung liegt bzw. lag bei Ihnen vor?  
(Mehrfachantworten möglich)

- Angststörung
- Depression
- Manisch-depressive Erkrankung (bipolare Störung)
- Psychose (z.B. Schizophrenie, schizoaffektive Psychose)
- Burnout
- Zwangsstörung
- Essstörung
- Suchterkrankung
- Traumafolgestörung
- Persönlichkeitsstörung
- Autismus
- Chronische Schmerzstörung
- Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom / Hyperaktivitätsstörung
- Weiß nicht
- Dazu möchte ich nichts sagen
- Andere Beeinträchtigung, und zwar:

4. Wie ist ...

	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre körperliche Gesundheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihre psychische Gesundheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Sind Sie durch eine psychische Beeinträchtigung bei Ihren alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt? (Dauer: mindestens ein halbes Jahr)

- nein
- kaum
- mäßig
- stark
- sehr stark

6. Was behindert Sie als psychisch beeinträchtigte Person in Ihrem Alltag am stärksten?



## Fragen zu Ihrer Person und Lebenssituation

11. Wie gut können Sie die deutsche Sprache sprechen?

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- eher schlecht
- gar nicht

## Fragen zu Ihrer Person und Lebenssituation

**\* 12. Leben Sie alleine oder leben Sie im Haushalt mit jemandem zusammen?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- ich lebe alleine in meiner Wohnung
- mit Ehe- oder Lebenspartner\*in
- mit Kind/Kindern, egal ob eigene oder von Partner\*in
- mit Mutter/Vater bzw. Stiefmutter/Stiefvater
- mit Bruder/Schwester bzw. Stiefgeschwistern
- mit sonstigen Verwandten
- mit sonstigen Personen (z.B. Mitbewohner\*innen in WG oder einer Einrichtung)
- dazu möchte ich keine Angabe machen

## Fragen für Angehörige

13. In welchem familiären Verhältnis stehen Sie zur betroffenen Person?

- Partnerin bzw. Partner
- Mutter bzw. Vater (auch: Stiefmutter bzw. Stiefvater | Schwiegermutter bzw. Schwiegervater)
- Tochter bzw. Sohn (auch: Stieftochter bzw. Stiefsohn | Schwiegertochter bzw. Schwiegersohn)
- Geschwister
- Anderes, und zwar

14. Welche Art von psychischer Beeinträchtigung liegt bzw. lag bei Ihrer / Ihrem Angehörigen vor?

*(Mehrfachantworten möglich)*

- Angststörung
- Depression
- Manisch-depressive Erkrankung (bipolare Störung)
- Psychose (z.B. Schizophrenie, schizoaffektive Psychose)
- Burnout
- Zwangsstörung
- Essstörung
- Suchterkrankung
- Traumafolgestörung
- Persönlichkeitsstörung
- Autismus
- Chronische Schmerzstörung
- Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom / Hyperaktivitätsstörung
- Weiß nicht
- Dazu möchte ich nichts sagen
- Andere Beeinträchtigung, und zwar:



## Fragen für Angehörige

15. Leben Sie mit der betreffenden Person in einem Haushalt zusammen?

- nein
- ja

16. Erhalten Sie bei der Unterstützung Ihres / Ihrer psychisch beeinträchtigten Angehörigen die Hilfe, die Sie brauchen (würden)?

- ja, meistens
- teils teils
- nein, eher nicht
- trifft nicht zu

17. Gibt es aus Ihrer Sicht etwas, dass die Landeshauptstadt München tun könnte, um Ihre persönliche Situation als Angehörige\*r einer psychischen beeinträchtigten Person zu verbessern? Sehen Sie im Unterstützungssystem, auf das Sie als Angehörige zugreifen können, irgendwelche Lücken?

\* 18. Wie alt ist Ihr\*e psychisch beeinträchtigte\*r Angehörige\*r?

- bis 17 Jahre
- 18-29 Jahre
- 30-49 Jahre
- 50-64 Jahre
- 65-74 Jahre
- 75 Jahre und älter
- Dazu möchte ich keine Angabe machen

## Fragen für Fachkräfte

19. Was ist Ihre genaue berufliche Verbindung zum Thema „psychische Beeinträchtigung“?  
(Mehrfachantworten möglich)

- ich arbeite in einem (sozial-)psychiatrischen Dienst / einer (sozial-)psychiatrischen Einrichtung
- ich arbeite in einem zielgruppenübergreifenden sozialen Dienst
- ich bin gesetzliche\*r Betreuer\*in für eine psychisch erkrankte Person
- ich bin als Psychotherapeut\*in bzw. Ärzt\*in tätig
- Anderes, und zwar

20. Gibt es aus Ihrer beruflichen Sicht etwas, das die Landeshauptstadt München tun könnte, um Ihre berufliche Tätigkeit mit bzw. für psychisch beeinträchtigte Personen zu verbessern?

21. Inwieweit können Sie der Aussage „München ist eine Stadt, in der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gut leben können“ zustimmen.

- stimme voll zu
- stimme eher zu
- teils, teils
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu
- kann ich nicht sagen

## Probleme und Barrieren im Alltag 1 (von 4)

**Aus Ihrer Sicht: Gibt es für psychisch beeinträchtigte Personen in den nachfolgend genannten Bereichen besondere Probleme bzw. Barrieren?**

22. Beim Zusammenleben im Wohnumfeld bzw. in der Nachbarschaft

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein, aus meiner Sicht gibt es hier keine besonderen Probleme bzw. Barrieren
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte.

23. Im Bereich "Unterstützungs- oder Beratungsangebote"

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein, aus meiner Sicht gibt es hier keine besonderen Probleme bzw. Barrieren
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte.

**24. Im Bereich "Dienstleistungen von Behörden"**

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein, aus meiner Sicht gibt es hier keine besonderen Probleme bzw. Barrieren
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte.

**Aus Ihrer Sicht: Gibt es für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in nachfolgend genannten Bereichen besondere Barrieren oder Probleme?**

25. Im Bereich "Mobilität und Öffentlicher Personennahverkehr (Bus, Bahn, Tram)"

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein, aus meiner Sicht gibt es hier keine besonderen Probleme bzw. Barrieren
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte.

26. Mit Blick auf Informationen zu den vorhandenen Unterstützungs- oder Beratungsangeboten bzw. zu möglichen Anlaufstellen

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein, aus meiner Sicht gibt es hier keine besonderen Probleme bzw. Barrieren
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte.



**27. Im Freizeit-, Sportbereich**

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein, aus meiner Sicht gibt es hier keine besonderen Probleme bzw. Barrieren
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte.

## Probleme und Barrieren im Alltag 3 (von 4)

**Aus Ihrer Sicht: Gibt es für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in nachfolgend genannten Bereichen besondere Barrieren oder Probleme?**

### 28. Im Kulturbereich

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein, aus meiner Sicht gibt es hier keine besonderen Probleme bzw. Barrieren
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte.

### 29. Bildungsangebote

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein, aus meiner Sicht gibt es hier keine besonderen Probleme bzw. Barrieren
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte.

### 30. Wohnungsmarkt

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein, aus meiner Sicht gibt es hier keine besonderen Probleme bzw. Barrieren
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte.

**Aus Ihrer Sicht: Gibt es für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in nachfolgend genannten Bereichen besondere Barrieren oder Probleme?**

**31. Arbeitsmarkt**

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein, aus meiner Sicht gibt es hier keine besonderen Probleme bzw. Barrieren
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte.

**32. Bei der ambulanten psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Versorgung"**

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein, aus meiner Sicht gibt es hier keine besonderen Probleme bzw. Barrieren
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte.

## Abschlussfragen

**33. Aus Ihrer Sicht: Erleben psychisch beeinträchtigte Personen im Alltag Ausgrenzung und Diskriminierung?**

- ja, oft
- ja, ab und zu
- eher selten
- nein
- kann ich nicht sagen

Falls Sie Ihre Einschätzung näher erläutern wollen, können Sie das hier gerne tun. Sehr gerne können Sie uns auch konkrete Vorschläge nennen, was die Landeshauptstadt München aus Ihrer Sicht diesbezüglich tun könnte?

**34. Zum Schluss möchten wir Sie noch bitten, den folgenden Satz zu ergänzen: „Das Wirksamste, das die Landeshauptstadt München für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen tun könnte, wäre aus meiner Sicht ....“**

## **Impressum**

### **Ansprechpartner**

SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung

Dr. Andreas Sagner  
andreas.sagner@sim-sozialplanung.de  
www.sim-sozialplanung.de

Bilder: Dr. Karolina de Valerio (S. 136), Ralf Otto (S. 156), Ina Waffenschmidt (S. 7, 185), MCZ (S. 28, 62, 102, 204)

München, September 2023



## **Impressum**

### **Ansprechpartnerinnen**

Landeshauptstadt München  
Gesundheitsreferat

Birgit Gorgas  
Gesundheitsvorsorge  
Angebote für sucht- und seelisch erkrankte Menschen  
gvo3.gsr@muenchen.de

Doris Wohlrab  
Gesundheitsplanung  
Gesundheitsberichterstattung  
gbe.gsr@muenchen.de  
<https://stadt.muenchen.de/infos/gesundheitsberichterstattung.html>

### **Download des Berichts**

<https://stadt.muenchen.de/infos/gesundheitsberichte.html>

### **Herausgeberin**

Landeshauptstadt München  
Gesundheitsreferat  
Bayerstraße 28 a  
80335 München  
[muenchen.de/gsr](https://muenchen.de/gsr)

Titelbild: Ralf Otto / Raymond Roemke  
Foto Referentin: Tobias Hase  
Stand: Dezember 2023

