

Case Studies:

Versorgungssituation
von Langzeitarbeitslosen
mit psychischen Erkrankungen

Agnes Kaiser
Linz, Oktober 2018

Inhaltsverzeichnis

1	Forschungsgegenstand und -Auftrag	2
2	Einzelfallanalysen	3
2.1	Patientenkarriere 1 - Frau E., 55	3
2.2	Patientenkarriere 2 - Frau T., 58	6
2.3	Patientenkarriere 3 – Herr K., 55	9
2.4	Patientenkarriere 4 - Herr B., 38	14
2.5	Patientenkarriere 5 - Frau M., 53	17
2.6	Patientenkarriere 6 - Frau H., 58	22
2.7	Patientenkarriere 7 – Herr S., 40	26
2.8	Patientenkarriere 8 – Herr L., 28	30
2.9	Patientenkarriere 9 – Herr F., 34	34
3	Case Studies – vergleichende Analyse	37
3.1	Inanspruchnahmeverhalten	38
3.2	Behandlung und Diagnosen	39
3.3	Zugangsbarrieren	40
3.3.1	Psychosoziale und soziokulturelle Barrieren	40
3.3.2	Materielle und strukturelle Barrieren	42
3.3.3	Chancen	44

1 FORSCHUNGSGEGENSTAND UND -AUFTRAG

Erwerbslose Menschen mit psychischen Erkrankungen haben häufig eine jahrelange Krankengeschichte mit vielen Erfahrungen als Patientin oder Patient gesammelt. Für diese besonders benachteiligte Gesellschaftsgruppe ist es bedeutend, die Gesundheitsversorgung in Hinblick auf Chancengerechtigkeit bestmöglich zu gestalten, damit die Versorgung nicht eine zusätzliche Hürde darstellt.

Um die vorhandenen quantitativen Daten um qualitative Versorgungsdaten zu ergänzen, wurden für dieses Projekt anhand von Case Studies neun Fälle dokumentiert. Diese Patientenkarrieren sollen einen Einblick in die Versorgungssituation sowie aktuelle Versorgungswege erwerbsloser Menschen mit psychischen Erkrankungen geben.

Im Auftrag der OÖ Gebietskrankenkasse, Abteilung für Wissenschaftskooperation, wurde folgende Forschungsfrage bearbeitet: „Welche Hürden und Chancen erleben Langzeitarbeitslose bei der Behandlung ihrer psychischen Erkrankungen?“.

Die empirischen Forschungsergebnisse wurden durch face-to-face Interviews mit vier Sozialberaterinnen bzw. Psychologinnen der psychosozialen Beratungsinstitutionen Exit Sozial und pro mente OÖ erhoben. Sie berichteten von Klientinnen und Klienten, die in der Krisenbetreuung oder über das Programm „standUp“ Unterstützung bekommen haben. Die Interviews zur jeweiligen Patientengeschichte dauerten zwischen 19 und 42 Minuten und fanden in den Sozialberatungs- und Büroräumlichkeiten von pro mente OÖ und Exit Sozial Urfahr bzw. Exit Sozial Bad Leonfelden statt. Anonymisiert berichteten die Befragten über die Patientenkarriere eines oder mehrerer KlientInnen. Ein semistrukturierter Interviewleitfaden wurde dafür vorab entwickelt. Die Initialen der PatientInnen wurden für den Bericht willkürlich gewählt und entsprechen nicht deren Nachnamen.

Die Akquise der InterviewpartnerInnen erfolgte in enger Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber sowie mit den LeiterInnen der Beratungsstellen Exit Sozial Krisenberatung Linz, Urfahr und Eferding, und pro mente OÖ bzw. des Programms „standUp“. Das Sampling für die Fälle wurde möglichst breit in Hinblick auf Alter, Geschlecht und sozialen Hintergründen gewählt. Trotz Anonymisierung wurde von den Beratern auch das Einverständnis der betroffenen Patienten erhoben.

Für die Studie wurden folgende Meilensteine definiert und umgesetzt:

Meilensteine	Termine
Projektstart in Abstimmung mit Auftraggeber	Juli 2018
Forschungsinstrument erstellt und getestet (Leitfaden), parallel Planung d. Interviews	Anfang August 2018
Durchführung der Interviews abgeschlossen, parallel beginnt Auswertung	Mitte September 2018
Dokumentation und Einzelanalyse nach Lamnek (2010, 366f) abgeschlossen, erste Auswertungsergebnisse	Ende September 2018
Generalisierende Analyse nach Lamnek (2010, 368) und Fertigstellung der Auswertung, Darstellung der Ergebnisse	Ende Oktober 2018

2 EINZELFALLANALYSEN

2.1 PATIENTENKARRIERE 1 - FRAU E., 55

Frau E., 55: Krise nach Kündigung

Frau E., 55 Jahre, verheiratet, lebt in einer Gemeinde im unteren Mühlviertel. In ihrer Ursprungsheimat in Osteuropa hat sie die Ingenieursausbildung absolviert. Vor 20 Jahren kam Frau E. nach Österreich und konnte ihren Grundberuf nicht ausüben. Sie war dennoch nie arbeitslos, sondern war vorrangig im Gastgewerbe und im Verkauf tätig. Zuletzt hat sie 8 Jahre lang in einer Bäckereikette als Abteilungsleiterin gearbeitet, 60 Wochenstunden, und nahm sich so gut wie nie Krankenstand.

**Voller
Arbeitseinsatz**

„Die Arbeit hatte ganz großen Stellenwert in ihrem Leben. ‚Ich bin die Arbeit.‘ ‚Ich bin die Firma.‘“

Ende 2016 wurde sie vom Arbeitgeber nach einer Woche im Krankenstand plötzlich gekündigt. Frau E. war nach der Kündigung komplett aus der Bahn geworfen und geriet körperlich sowie psychisch in eine schwere Krise.

**Plötzliche
Kündigung**

Ausgangsbedingungen

Gesundheitliche Situation:

Diagnostiziert wurden im Jänner 2017 eine psychovegane Erschöpfung, Depressionen und diverse psychosomatische Symptome: Frau E. war psychisch labil, verwirrt und durch die Kränkung stark verunsichert, litt unter Schlaflosigkeit, ihr fehlte zudem jede Tagesstruktur. Psychosomatische Beschwerden: Kopfschmerzen, Rückenbeschwerden sowie Nervenzucken auf der linken Gesichtshälfte.

Soziale Hintergründe:

Frau E.s Mann ist vor drei Jahren an Krebs erkrankt, was die Familie erschüttert hat und einen Belastungsfaktor darstellt. Dazu kommen Existenzängste. Es gibt einen 22-jährigen Sohn *„Das ist selbst noch ein so junger Mensch, der selbst noch schauen muss, wie er seinen Weg findet. Der ist da halt nicht so belastbar oder auch einfühlsam, so motivierend, wie es Menschen in solchen Krisensituationen brauchen würden.“*

Abgesehen von Mann und Sohn lebt Frau E. seit ihrer Krise sozial isoliert. Die Ursprungsfamilie ist in ihrem früheren Heimatland und seit ihrer Kündigung meidet Frau E. ihre früheren Sozialkontakte.

„Was denken die Leute, die sehen mich ja dann daheim, dass ich keine Arbeit mehr habe. Da gehe ich lieber nicht mehr vor die Türe.“

**Soziale
Isolation**

Im Rahmen der Krisenberatung (Exit-Urfahr-Umgebung) wurde die Frau ermutigt eine ehemalige Arbeitskollegin zu treffen, mit der sie eine gute Gesprächsbasis hat, und wieder Kontakte zu knüpfen.

Frau E. ist gut gebildet und gut informiert. Nach der Kündigung mit 53 Jahren ist sie in eine schwere Krise gestürzt, die Hoffnung noch einmal Fuß am Arbeitsmarkt zu fassen, schwindet zunehmend.

„Solange man drin steht, tut man, rudert man, und dann ist da ein abruptes Ende und dann plötzlich.... Schaffe ich die Anforderungen? Denn der Einbruch nach so einer Krisenepisode ist enorm. Das macht etwas mit dem Selbstbewusstsein und auch mit dem Selbstvertrauen. Man kommt an die Grenze.“

Selbstwert-Knick

„Als junger Mensch schaut das vielleicht noch anders aus, doch ab einem bestimmten Alter ist die Frage – wie werde ich da aufgenommen? Bekomme ich einen Job, wo ich das Gefühl habe, das kann ich auch leisten?“

Versorgungsschritte

Ende 2016 erfolgte die Kündigung

Krankmeldung durch den **Hausarzt**. Wegen Unruhezuständen und depressiven Phasen erfolgte sogleich die Überweisung zum **Facharzt für Psychiatrie**

Parallel verwies Hausarzt an eine **Beratungsstelle** (Exit Urfahr). Im Rahmen der Krisenbegleitung durch Exit Sozial konnte die Klientin wieder zu einer Tagesstruktur finden, wurde in der ersten Panik begleitet und konnte wieder Perspektiven für ihre Zukunft entdecken. Ein Stück Stabilisierung war möglich.

Facharzt für Psychiatrie (Kassenärztin) → **Psychopharmaka** (Selbstbehalt)

Es erfolgte daraufhin bei Frau E. eine Vielzahl an **Arztterminen** zur medizinischen Abklärung der körperlichen bzw. psychosomatischen Beschwerden. Etwa zur Abklärung der Kopfschmerzen sowie des Nervenzuckens („Ich habe vielleicht einen Kopftumor“) bei Neurologen. Diesbezüglich waren **diverse MedizinerInnen**, ohne Zuzahlung, involviert.

6-wöchige **Reha in Bad Hall** (konnte sie relativ früh im April/Mai 2017 antreten), mit Selbstbehalt

April 2017:

„Frau E. hatte sich, bevor sie auf Reha ging, soweit stabilisiert, dass sie ein Bewerbungsgespräch in einer Filiale im Lebensmittelhandel hatte. Das war so motivierend für sie, dass sie sagte, ‚ich mache jetzt die Reha, und dann geht es wieder weiter. Ich habe meinen Plan, ich habe meinen Weg wieder gefunden. Das wird sich wieder gut lösen.‘“

Mai 2017: Neuerliche Krise nach erneuter Kündigung

Als Frau E. von der Reha zurückkehrte, wollte sie zu arbeiten beginnen, erhielt jedoch wieder eine Absage, dass sie den Arbeitsplatz doch nicht antreten darf. Der Verdacht war, dass das Unternehmen von ihrer Reha-Maßnahme erfahren hat und sie deshalb kündigte.

„Daraufhin ging ihr Zustand wieder voll in den Keller. Die Frau war massivst verunsichert, hat das Vertrauen in sich selbst verloren. ‚Was bin ich, was kann ich? Bekomme ich jemals wieder eine Chance?‘“

Es wurde ein **Pensionsantrag** gestellt, der wurde im ersten Anlauf **abgelehnt** und mit der AK begleitet **beeinsprucht**.

Physiotherapie (GKK, mit Selbstbehalt)

Weitere Institutionen in Kooperation mit Gesundheitsversorgung:

AMS, Arbeiterkammer, Exit Sozial

Zugang und Inanspruchnahme der Versorgung

Frau E. besucht nicht den Psychiater im nächstgelegenen Ort, sondern entschied sich wegen Schamgefühl für die Fachärztin in Freistadt.

„Wir wurden gefragt, wen wir als Facharzt für Psychiatrie und Neurologie empfehlen. Der Facharzt in Gallneukirchen wäre am nächsten. Die Klientin hatte dann aber das Gefühl: ‚Nein, ich will nicht, dass man mich dort sieht. Lieber wo anders.‘ Das Thema ist ja nach wie vor sehr schambehaftet, dass ich zu einem Psychiater gehe.“

Nahtstellenprobleme – Lücken in der Versorgung

„Mehr Angebot zu kostenloser Psychotherapie wäre nötig.“

Die kostenfreien Psychotherapieplätze sind mit langen Wartezeiten (6 bis 9 Monate) verbun-

Krisenbegleitung

Hoffnung auf neuen Arbeitsplatz

Neuerliche Krise

Schamgefühl nach Kündigung beeinflusst Inanspruchnahme

Wartezeit

den. Die Beratungsstelle Exit hat einen eigenen Pool an Psychotherapeuten, der begrenzt ist auf Personen mit sehr geringem Einkommen und einer psychiatrischen Diagnose. Die Clearingstelle, die für Oberösterreich die kostenlosen Therapieplätze vergibt, hat gleich lange Wartezeiten.

Psychotherapie

Übergang von Krisenbegleitung zur Psychotherapie

„Sozialberatungsstellen übernehmen eine wichtige Funktion in der Krisenbegleitung. Bei Todesfällen, Arbeitsverlust, allen Formen von Lebenskrisen... „Wir sind die Anlaufstelle, wo geklärt wird, wo bekommt wer die adäquate Unterstützung.“ Bis zu 10 Gespräche. Dann wäre in vielen Fällen die Überleitung in eine Psychotherapie nötig. Es entsteht allerdings häufig bis zur Psychotherapie eine Lücke.“

Versorgungslücke nach Krisenbegleitung

Übergang von Rehabilitation zu Psychotherapie

„Auf einer Reha in Gruppen werden Dinge in Gang gebracht, eigentlich sollte es danach gleich nahtlos weitergehen. Die lange – zum Teil unbegleitete - Wartezeit bis zur Psychotherapie nach einer Reha oder auch nach der Krisenberatung ist daher problematisch.“

Versorgungslücke nach Reha

Kosten:

Kosten fallen für Frau E. für Rezepte für Psychopharmaka an (Schlafprobleme, Depressionen...), die die Klientin selbst bezahlt.

Kosten stellen für sie aktuell kein Problem dar, denn derzeit erhält Frau E. Arbeitslosengeld.

Barrieren und Chancen

Sozialbetreuung als Lückenfüller in Notsituationen:

Sofern eine gute Begleitung durch psychosoziale Beratungsstellen stattfindet, kann durch diese nach einer Krise eine erste Stabilisierung erfolgen, wo auf die Psychotherapie vorbereitet und übergeleitet wird.

Psychotherapie ist erst dann durchführbar, wenn die Person schon etwas stabiler und bereit dafür ist, betont Frau E.s Betreuerin.

„Für Psychotherapie muss man nach einer Krise aber schon psychisch so stabil sein, dass man auch wieder ein bisschen was aushält, denn da kommt man dann auch an Punkte, die nicht so angenehm sind.“

Psychotherapie:

stabile Patienten

Wenn der Klient wieder etwas Struktur gefunden hat, etwas Abstand zur Krise gefunden hat und bei dem Thema nicht mehr in Panik ist oder verfällt. „...Erst dann kann sich die Person damit auseinandersetzen, was die eigenen Anteile an der Geschichte sind, sich selbst reflektieren. Da ist nach einer Krise eine gewisse Zeit notwendig, in Begleitung wieder zu einem Zustand zu kommen, wo ich mich auf einer anderen Ebene nochmal damit auseinandersetze“

Fehlende Information und Aufklärung der Patienten zu Psychotherapie

Sozialberatungsstellen übernehmen häufig die Aufklärung über und die Vorbereitung auf Psychotherapie. Diese Aufklärung wäre aber für alle wichtig, die vor einer Psychotherapie stehen, appelliert Frau E.s Betreuerin.

„Die Leute haben relativ wenig Information dazu, was eine Psychotherapie ist und werden bei der Überweisung auch nicht informiert. Es erfordert hier eine bessere Aufklärung: „‘Was bringt mir das.’ Motivieren, dass das was Weiterführendes, was Positives ist, das was bringen kann. Das würde den Start in die Psychotherapie und die Erfolge begünstigen.“

Information und Vorbereitung

„Psychotherapie als Allheilmittel“ wird kritisiert.

„Von ChefärztInnen kommt häufig der Auftrag, „Sie brauchen eine Psychotherapie.“ Und wenn Sie das nicht machen, dann streichen wir das Krankengeld.“ Das ist aber nicht etwas, das ich einnehme, wie eine Tablette. Ich muss selbst bereit sein, mich mit mir selbst auseinanderzusetzen. Das kann ich nicht auf Auftrag machen.“

Kein Allheilmittel

Arbeit als wichtige Maßnahme

„Stundenweises Arbeiten neben dem Reha- Geld ist sehr positiv. Auszuprobieren, wie belastbar bin ich, wie erlebe ich mich da? Es sollte mehr Arbeitsstellen geben, die dies auch zulassen.“

**Stundenweises
Arbeiten**

Aktuelle Situation:

Frau E. war/ist beim AMS gemeldet, erhält Arbeitslosengeld und absolvierte dort ein Bewerbungs-Coaching. (Einschätzung der Beraterin: „Das wird allerdings dauern, bis die Frau fähig sein wird, irgendwo zur Bewerbung hin zu gehen.“)

Nach wie vor ist sie regelmäßig in fachärztlicher Betreuung (Psychiaterin alle paar Monate), Physiotherapie (GKK, mit Selbstbehalt) wird nach wie vor regelmäßig in Anspruch genommen. Aktuell ist die Klientin auf Kur aufgrund der körperlichen Symptomatik, die nach wie vor besteht.

Zukunftsperspektiven:

Frau E. ist nach wie vor arbeitslos. Psychisch hat sie sich einigermaßen erholt, ist belastbarer geworden. Kann mit der Kränkung umgehen. Sie hat Perspektiven („falls es keine Pensionierung ist, wird es andere Möglichkeiten geben...“)

**Belastbarkeit
steigt**

„Die Frau ist jetzt 55. „Ich weiß nicht, ob sie noch einen Fuß in den Arbeitsmarkt bekommt. Das hat wenig mit dem Gesundheitsbereich zu tun – eher mit dem Arbeitsmarkt. Von der Belastbarkeit würde ich es ihr zutrauen, denn sie ist hoch motiviert. ... wenn sie wieder in einen Betrieb reinkommen würde, der auch so familiär ist, wie der letzte. Denn Frau E. hat das total geliebt. Arbeit hat einen hohen Stellenwert bei ihr.“

2.2 PATIENTENKARRIERE 2 - FRAU T., 58

Frau T., 58 – Depressionen

Die 58-jährige Frau T. wohnt in einer Stadtgemeinde im Bezirk Urfahr Umgebung, ist geschieden und von Beruf gelernte Bürokauffrau. Bis zu ihrem Jobverlust hat Frau T. in diesem Beruf gearbeitet, war davor nie arbeitslos, allerdings einige Jahre daheim aufgrund der Kindererziehung ihrer drei Kinder.

Bei ihrem Jobverlust 2011 im Alter von 52 Jahren erlitt Frau T. eine große Krise. Nach ihrer Kündigung war sie lange im Krankengeldbezug, dann arbeitslos gemeldet (inklusive Coaching, Berufsumorientierung bei Promente, ...). Seither absolvierte sie unter anderem ein Arbeitstraining bei pro mente, wie auch weitere Schulungsmaßnahmen und verschiedenste Arbeitsmarkt-Projekte, die zum Teil aufgrund schwerer depressiver Phasen abgebrochen wurden.

**zur Pension
hanteln**

„Wieder zurückzufinden in ein Berufsleben aufgrund dieser Irritation ist sehr schwierig. Selbstvertrauen null, Sehr schnell überfordert, ganz schnell verunsichert.“

Ausgangsbedingungen**Gesundheitliche Situation**

Die Kündigung vor sieben Jahren erlebte Frau T. als große Krise mit Langzeitfolgen: Schwerer Schock und Krise mit Überforderung, Gedankenkreisen („Warum passiert mir so etwas?“), Rückzug...

Zwischendurch fand immer wieder ein Einstieg in Beschäftigungsprojekte statt, dazwischen wieder Phasen tiefster Depression.

Depression

„Ab einem bestimmten Alter ist dann die Angst da, das einfach nicht mehr zu bewältigen. ‚Das schaff ich nicht mehr.‘“

Soziale Hintergründe

Frau T. ist seit ihrer Scheidung alleinstehend, lebt zurückgezogen. Sie hat drei erwachsene Kinder, die selbst bereits mit ihren eigenen Familien zusammenleben.

alleinstehend

Weitere Belastungsfaktoren

Belastung als Pflegende Angehörige

Frau T. hat selbst ihre alten Eltern im Haus, die bereits zu pflegen sind. *„Da gibt es natürlich auch viele Erwartungen und Anforderungen von Seite ihrer pflegebedürftigen Eltern. Mit rund um die Uhr-Betreuung. Sehr aufregend und kräfteraubend.“*

Pflege der Eltern

„Es ist schon in der Regel so, dass bei den Leuten, die dann so aus dem Rahmen oder aus der Bahn fallen, dass es mehrere ‚Baustellen‘ gibt, nicht nur eine. Dass das zusammen wirkt. Dass das über eine längere Zeit auch schon so läuft.“

Arbeitslos mit 58

Das Selbstvertrauen von Frau T. hat nach sieben Jahren Arbeitslosigkeit sehr gelitten.

„Es hat auch viel mit Angst vor den Anforderungen zu tun... Ich glaube ich schaffe das nicht mehr, was da draußen in der Arbeitswelt auf mich wartet und erwartet wird, ich kann das nicht mehr.“

**Sieben Jahre
Arbeitslosigkeit**

Versorgungsschritte

Der **Hausarzt** verwies Frau T. 2011 erstmals an eine psychosoziale Beratungsstelle, um die Zeit zu überbrücken, bis sie einen Facharzttermin bekommt.

Frau T. nimmt seit Jahren **psychosoziale Beratung** von Exit Sozial Urfahr in Anspruch:

„Mehrere Male seit 2011, mit Unterbrechungen bis zu einem Jahr, dann kam Frau T. wieder, weil wieder eine ganz schwierige Situation war, wo sie in Rückzug und Überforderung stand und wieder eine außenstehende Person brauchte, die drauf schaut, ‚Was passiert da jetzt gerade?‘ ‚Wie kann ich damit umgehen?‘ ‚Wie kann ich das jetzt wieder soweit regeln, dass ich mich wieder raussehe?‘“

Facharzt für Psychiatrie (Kassenarzt) → **Medikamente**: Antidepressiva (Rezeptgebühr)

Psychotherapie (kostenlos, 6 Monate Wartezeit)

Physiotherapie kostenlos

Reha mit Selbstkostenbeitrag

Kur

Alternative Behandlungen und Seminare zur Überbrückung in der Wartezeit zur Psychotherapie: *„Zusätzlich schaute sie, was ihr alternativ gut tut: Während der Wartezeit suchte und zahlte sich die Klientin selbst Workshops in Wels zur Selbststärkung, die Klientin war da sehr aktiv.“*

Weitere Institutionen in Kooperation mit Gesundheitsversorgung:

Pro mente, AMS& diverse Arbeitsmarktprojekte, Exit Krisen- und Sozialberatung

Zugang und Inanspruchnahme der Versorgung

„Frau T. war der Gesundheitsversorgung gegenüber sehr motiviert und offen. ‚Ich will gesund werden. Ich will alles annehmen, was mir geboten wird.‘ Das hat sie sehr genutzt.“

**gute
Inanspruchnahme**

Wartezeit

„Wir haben eigentlich ein gutes Angebot. Es ist allerdings mit Wartezeiten verbunden, die nicht förderlich sind.“

„Für einen Termin beim Psychiater – Facharzt (beispielsweise Dr. Zachhuber in Linz) kannst schon mal mindestens 2 Monate auf einen Termin warten.“

Im Fall von Frau T. entstanden 6 Monate Wartezeit zwischen Beratung und Therapie. Erst als die Beratungssequenz bei der Psychosozialen Beratung (max. 10 Termine) beendet war, konnte nämlich für die Klientin ein Antrag auf kostenlose Psychotherapie gestellt werden. Dann erst kam Frau T. auf die Warteliste und hatte in dieser Zeit eine Betreuungslücke.

Versorgungslücke nach KrisenbegleitungKostenlose Psychotherapie für diese Zielgruppe essenziell

„Psychotherapie ist ein langfristiges Gesundheitsprogramm. Das ist etwas, da bin ich ein Jahr oder mehr in Behandlung. Und wenn ich mir das selber verzahlen muss, das geht nicht. Das können die Leute nicht mit einem Einkommen von 1.000 oder 1.200 Euro nicht zahlen. Darum ist dieses kostenlose Angebot so wichtig. Genau für die Personengruppe. Denn alle, die es sich leisten können, schicken wir eh auf den freien Markt. Doch ganz viele können sich das einfach nicht leisten. Da ist der Zuschuss von 23 Euro je Therapieeinheit¹ einfach zu wenig.“

Kosten

Die Selbstbehalte sowie die Fahrtkosten stellten in diesem Fall keine Probleme dar,

„Medikamente und Selbstkostenbeiträge bei Reha-Aufenthalten sind von den Klienten selbst zu bezahlen. Aber ich habe bis jetzt eigentlich noch keine Person gehabt, wo sich das mit der Selbstkostentragung der Reha nicht ausgegangen wäre. Problematisch ist es oft schon, aber es geht sich immer aus.“

Barrieren und ChancenNahtstellen zwischen Gesundheits- und Sozialbereich

Wenn das Gesundheits- und das Sozialangebot gut miteinander vernetzt sind, profitieren die Klienten. Die Sozialpsychologische Betreuung wird als wichtiger Faktor betrachtet, damit Leistungen ankommen. Dabei geht es darum, Wartezeiten zu überbrücken, Beruhigung und Stabilität zu geben, und zu Behandlungen zu ermutigen.

Nahtstellen überbrückenSozialpsychologische Beratung ist ein wichtiger Faktor...... zur Stabilisierung

In der Krisenbegleitung gab es für Frau T. regelmäßige Beratungstermine, bis zu 10 Beratungen sind in diesen Fällen vorgesehen. Zu Beginn in dieser Krisensituation waren die Treffen wöchentlich, denn da ging es vorwiegend um Beruhigung und um Stabilität. Und erst als sich die akute Krisensituation beruhigt hatte, konnten die Termine in größerem Abstand weiter gelegt werden. Dann kam die Klientin 14 tägig bzw. im dreiwöchigen Abstand.

Stabilität... zur Unterstützung der Inanspruchnahme und Compliance

„Solange die Klienten in einer sozialpsychologischen Betreuungssituation sind, kommen die Leistungen an, weil da miteinander geschaut wird. Zum einen die sozialen Einrichtungen und Unterstützungsmöglichkeiten und zum anderen ein gut ausgestattetes Gesundheitssystem – wenn das gut verwoben ist, kann vieles gut stabilisiert werden.“

Compliance

Dort, wo es notwendig war, stellte die Sozialberatung für Frau T. Kontakt zu Gesundheitsleistungen her.

¹ 23€ je Einheit ist der Betrag, den der/die Versicherte rückerstattet bekommt, wenn es eine Überweisung gibt.

„Ein Teil unserer Beratung ist es den Klienten zu zeigen, ‚Was gibt’s an Unterstützungsangeboten und Möglichkeiten‘ und ‚Wie weit können Sie das selbst machen oder brauchen sie Unterstützung dabei?‘ Ein zweiter Punkt ist: Im nächsten Treffen wird dann immer nachgefragt, ‚Was ist diesbezüglich herausgekommen? Ist der Kontakt gelungen und was ist vereinbart worden?‘ Die Menschen erleben das sehr unterstützend. Da geht dann auch was weiter in der Regel.“

Unterstützung zur Selbstständigkeit

... bei der Vorbereitung auf Therapien

Wartezeiten im Übergang von der Beratung zur Psychotherapie überbrücken.

„In den Beratungsstunden finden häufig bereits Elemente einer psychotherapeutischen Intervention statt bzw. wird darauf vorbereitet, werden eingeführt in das Thema, sich mit sich selbst zu beschäftigen mit einer anderen Person. Da geht es um ein Vertrauen und Sicherheit herzustellen zu sagen ‚ich kann so sein wie ich bin, und sagen, was ich mir denke.“

... als Nachbetreuung nach Versorgungsmaßnahmen

Sehr guter Kontakt besteht zwischen Neuromed Campus und den Sozialpsychologischen Anlaufstellen. Neuromed Campus überweist zB laufend im Anschluss auf stationären Aufenthalt an Exit Sozial. Die Exit Beraterin berichtet, „Wir besuchen alle 2 Wochen am Neuromed Campus jene Stationen, die zu uns zuweisen. Wir treten direkt dort schon Kontakt mit den Leuten, die dann im Anschluss zu uns kommen.“

Vor- und Nachsorge

Druck am Arbeitsmarkt - vor allem für ältere ArbeitnehmerInnen

Frau T. durchläuft seit sieben Jahren verschiedenste Programme und Projekte. Der Erste Arbeitsmarkt eröffnet keine Perspektiven mehr für sie.

„Das hat sehr viel mit dem Arbeitsmarkt zu tun und mit dem Druck, der einfach dort herrscht.“

Aktuelle Situation

Derzeit absolviert Frau T. ein 16 monatiges Sozialprojekt, wo Menschen geschützt beschäftigt sind und verschiedene Arbeitsläufe im Turnus absolvieren, zuerst in der Näherei, jetzt im Büro und so wird versucht, einen Einstieg zu probieren. Dabei wird stufenweise die Belastung erhöht im Sinne der Anforderungen.

Nach wie vor ist sie in der Versorgung durch Hausarzt sowie Facharzt für Psychiatrie.

Zukunftsperspektiven

Nach verschiedensten Projekten in den letzten sieben Jahren schwinden die Chancen noch einmal am Ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen: „Die Frau hantelt sich vermutlich so zur Pension. Sie hat noch zwei Jahre, aus der einen Maßnahme kommt sie erst nächstes Jahr raus.“

Keine Job-Perspektiven

„Die Klientin ist in einer Altersgruppe, wo ich wenig Perspektive in Bezug auf den Arbeitsmarkt sehe, zumindest auf dem Ersten Arbeitsmarkt.“

2.3 PATIENTENKARRIERE 3 – HERR K., 55

Herr K., 55 - Angsterkrankung nach Herzinfarkt

Der 55-jährige Installateur Herr K. ist verheiratet und lebt in Linz. Nach einem Herzinfarkt im Jahr 2014 entwickelte sich eine Angsterkrankung mit Panikattacken. Beruflich aus der Bahn geworfen durchlief er einen regelrechten Ärzte-Marathon. Frustriert, weil ihm keiner helfen

konnte, nahm er eine Zeit lang gar keine Versorgung mehr in Anspruch.

Im Rahmen der Psychosozialberatung („standUp“ von pro mente und AMS) konnte Herr K. wieder zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ermutigt werden. Mittels Gesundheits- und Psychoedukation wurde auch daran gearbeitet, dass Herr K. seine Angsterkrankung annimmt. Er konnte sich soweit stabilisieren, dass er 2018 wieder am Ersten Arbeitsmarkt einen neuen Job bekommen hat.

**gelungene
Stabilisierung**

Ausgangsbedingungen

Gesundheitliche Situation

Nach einem Herzinfarkt im Jahr 2014 traten bei Herrn K. Angstzustände auf und psychische sowie psychosomatische Beschwerden blieben.

„Er hat bei diesem Herzinfarkt Todesangst aus heiterem Himmel erfahren, war davor nie mit Krisen oder Problemen konfrontiert. Aus dieser Erfahrung heraus hat sich bei Herrn K. eine Angststörung mit Panikattacken entwickelt.“

Angststörung

Die Angsterkrankung hat sich nach der einvernehmlichen Kündigung verstärkt, sodass er sich nicht mehr Autofahren traute und das Haus nicht verlassen wollte.

Herrn K.s starke Schwindelsymptomatik hatte – so stellte sich nach vielen medizinischen Abklärungen heraus - keine organische Ursachen. Der Klient brauchte lange, um die psychosomatischen Symptome einordnen zu können und seine psychische Erkrankung zu akzeptieren.

Zu Beginn erklärte Herr K. der Beraterin von pro mente immer, *„Ich bin ja nicht psychisch krank, ich bin nur ‚kopfdeppad‘. Und jetzt hab ich so einen mysteriösen Schwindel und war schon bei 15 Ärzten und keiner kann mir sagen, was das ist.“*

Soziale Hintergründe

Herr K. hat sehr stabile Familienverhältnisse: Seit 32 Jahren ist er verheiratet und hat zwei bereits erwachsene Töchter

Bis zum Arbeitsverlust hatte er ein sehr stabiles Leben. Er hatte 30 Jahre lang bei derselben Firma gearbeitet und war als Installateur viel auf Montage unterwegs. Soziale Kontakte hat und hatte er unter anderem durch seine Hobbies Fußballspiel und Sport. Er hat keine Suchterkrankungen und allgemein verfügt er über viele Ressourcen, war immer gewissenhaft und ehrgeizig.

**Stabile
Vorgeschichte**

Trotz aller Ressourcen stellte sich heraus, *„Nach längerer Zeit Arbeitslosigkeit und Krankheit ist der Selbstwert im Keller.“* Das Hauptthema bei der Unterstützung durch die Sozialberatung war nach zweijähriger Arbeitslosigkeit das erneute Aufbauen des Selbstwerts.

**Selbstwert
„im Keller“**

Versorgungsschritte

2014 nach dem Herzinfarkt

Krankenhaus

„Die Versorgung im Krankenhaus hat zwar gepasst. Doch bei Herrn K. blieb eine große Unsicherheit, denn die Ärzte sagten ihm, vielleicht passt es eh, vielleicht auch nicht.“

Der **Hausarzt** schrieb Herrn K. nach dem Herzinfarkt zuerst krank.

„Er nahm Krankenstand, dann viel Urlaub und ging auf Zeitausgleich, da war noch sehr viel offen. Herr K. merkte danach aber, es geht nicht mehr in dieser Form und kündigte einvernehmlich.“

**Verunsicherung
nach Herzinfarkt**

Herz-Kreislauf – Reha: Es hat sich dort nichts verbessert; Vielmehr entwickelte sich immer mehr

Versorgungssituation von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Erkrankungen

eine Paniksymptomatik. Von ärztlicher Seite kam dann die Einsicht, dass es da eine psychische Komponente gibt. Daher Überweisung zur
Reha Sonnenpark Bad Hall, Psychosoziale Reha

„Die Reha fand in diesem Fall zu früh statt.“ Herr K. war noch nicht „bereit“ für psychotherapeutische Interventionen. Rückblickend gesehen fehlten seinerseits die Einsicht für seine Angsterkrankung und die nötige Compliance. Die Folge war: die Symptome besserten sich nach der Reha nicht.

Reha „zu früh“

Gesundheitswoche, Kurz-Kur-Aufenthalt (selbst bezahlt)

Psychotherapie (selbst bezahlt) wurde wieder abgebrochen (Patient war noch nicht so weit)

Akupunktur (selbst bezahlt)

Ärztliche Behandlung selbst bezahlt

2014-2015 „Ärzte-Odyssee“ Mehrere verschiedene Fachärzte:

Verschiedene Internisten checkten mehrmals das Herz – Patient K. ist topfit

Verschiedene Neurologen checkten Herrn K. mehrmals durch – kein Hirntumor

Psychiater wurde nur anfangs einmal konsultiert, keine Medikamente

„Ärzte-Odyssee“

Anfang 2016 erster Kontakt über AMS zum Programm „standUp“ (pro mente OÖ). Damals war Herr K. zwei Jahre arbeitslos.

„Herr K. kam ganz frustriert zu mir. Er hatte eine regelrechte Ärzteodyssee hinter sich. Er war so weit, dass er verweigerte und nichts mehr in Anspruch nehmen wollte.“

Frust und Verweigerung

In den regelmäßigen Beratungsgesprächen fand viel Psychoedukation und Gesundheitsedukation statt. „Herr K. hatte ein sehr biomedizinisches Gesundheitsbild.“

Schließlich konnte Herr K. wieder zur Inanspruchnahme ermutigt werden.

Ab 2016/2017

Als Herr K. seine psychische Erkrankung selbst akzeptiert hatte, buchte er eine Einzelstunde **Psychotherapie** (selbst bezahlt) bei einem Experten zum Thema Angst. Dieser Therapeut sagte, er sei sehr spät dran und hätte früher kommen sollen. Es blieb bei der einen Therapiestunde.

Herr K. begann regelmäßig ins **Fitnesscenter** zu gehen. Bei Angsterkrankungen erweist sich das als sehr hilfreich. Mit Training konnte Herr K. viel stabilisieren.

Bis jetzt besucht er eine private **TCM-Ärztin mit Akupunktur** (selbst bezahlt)

bis jetzt **Physiotherapie** (selbst bezahlt)

bis jetzt besucht er auch regelmäßig eine Energetikerin sowie Shiatsu (beides selbst bezahlt und durchschnittlich einmal monatlich)

„Nachdem sich bei Herrn K. viel auf der somatischen Ebene abspielt, ist der Besuch bei der Energetikerin in seinen Augen eine Art alternative Psychotherapie auf körperlicher Ebene. Es muss nicht jeder eine Gesprächs-Psychotherapie haben. Das kommt darauf an, wie man gestrickt ist. Herr K. ist eher ein körperbezogener Mensch. Durch Körperarbeit hat er sich stabilisiert.“

Weitere Institutionen in Kooperation mit Gesundheitsversorgung:

pro mente OÖ (standUp)

Zugang und Inanspruchnahme der Versorgung

Ärzte-Odyssee

Erst nach einiger Zeit und einer regelrechten „Ärzteodyssee“ kam bei den Ärzten die Erkenntnis, dass Herr K. ein psychisches Problem hat, der Schwindel war kein Gehirntumor. „Der rennt zehn Jahre zu den diversen Fachärzten und Hausärzten und lässt sich durchchecken. Das ist auch ein Kostenfaktor. Wenn man sich Zeit nehmen würde und einfach mal zuhören würde, würde man sich viele Untersuchungen sparen.“

Verweigerung, keine Versorgung mehr in Anspruch nehmen

Herr K. nahm nach dem „Ärztmarathon“ gar nichts mehr in Anspruch. Bei der Sozialpsychologischen Beratung wurde ihm erstmals zugehört. *„Er war sehr frustriert und wollte keine Gesundheitsleistungen mehr in Anspruch nehmen. Erst nach mehreren Terminen, wo ihm zugehört wurde und er sich ernst genommen fühlte, kam er zu einem Punkt, wo selbst bereit war Beratung anzunehmen und gemeinsam zu überlegen, wie geht es jetzt weiter.“*

„Ärztmarathon“Zeitpunkt der Versorgung im Krisenverlauf

Manche Patienten sollten vor so einer Reha einmal vorab soweit therapeutisch vorbereitet werden, damit sie die Therapien annehmen können.“

„Einerseits haben wir manchmal das Problem, dass Menschen zu spät in medizinische Versorgung kommen, andererseits gibt es – wie in diesem Fall – auch manchmal das Problem: Dieser Mann hat sich ein ganzes Leben lang nie mit dem Thema psychische Erkrankungen beschäftigt, hatte auch gar keine Bezugspunkte. Jetzt war das für Herrn K. so komisch und so unvorstellbar, was denn eine psychische Krankheit ist, dass das im Sonnenpark² noch zu früh war. Die Therapien machten noch keinen Sinn.“

Zeitpunkt der Versorgung im KrankheitsverlaufKosten:

Herr K. bezahlt viele Leistungen selbst. Er ist sehr gut versorgt, auch aufgrund seiner finanziellen Möglichkeiten: Geld war hier gar kein Problem. Er und auch seine Frau verdienten immer beide gut.

„Im Fall von Herrn K. war es so, dass er sich alles selbst finanzieren konnte, da brauchte man nur schauen. Wen gibt es da für Leute, und die Besten nehme ich mir.“

Barrieren und ChancenVerunsicherungen und fehlende Diagnosen

„Herr K. hätte einen Arzt gebraucht, der ihm sagt. ‚Alles ist in Ordnung. Machen Sie sich keine Sorgen.‘ Das haben die Ärzte aber nicht gesagt, denn die wollten sich auch absichern. So wurde ihm gesagt. ‚Es schaut gut aus, ich kann es Ihnen aber nicht zu 100 Prozent garantieren. Schauen wir mal weiter.‘ Für Menschen mit einer Angststörung ist das natürlich nicht förderlich, sondern verunsichert noch mehr.“

Diagnosestellung mit HürdenEindimensionalität der Versorgung

Kritisiert wird, dass im Versorgungssystem jede und jeder nur seinen eigenen Teilbereich berücksichtigt, und der Blick auf das Ganze bei der Behandlung von Symptomen und Erkrankungen fehlt. Es fehlt die interdisziplinäre, umfassende Sicht und Vernetzung mit anderen Disziplinen, die besonders bei Menschen mit psychischen Erkrankungen notwendig wäre. Bei Herrn K. hatte dies zur Folge, dass er zwei Jahre lang als Drehtürpatient von einer Stelle zur nächsten geschickt wurde, sich nicht ernst genommen fühlte und schließlich völlig frustriert gar nichts mehr in Anspruch nahm.

„Psychische Erkrankungen haben viele Aspekte, viele Seiten. Die alle wichtig sind. Unser Problem ist aber die Eindimensionalität im Gesundheitswesen. Jeder schaut sich seinen eigenen Bereich an und das war's dann auch. Und das ‚schnell schnell schnell, denn ich habe keine Zeit. Da habe ich keine Zeit mir noch andere Blickwinkel zu überlegen.“

Vermehrte multiprofessionelle Arbeit und Vernetzung zwischen den medizinischen Disziplinen und Gesundheitsberufen wären wichtig: *„Und das wären ja auch die neuen medizinischen Konzepte: Ganzheitlich sollten wir darauf schauen, wir sollten multiprofessionell arbeiten: somatisch, psychologisch, das Soziale als ganz wichtigen Faktor, auch die körperbezogene Arbeit ist so*

Fehlende Interdisziplinarität

² Rehabilitation mit psychotherapeutischen Gruppensitzungen

wichtig. Und dann braucht man zwar anfangs etwas mehr Zeit, damit man nicht nur das eine Symptom sieht, wie in diesem Fall: Aha, der hatte einen Herzinfarkt. Sondern zu fragen, was sind denn weitere Symptome? Dann kämen wir früher darauf und würden viele Ärzteodyssees verkürzen oder vermeiden.“

Begleitung braucht Zeit.

„Die fehlende Zeit ist aber das Problem, das wir bei uns im System auch haben. Und das ist auch das Problem, das wir bei den Ärzten haben.“

Herr K. beschwerte sich anfangs sehr über die Ärzte, denn keiner hört ihm zu und keiner kann ihm helfen: „Keiner ließ Herrn K. reden, seinen Dampf ablassen. Da wurde er vorher unterbrochen, ein Rezept ausgestellt und zu irgendeiner Untersuchung weitergeschickt. Doch erst nach diesem ‚Dampf‘ kommt dann die wertvolle Information.“

Drehtürpatient

„Ich erlebe bei ganz vielen Klienten, dass sie Zeit brauchen. Keinen Druck machen: ‚Schnell, schnell, schnell, dass sie weiter sind.‘ Das kennen die Klienten aus sehr vielen Projekten, das kennen sie aus dem medizinischen System. Und dann machen’s zu. Dann öffnen sie sich nicht mehr. Und dann erzählen sie auch nicht die Sachen, die eigentlich wirklich wichtig wären. Das kommt alles erst oft etwas später auf.“

Fehlende Zeit des med. Personals

Arbeit an Akzeptanz und Compliance:

Die Ärzte erkannten nach einiger Zeit die psychischen Ursachen seiner Beschwerden. Doch die Einsicht kam beim Klienten selbst noch nicht. So absolvierte er verschiedene Leistungen, wie die Reha und Psychotherapie, ohne Fortschritte zu erzielen. „Ich habe mit dem Klienten ein halbes Jahr nur an dieser Akzeptanz und an der Compliance gearbeitet, bin dann mit ihm ins Psychoedukative gegangen, Thema „Angst“. Das hat lange gedauert, bis er es annehmen konnte. Danach konnte er die Angsterkrankung annehmen und Gesundheitsleistungen sinnvoll nutzen.“

Psychoedukation und Gesundheitskompetenz

Körperarbeit als Alternative zur Gesprächstherapie

Die Beraterin beschreibt Herrn K. als eher körperbezogenen Menschen. Bei ihm waren Gesprächstherapien zur Behandlung seiner psychischen Angsterkrankung nicht hilfreich.

„Die Reha in Bad Hall und der erste psychotherapeutische Versuch hatten keinen Erfolg, ‘denn dort haben’s geredet’ - und das ist nicht seine Ebene.“

Herr K. gelang eine Stabilisierung schließlich mit Sport und alternativen Angeboten. „Nicht jedem bringt eine Gesprächs-Psychotherapie was. Kommt darauf an, ob man eher auf körperlicher Ebene Dinge ausverhandelt, oder ob man eher im Kopf ist. Auf der Körper-Ebene hat Herr K. auch dann viel weitergebracht.“

Körperarbeit

Informationsquellen

Patienten brauchen besonders in dieser Zielgruppe Hilfe um auf die richtigen Leistungen oder Informationen zu kommen. Wichtig ist, dass es dazu Verknüpfungspositionen gibt, die auf Angebote im Gesundheitssystem hinweisen. „Den Leuten ist es nicht bewusst, die schauen lieber in irgendwelchen abenteuerlichen Foren, bevor sie sich die offizielle Webseiten der Institutionen, zum Beispiel der Clearingstelle der Gebietskrankenkasse, ansehen.“

Informationsdefizit

„Die Klienten kommen da teilweise auf abenteuerliche Ideen, dass man ADHS bei Kindern mit irgendwelchen esoterischen Ritualen behandeln kann. Oder sie gehen zu irgendwelchen Schamanen, die ihnen sagen, ‚Die Tabletten brauchst du eh nicht nehmen, du bist eh so erleuchtet.‘ Dann hören die auf mit den Tabletten und rutschen wieder Vollgas in ihre Psychosen.“

Esoterik

Fehlende Perspektiven am Arbeitsmarkt, fehlende Teilzeitmöglichkeiten

Für Langzeitarbeitslose mit psychischen Erkrankungen sind die Perspektiven am Arbeitsmarkt sehr schlecht: „Wir können bei unseren Leuten nicht voraussetzen, dass sie wieder auf den ersten Arbeitsmarkt finden.“

Versorgungssituation von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Erkrankungen

Für diese Zielgruppe sind daher essenziell: Praktika, Arbeitserprobungen, zweiter Arbeitsmarkt allgemein und Sozialökonomische Betriebe. Letztere gibt es ab 2019 in Linz gar nicht mehr.

„Da sagen die Entscheidungsträger ‚Das brauchen wir alles nicht, der Konjunktur geht es ja so gut. Für was brauchen wir sozialökonomische Betriebe?‘ Aber es gibt einfach Menschen, die nicht 100% arbeitsfähig sind. Denen bringt die gute Konjunktur am ersten Arbeitsmarkt rein gar nichts. Denn den kann ich weder auf Baustellen schicken, noch in die Küche stellen noch sonst irgendwas. Und die können nicht Vollzeit. ATZ ist aber Vollzeit. ITM³ ist aber so wenig und befristet. Praktika in Betrieben sind sehr wichtig, damit sie wieder Selbstvertrauen bekommen.“

schlechte Jobperspektiven trotz guter Konjunktur

Aktuelle Situation

Herr K. hat einen alternativen Zugang gewählt und konnte sich mit Sport und alternativen Angeboten viel selbst regulieren. Er nimmt nach wie vor keine Medikamente in Bezug auf seine Angststörung.

Sport zur Stabilisierung

Während der Beratung bei „StandUp“ begann er noch mit einem Praktikum bei einem Bekannten in einer Firma.

„Wir sind hier dann stark in die arbeitsrepetitive Maßnahme gegangen, haben daran gearbeitet, dass er Arbeitszeiten einhält, dass er auf seine Bedürfnisse schaut. Das ist das Gute bei unserem Projekt, dass Herr K. daneben in einem Praktikumsverhältnis arbeiten durfte. Denn das Problem ist, erst wenn Menschen nach solchen Lebensphasen wieder in das Arbeitsleben treten, kommen die alten Muster wieder zurück. Diese gilt es im Coaching wieder zu reflektieren und zu begleiten.“

Rückkehr Erster Arbeitsmarkt

Zukunftsperspektiven

Nach einem Jahr Beratung hat Herr K. das Betreuungsprogramm „StandUp“ wieder gut beendet. Über Projekt 20 000 hat Herr K. Ende 2017 genau den Job bekommen, den er sich vorgestellt hat. Als Around-Handwerker, denn er wollte nicht mehr auf Baustellen auf Montage, kann er sein Können nun sehr gut einsetzen. Mit seinem Job am Ersten Arbeitsmarkt ist er sehr zufrieden und stabil.

2.4 PATIENTENKARRIERE 4 - HERR B., 38

Herr B., 38 – Kombinierte Persönlichkeitsstörung und Alkoholsucht

Herr B. ist 38 Jahre alt und hat aufgrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung eine instabile psychische Befindlichkeit. Während seiner Studienzeit in Kärnten hat er eine Alkoholabhängigkeit entwickelt. Nach Abbruch des Studiums kehrte Herr B. zurück nach Oberösterreich und lebt seither in einer Stadtgemeinde in Linz Land. Anfangs arbeitete Herr B. in diversen Aushilfsjobs, wurde allerdings nach Konflikten gekündigt. Seit 2015 ist er arbeitslos, absolvierte verschiedene Beschäftigungsmaßnahmen und Ausbildungen, die er zum Teil abbrach.

Ausgangsbedingungen

Gesundheitliche Situation

Herrn B. wurde eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Zudem hat er während

³ ATZ: Arbeitstrainingszentrum zur Reintegration ins Arbeitsleben; ITM: Individuelle Trainingsmaßnahme

seines Studiums der Musikwissenschaften – Er war Profi-Trompeter - eine Alkoholabhängigkeit entwickelt. Nach Abbruch des Studiums kamen Panikattacken und Ängste dazu. Er konnte nicht mehr Auto fahren, konnte nicht mehr auf der Bühne auftreten, und hatte immer wieder depressive Phasen.

Profi-Musiker

Im Februar 2015 kam es zum Zusammenbruch, wo Alkohol und Gewalttätigkeit eine Rolle spielten- Es folgten Kündigung und Arbeitslosigkeit.

Alkoholsucht

Soziale Hintergründe

Herr B. ist ledig. Er wuchs in stabilen Familienverhältnissen auf, hat bemühte Eltern und zwei Geschwister. In seiner Kindheit gab es keine Probleme, doch ab der Pubertät gab es Schwierigkeiten.

„Er rutschte immer wieder in Konflikte, wo er sich schlecht behandelt gefühlt hat. Mit Personen, die ihm gegenüber nicht so freundlich waren, konnte er ganz schwer umgehen. Er brach etwa sein Musikstudium ab wegen einem cholerischen Professor, mit dem er nicht umgehen konnte. Begann zu trinken. Ab dieser Zeit ging es bergauf und bergab. Himmelhoch jauchzend – zu Tode betrübt...“

Abbruch des Studiums

Zurück in Linz begann Herr B. eine Therapie und arbeitete in verschiedenen Aushilfs-Jobs: Voest, zwischendurch in der Gastronomie und zuletzt in einem Betrieb in der Speditionsbranche. Dort gab es auch Konflikte. Daraufhin kam es im Februar 2015 zum Zusammenbruch, wo Alkohol und Gewalttätigkeit eine Rolle spielten.

Versorgungsschritte

Facharzt für Psychiatrie alle 3-4 Monate bereits längerfristig (mit Zuzahlung)

2012 **Psychosoziale Reha** in Hollenburg

Bis Februar 2015 hat Herr B. gearbeitet. Seither ist er arbeitslos.

Seit 2015 **Männerberatung** des Landes Oberösterreich

Das AMS hätte Herrn B. eine Massageausbildung finanziert, diese hat Herr B. begonnen, aber nicht abgeschlossen. Sein psychischer Gesundheitszustand war zu schlecht.

Vom AMS wurde Herr B. dann auch in die therapeutische Schiene geleitet bzw. verpflichtet zur

Psychotherapie bei der ABS (Alkoholberatungsstelle des Landes OÖ; kostenlos)

2016-2017 regelmäßige Beratung durch „standUp“ (pro mente)

„Als Herr B. im Programm „standUp“ andockte, war er gerade eineinhalb Jahre Arbeitslos und hatte eine sehr labile psychische Befindlichkeit.“

2016 Frühjahr **Tagesstruktur** im damaligen Wagner Jauregg Spital

2016 **Alkohol-Rehabilitation** in Bad Hall

Facharzt zur ambulanten Behandlung seiner Alkoholkrankung bei Dr. Böhm (Privatpraxis des Arztes der behandelnden Alkoholstation im KUK Neuromed Campus)

Medikamentös ist er eingestellt mit Sertralin und für den Notfall hat er eigene Tabletten

Herr B. absolvierte seit 2016 verschiedene Maßnahmen und Projekte. Dabei haben ihm die Praktika im Altenpflegebereich sehr gefallen. Er überlegte daraufhin, ob er noch eine Ausbildung im Pflegebereich machen soll. Bevor Herr B. noch eine Ausbildung macht, wurde von der Sozialberatung und vom AMS empfohlen, er muss vorher ein Arbeitstraining absolvieren:

Weitere Institutionen in Kooperation mit Gesundheitsversorgung:

AMS, pro mente OÖ (standUp), Männerberatungsstelle, Alkoholberatungsstelle, diverse Beschäftigungsprojekte

Zugang und Inanspruchnahme der Versorgung

Der Klient ist sehr gut versorgt, auch aufgrund der finanziellen Möglichkeiten und Unterstützung durch seine Familie.

Finanzieller Hintergrund ...

Die Wartezeit auf einen Termin beim Psychiater wird kritisiert.

Kosten

Herr B. besucht zwei private Fachärzte für Psychiatrie. Die Zuzahlung stellt in diesem Fall kein Problem dar. Seine Eltern sind sehr bemüht und wollen die beste Versorgung für ihren Sohn.

**... macht beste
Versorgung mög-
lich**

Barrieren und Chancen

Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialbereich

In diesem Fall klappte die Kooperation zwischen verschiedenen Institutionen und Versorgungsstellen sehr gut. Vom AMS wurde Herr B. etwa zu einer Alkoholtherapie bei der Alkoholberatungsstelle des Landes OÖ verwiesen. Der Berater führte auch in Kooperation mit der Beraterin von Pro mente gemeinsame Sitzungen mit dem Klienten durch.

In kleinen Schritten zum Ziel

Patienten mit psychischen Erkrankungen sollten ganz langsam und Schritt für Schritt an Ausbildungen oder Arbeit herangeführt werden.

„Der Herr B. hat jetzt eine sehr gute AMS Beraterin mit Gespür für die sinnvollen Maßnahmen. Die sagte ihm, nachdem er selbst eine Ausbildung zur Altenpflege ins Auge fasste: ‚Oba vom Gas. Da gehen wir jetzt besser in kleinen Schritten voran.‘ Im Gegensatz dazu die jungen AMS-Berater, die glauben, ganz schnell zur einen Maßnahme zubuchen zu müssen, gleich zur Ausbildung anmelden... Wie zu Beginn, als ihm gleich eine Massageausbildung bezahlt wurde, die er dann abgebrochen hat.“

**Unkoordiniertes
Zubuchen...**

Die Patienten wahllos mit Maßnahmen und Umschulungen zuzubuchen, die sie in ihrem Gesundheitszustand überfordern, ist kontraproduktiv, wie Herr B. in seiner Vergangenheit erlebte.

„In diesem gesundheitlichen Zustand schafft er die Ausbildung keinesfalls durchzuhalten. Was bringt das, wenn wir dem eine Ausbildung im Altenpflegebereich bezahlen, dann strudelt es ihn und er kann niemals in dem Bereich arbeiten. Das ist dann rausgeworfenes Geld.“

**... führt
zu Abbrüchen**

Aktuelle Situation

Derzeit ist Herr B. abstinent und absolviert gerade ein mehrmonatiges Arbeitstraining im ATZ. – Arbeitstrainingszentrum.

Er überlegt seit wenigen Monaten, ob er eine Ausbildung im Altenpflegebereich machen soll. Zuvor wurde ihm aber nahegelegt, er soll zuerst ein Arbeitstraining absolvieren, um zu sehen, ob er dieses Arbeitsausmaß schaffen würde und ausbildungsfähig ist.

**Erfolgreiche
Therapien und
Arbeitstraining**

Zukunftsperspektiven

Durch gute Rahmenbedingungen Hoffnung auf Stabilisierung

Aus der Erfahrung berichtet die Psychologin, die Herrn B. über die Maßnahme standUp für ein Jahr regelmäßig beraten hat, dass solche Persönlichkeitsstörungen oft auch mit einer persönlichen Entwicklung, mit Reife zu tun haben. Diese stabilisieren sich häufig im Alter. Daher wird in Hinblick auf die Zukunft erwartet, dass Herr B. sich noch weiter stabilisieren kann.

„In der Jugend schauen solche Krisen sehr dramatisch aus. Wenn die Jugendlichen wilde Sachen machen, auch ihre Selbstverletzungen, oder Selbstmordversuche... Wenn aber die Rahmenbedingungen passen, und das ist wichtig, können sich solche Patienten gut stabilisieren. Da kann einer, der mit 18 voll neben der Spur war, mit 38 gut stabil leben. Vielleicht auch schon früher. Das ist häufig eine Zeitfrage, da braucht es halt Geduld.“

**Hoffnung auf
Stabilisierung mit
der Zeit**

2.5 PATIENTENKARRIERE 5 - FRAU M., 53

Frau M., 53 – Alleinerziehende mit Mehrfacherkrankung

Die 53 jährige Frau M. stammt ursprünglich aus Osteuropa, lebt seit 25 Jahren in Linz, und ist geschieden. Als gut situierte, höhere Angestellte in ihrer früheren Heimatstadt in Osteuropa hatte ihre Biografie begonnen. Nach einer traumatischen Kriegsflucht nach Österreich erlebte sie sozialen Abstieg und Beschämungen unter anderem durch ihren Exmann.

Als Alleinerziehende mit großem Arbeitswillen lernte sie sehr schnell Deutsch und arbeitete trotz verschiedener körperlicher Beschwerden viel und hart. Bis sie 2015 aufgrund eines Burnouts jäh aus dem Arbeitsleben gerissen wurde. Zu ihren schmerzhaften Erkrankungen im Bewegungsapparat kam eine schwere Depression mit Suizidgefahr.

Nachdem Frau M. bis 2017 kaum Versorgung in Anspruch genommen hatte, wurden ihre verschiedenen Erkrankungen und massiven Einschränkungen erst diagnostiziert, nachdem ihr mehrmals Reha-Geld und Unterstützung abgelehnt wurden.

Frau M. lebt mit ihrer Tochter am Existenzminimum und fiel bereits mehrfach durch den Rost des Versorgungssystems.

Ausgangsbedingungen**Gesundheitliche Situation**

Die folgenden Erkrankungen wurden erst im Jahr 2017 diagnostiziert. Die körperlichen Beschwerden bestehen allerdings seit mehreren Jahren:

Frau M. leidet seit Jahren unter chronischen Schmerzen: Es stellte sich heraus, sie hatte acht Bandscheibenvorfälle sowie Cox arthrose beidseitig, also kaputte Hüften. Zudem leidet sie unter Schilddrüsenproblemen, Allergien und Schwindel. *„Schwindel war ein großes Problem, weil es jederzeit sein konnte, dass sie hinfällt.“* Sie hat Herzprobleme. Ihr Magen und der Stoffwechsel waren aufgrund der Medikamente entgleist.

Sie hatte die Jahre zuvor schon mit großen Schmerzen gearbeitet, sich krank zur Arbeit geschleppt und die eigene Gesundheit hinten angestellt.

„Die Frau hat sich selbst nicht mehr Socken oder Strumpfhosen anziehen können. Ihre 18jährige Tochter half ihr beim Waschen, sogar beim Toilettengang. Die Frau konnte alleine nirgends mehr hingehen, weil sie gelegentlich irgendwo kollabierte und umgefallen ist.“

Suizidale Depression

Eine schwere Depression wurde diagnostiziert, zu Beginn suizidal. Diese verbesserte sich in den letzten Monaten in eine mittelgradige Depression. Frau M. leidet unter Angst- und Panikattacken sowie unter einer Zwangssymptomatik, die allerdings nie diagnostiziert war.

„Frau M. war körperlich, aber auch psychisch komplett am Ende. Wirklich am Ende. Und da brauche ich kein mega-Diagnostiker sein, um das zu sehen.“

Soziale Hintergründe

Frau M. lebt als Alleinerziehende mit ihrer 18jährigen Tochter zusammen. Sie ist geschieden von ihrem Mann, der Jahre lang unauffindbar untergetaucht war.

Versorgungssituation von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Erkrankungen

Multiple körperliche Leiden

Schwerste Depressionen

Alleinerzieherin

Frau M. wird von ihrer Tochter im Alltag sehr unterstützt. Die 18 Jährige Tochter, die in Österreich geboren und aufgewachsen ist, „eine klassische Einserschülerin“ hat heuer die Matura absolviert und möchte gerne Lehramt studieren.

Bei der Geschichte von Frau M., die 1993 aus Osteuropa immigriert ist, spielen vergrabene Traumata, sozialer Abstieg, ein immenser Selbstwert-Knick, Beschämungen und Angst mit. Nach Aussagen ihrer Betreuerin liegt auch „eine ziemlich derbe Kriegsgeschichte“ vor. Abgesehen von ihrer Tochter lebt Frau M. sozial isoliert.

Hintergründe zu ihrer Biografie

Ursprünglich als höhere Angestellte aus einer gut situierten Familie mit hohem sozialem Rang war Frau M. in ihrer früheren Heimat eine sehr fortschrittliche, moderne Frau. Dann kam der Krieg und sie musste in den 90er Jahren flüchten und hat so gut wie alles verloren. Sie war einen anderen Lebensstil gewohnt, hatte aber einen unglaublichen Arbeitswillen, und begann in Österreich aufs Neue.

„Frau M. lernte sehr schnell deutsch, hat viel gearbeitet, hatte einen gewissen Perfektionismus.“

Zuerst hatte sie Arbeit im Einzelhandel, später in einem Hotel.

Zu Beginn hatte sie große Schwierigkeiten erstens durch das Hin- und Herfahren noch während des Krieges, denn ihr Mann blieb in Osteuropa. Zweitens familiäre Probleme. Die Frau hatte einen sehr großen Kinderwunsch, der 16 Jahre lang unerfüllt blieb. Als sie dann 1999 endlich ihr ersehntes Kind bekommen hatte, und vom Krankenhaus heimkehrte, erwischte sie ihren Mann mit einer anderen Frau im Bett.

„Der Mann wurde aus der Kleinstadt mehr oder weniger ausgejagt, weil sie ja aus einer bekannten Familie stammt.“ Ihr Mann tauchte daraufhin unter und war Jahre lang nicht mehr auffindbar. Er wurde mittlerweile in Holland aufgespürt und aktuell läuft ein Verfahren wegen Unterhalt. „Sie hat nie auch nur einen Cent an Alimenten von ihrem Gatten bekommen.“

Vom Staat Österreich hatte sie als Drittstaatsangehörige auch keinen Anspruch auf Unterhaltsleistungen. So zog sie ihre Tochter ohne jegliche Alimente alleine groß und kompensierte mit viel Arbeit. „Ich schaff das schon alleine“ Sie war durchgehend erwerbstätig und zuletzt im Verkauf einer Bäckerei. Als Alleinerziehende hatte Frau M. früher zumindest teilweise ihre Eltern bei sich in Österreich.

Neben ihrer sehr bewegten Lebensgeschichte hatte Frau M. ihre eigenen Bedürfnisse stark vernachlässigt. Trotz massiver Schmerzen und körperlichen Symptomen arbeitete sie mit Arbeitszeiten ab halb 5, stehend im Verkauf in der Bäckerei.

Versorgungsschritte

Bis zu ihrem Burnout 2015 hat Frau M. keine Versorgung in Anspruch genommen.

Ende 2015 hatte sie dann einen plötzlichen Burnout-Zusammenbruch.

„Mitten am Zebrastreifen fiel sie zusammen und konnte sich nicht mehr bewegen. Das Problem war aber, dass die medizinische Behandlung überhaupt nicht in diese Richtung ging.“

Krankenhaus

Hausarzt

„Sie hatte zwar einen Hausarzt, mit dem sie guten Kontakt hatte, der ist gerade erst in Pension gegangen und dürfte nicht die größte Hilfe gewesen sein.“

Frau kündigte selbst ihren Job. Aus Schamgefühl, dass sie jetzt nicht mehr in dem Ausmaß arbeiten kann. Seither ist Frau M. arbeitslos. Sie nahm weiterhin keine Versorgungsleistungen in Anspruch, hatte dadurch auch keine Diagnosen vorzuweisen.

2016 Antrag auf Reha-Geld - abgelehnt.

Das AMS initiierte ein Andocken im Programm „standUp“ (pro mente OÖ).

**Migrations-
hintergrund**

Trennung

**Keine finanzielle
Unterstützung**

**Keine
Inanspruchnahme**

**...bis nichts mehr
ging**

Juni 2017: Suizidgefahr

Zu Beginn ihrer Beratung bei „standUp“ stand Frau M. kurz vor dem Selbstmordversuch.

„Als sie erstmals zur Beratung kam, hatte sie gerade eine Klage an die Pensionsversicherung laufen, weil sie einen Antrag auf Reha-Geld gestellt hatte, der negativ beschieden wurde. Die Frau war körperlich und psychisch am Ende, wollte sich umbringen.“

In der ersten Notsituation 2017 wurde von pro mente ein **Konsiliarpsychiater kontaktiert und finanziert**. *„In speziellen Fällen wie diesem, wo es keine Versorgung gibt, oder wo wir wirklich sofort was brauchen, haben wir zum Glück die Möglichkeit einen Konsiliarpsychiater zu kontaktieren.“*

Die Beraterin begleitete die Klientin zur Konsiliarpsychiaterin, wo sie sogar 2 Termine bekommen hat und sich einen dritten Termin selbst bezahlte. Dort wurde sie medikamentös eingestellt.

pro mente „standUp“ stellte **Antrag auf Psychotherapie** bei der Clearingstelle. Lange Wartezeit auf Einzel- Psychotherapie, auf einen Einzelplatz wartet sie nach wie vor. Nach 3-4 Monaten bekam sie einen Platz in einer Gruppentherapie für Frauen aus ihrem Heimatland.

Auch bei **Zellkern** (Beratungseinrichtung für chronisch kranke Menschen) wurde durch pro mente ein **Antrag auf einen Therapie-Platz** gestellt. Auch hier wartet sie noch auf einen Platz.

Halbes Jahr Wartezeit auf die Tagesklinik am Neuromed Campus des KUK

Klage gegen die Reha-Geld-Ablehnung - 2017 wiederum **abgelehnt**.

„Bei der Verhandlung ihrer Klage konnte ich sie zum Glück schon begleiten. Danach brach sie mir vollkommen zusammen.“

„Wie Frau M. dort behandelt worden ist, wie mit ihr umgegangen wurde, das hat mich sehr betroffen gemacht. Die ist einfach nur weggewischt worden. Wie ein Putzfelzen.“

Erst auf das In-Gang-Bringen durch die psychosoziale Beratung hin wurden nach und nach **Diagnosen bei Fachärzten** (ohne Zuzahlung) gestellt.

Antrag auf Behindertenpass

... wäre zuerst abgelehnt worden bzw. wäre nur auf 30 Prozent bewilligt worden. Pro Mente Beratung unterstützte die Klientin dabei eine Beschwerde zu schreiben. *„Auf unsere Beschwerde hin haben sie ihr 50 Prozent bewilligt, was angesichts ihres Zustandes auch ein Witz ist.“*

„Was in den mir vorliegenden Sachverständigengutachten steht, ist eigentlich unpackbar. Diese Gutachten sind ein Witz.“

Weitere Institutionen in Kooperation mit Gesundheitsversorgung:

AMS, pro mente „standUp“, Zellkern

„Sozialarbeiterisch bestand ein sehr großer Unterstützungsbedarf bei dieser Klientin. Es waren häufig statt 1stündigen 2stündige Sitzungen notwendig.“

„Die Frau litt aufgrund ihrer Erkrankungen unter enormen Schmerzen, brauchte bei der Beratungsstelle nach den Gesprächen teilweise fünf Minuten um aufzustehen und den Raum zu verlassen.“

Zugang und Inanspruchnahme der Versorgung

Frau M. ist laut ihrer Betreuerin von pro mente sehr schlecht versorgt und ist ein klassischer Fall von Unterversorgung, wo Menschen „durch den Rost“ fallen.

„Frau M. ist unterversorgt und hat halt so dahingewurteilt.“

**Großer
Unterstützungs-
bedarf**

Unterversorgt

Fehlende Inanspruchnahme

Es fiel der Frau schwer Hilfe anzunehmen. In den Beratungsgesprächen wurde dann daran gearbeitet, dass die Frau fähig wird Hilfe anzunehmen und die Versorgungsangebote in Anspruch zu nehmen.

Förderung der Inanspruchnahme

Viel Geld für Alternativmedizin

Die Klientin war früher sehr schlecht informiert. Vor ihrem Burnout probierte die Klientin einige Alternativbehandlungen gegen die Schmerzen im Bewegungsapparat aus. Dafür zahlte sie viel Geld. Die Symptome blieben, denn Frau M. hätte eine richtige medizinische Behandlung gebraucht.

Informationsdefizit

Psychosomatische Komponente blieb lange unerkannt

„Sie zahlte unnötig für Alternativbehandlungen, die nichts brachten, hätte aber Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen sollen. Sie hat aus Unwissen auch zu Beginn die psychosomatische Komponente ihrer Beschwerden völlig ausgeblendet.“

Kosten

Jegliche Kosten stellen große Probleme dar.

Ein Konsiliarpsychiater wurde aufgrund der akuten Suizidgefahr zu Beginn von pro mente kontaktiert und zweimal finanziert, den dritten Termin bei diesem Privatarzt bezahlte Frau M. selbst.

„Frau M. und ihre Tochter kratzen am Existenzminimum. Es ist nicht so, dass die verschwenderisch leben – könnten sie auch gar nicht. Die rauchen nicht, die trinken nicht, die leben mehr oder weniger von Brot und Wasser.“

Existenzsicherung

Leben am Existenzminimum nach Ablehnung des Reha-Geldes

Frau M. hat ohne österreichische Staatsbürgerschaft und insbesondere als Drittstaatsangehörige kaum Förderung oder Unterstützung. Als Nicht-EU-Bürgerin erhält ihre Tochter auch keinen Anspruch auf Studienbeihilfe.

Ablehnung Reha-Geld

Die Wohnbeihilfe wurde nun für Drittstaatsangehörige gestrichen, was Frau M. voll trifft.

„Diese Einschnitte im Sozialbereich, die treffen dann genau so Menschen wie Frau M. Sie ist eh nicht mehr jung, ist alleinerziehend Sie hat ihr Leben lang gehackelt wie ein Vieh, jetzt ist sie körperlich kaputt.“

Keine Wohnbeihilfe

Barrieren und Chancen

Frau M. traute sich nicht in Krankenstand zu gehen. Denn sie definierte sich selbst früher stark nach dem Motto: *„Ich helfe anderen.“* *„Ich bin stark.“* *„Ich richte alles.“* und blendete die psychosomatische Seite ihrer Beschwerden ganz aus.

„Sie war Jahrzehntelang im Berufsleben nie im Krankenstand. Sie hätte öfters mal in Krankenstand gehen sollen. Das ging so lange, bis zum Burnout. Bamm. Da haben wir den Langzeitkrankenstand. Dann fiel sie raus aus dem Job und dann ist das psychisch so belastend, weil Frau M. sich so über ihre Arbeit definiert hat, da entsteht so ein Selbstwertknick. Das geht dann häufig in depressive Phasen, Angsterkrankungen, Zwänge oder Psychosen über.“

Präsentismus

Erst auf das Ingangsetzen durch die psychosoziale Beratung werden Diagnosen gestellt.

Die psychosoziale Beratung gab bei Frau M. den Anstoß und die Ermutigung sich behandeln zu lassen und Unterstützung einzufordern.

„Vom AMS werden die Klienten uns⁴ zugewiesen. Mit unserer Begleitung werden dann endlich einmal Diagnosen gestellt. Wo dann geschaut wird, dass die dann endlich mal in Behandlungen kommen. Wie Frau M., die von selbst keine Hilfe annehmen würde. Aber auch die Alkoholiker und die Leute mit Suchtproblemen, das ist ganz toll. Denn die kämen sonst nicht.“

späte Diagnosestellung

⁴ dem Projekt „standUp“ bei pro mente OÖ

Unterschiede in der Versorgung

„Wenn ich in ein fremdes Land komme und dort voll die Probleme habe, psychisch und gesundheitlich parterre bin, dann wirke ich schon mal ein bisschen ‚komisch‘, und dann kommt auch noch der Kulturunterschied dazu, oder der interpretierte Kulturunterschied. Denn bei Frau M. war eine absolut moderne, aufgeklärte, sehr gebildete, nix da rückständige Frau, hat auch perfekt Deutsch gesprochen.“

Umgang mit MigrantInnen

„Da geht es um Selbstwert, Beschämungen, sozialer Abstieg, Angst. Das sind oft so wilde, harte Themen und die Leute wursteln dann halt so dahin. Im sozialen Kontakt war sie auf den ersten Blick halt einfach ‚komisch‘. Und dann wurde bei ihr mehrmals einfach so schnell ‚drübergefahren‘: ‚Ah die tachiniert nur...‘, ‚Die Ausländerin...‘“

Sozialer Abstieg

„Ich weiß, es ist schwierig, dass man sich bewusst macht, aus welcher Situation so ein Mensch kommt, dass der jetzt eine Extraportion Unterstützung, Nachsicht. – sowohl bei den Behörden als auch im medizinischen System – brauchen würde.“

Benachteiligung durch Gutachten-Situationen mit weitreichenden Folgen

Die betreuende Psychologin des Projekts „standUp“ war schockiert, wie die Gespräche von Frau M. mit den zuständigen GutachterInnen und EntscheidungsträgerInnen verliefen. Die daraus entstandenen Gutachten bilden in keinster Weise die Schwere und Vielzahl der vorliegenden Erkrankungen ab. Sowohl beim Reha-Geld als auch beim Behindertenpass erfuhr Frau M. Ablehnung.

Unterschiede bei Diagnosestellung und Behandlung

„Die Gutachten Termine, wie ich sie erlebt habe, als ich Frau M. begleitet habe: Der begutachtende Arzt führte nebenbei Privatgespräche, schaute Frau M. nicht mal richtig an und füllte nebenbei im Gutachten zur Arbeitsfähigkeit aus: ‚Passt, passt, passt, passt, passt...‘“

„Der Arzt stellte eine Frage und Frau M. begann zu erzählen, weil ihr das alles im Zusammenhang wichtig war. Der Arzt unterbrach sie „Um das geht es ja jetzt gar nicht.“ Die Klientin fühlte sich verunsichert, und sagt schlussendlich gar nichts mehr.“

Hürden im Sozialkontakt...

„Da ergeben sich oft ganz blöde Gesprächssituationen. Und unterm Strich kommt dann heraus, obwohl die Frau total krank ist und voll viel Unterstützung brauchen würde, dass die dann ganz ohne Hilfe da steht.“

... verzerren Gutachten

„Man fragt sich da echt, was das denen [Anm.: den begutachtenden ÄrztInnen] bringt. Die Frau verschwindet ja nicht.“

Mit ihrem Sozialen und psychischen Unterstützungsbedarf und dazu dem Migrationshintergrund hatte es Frau M. somit doppelt schwer.

„Mit Migrationshintergrund hat man es, so kommt es mir vor, generell schon mal schwer. Und dann kommt es darauf an, wie man sich als Patient verhält. Wenn man sehr selbstbewusst seine Rechte einfordert, oder man sich charmant gibt und es so hindrehen kann, schaut es nicht so schlecht aus. Doch wenn ich eine Patientin wie Frau M. habe, der es wirklich so schlecht geht, die sich selbst immer hinten anstellt und alle anderen als wichtiger wahrnimmt, und sich nicht wehrt, dann ist es schwierig. Gerade Migrantinnen müssten in diesen Situationen besonders ‚lästig‘ sein, gerade sie sind aber oft besonders unterwürfig.“

Defensives, unterwürfiges Verhalten der Patientin

Aktuelle Situation

Frau M. bekommt voraussichtlich einen Platz in der **Tagesklinik am Neuromed Campus** in der Psychosomatik. Sie ist derzeit in der Vorbereitungsgruppe.

Zukunftsperspektiven

Frau M. und auch ihre in Österreich geborene Tochter haben die bosnische Staatsbürgerschaft. Sie haben die österreichische Staatsbürgerschaft beantragt, das Verfahren läuft noch, die Sozialpsychologische Betreuerin fürchtet, dass der Antrag abgelehnt wird.

2.6 PATIENTENKARRIERE 6 - FRAU H., 58

Frau H., 58 – Erschöpfungsdepression

Frau H. ist 58 Jahre alt und lebt mit ihrem Mann in einer ländlichen Marktgemeinde im Mühlviertel.

Die angelernte Rechtsanwaltsassistentin erlitt 2014 ein massives Burnout: *„Sie ging zu Weihnachten ins Bett und ist nicht mehr aufgestanden.“* Frau H. erhielt die Diagnosen Erschöpfungsdepression, mittlere Depression, Schlafstörungen und Angststörung.

Nach dem darauffolgenden dreimonatigen Krankenstand wurde Frau H. vom Arbeitgeber gekündigt und ist seither arbeitslos. Aktuell erhält sie Notstandshilfe. Da manche Symptome nach wie vor noch nicht abgeklärt sind, und jeder Facharzt nur einen kleinen Teil abklärt, absolviert sie sehr viele Arzttermine. Zwischendurch schreibt sie Bewerbungen an den Ersten Arbeitsmarkt, die Hoffnung auf einen Arbeitsplatz schwindet zunehmend. Frau H. befindet sich im „Sinkflug in Richtung Pension“.

Ausgangsbedingungen

Gesundheitliche Situation

Diagnosen: Erschöpfungsdepression, mittlere Depression, Schlafstörungen, Angststörung. Damit einhergehend leidet sie unter den Symptomen Schlaflosigkeit, Schwindel, hoher Blutdruck, Probleme mit der Halswirbelsäule und weiteren Schmerzsymptomen, und ist psychisch sowie physisch nicht mehr belastbar.

Weihnachten 2014 Burnout – Zusammenbruch.

„Bis zu ihrem Burnout hatte sie bereits seit Jahren Schlaftabletten genommen, weil sie nicht schlafen konnte. Sie ging zu Weihnachten ins Bett und ist nicht mehr aufgestanden.“

Es ging gar nichts mehr außer das Schlafen. Frau H. dachte sich, wenn das wieder vorbei ist, geht sie wieder normal arbeiten.

„Sie war das Arbeiten ja sehr gewohnt. Sie konnte sich auch nie etwas anderes vorstellen. Dass das nicht mehr so möglich wird, war für sie unvorstellbar. Sie hat allerdings ein sehr nachhaltiges Burnout. Mittlerweile hat sie eingesehen, dass es nichts mehr wird. Zum Glück ist sie so alt, denn sie kann sich bis zur Pension irgendwie herumfretten...“

„Letzte Woche hatten sie bei ihr im Haus einen Feuerwehreinsatz wegen einer Keller-Überschwemmung. Sie hat zuerst recht agiert und mitgeholfen, ist dann nach oben gegangen und zusammengeklappt. Die Feuerwehr hat sie dann direkt mit der Rettung ins Krankenhaus gebracht. Diese Überforderung, wenn man zuerst im Tun drin ist und die Erschöpfung nicht bemerkt, dann aber zusammenbricht, das hat ihr einen erneuten Rückschlag gegeben und sie wieder voll getroffen.“

Zu ihren körperlichen Symptomen kommt sie morgens ganz schwer in die Gänge.

„Das ist oft das Problem, wenn diese Personen dann um 8 Uhr früh in Linz bei irgendwelchen Kursen sein sollen. Aufstehen und nach Linz fahren konzentriert ist fast unmöglich.“

**Plötzliches
Burnout**

**„Sinkflug in
Richtung
Pension“**

Soziale Hintergründe

Frau H. ist verheiratet, lebt mit Ehemann im Einfamilienhaus und hat 2 erwachsene Kinder, 25 und 30 Jahre alt. Gerade kürzlich ist sie Oma geworden und die Tochter zieht mit ihrer Familie ins Haus der Eltern zurück. Der Sohn ist in der Computerbranche.

Stabiles Familienleben

Frau H. ist nach wie vor sehr verzagt, dass sie nicht mehr arbeiten kann. Dazu kommt bei ihr, dass sie einen Missbrauchsfall in der Kindheit hat, der in den psychosozialen Beratungsstunden dann wieder zum Thema wurde.

Sozialkontakte

Frau H. nutzte das Freizeitgestaltungsangebot „Yoga“ im Zentrum von Exit Sozial Bad Leonfelden. Sie trifft sich außerdem regelmäßig mit Nachbarinnen zum Walken und ist sozial allgemein gut eingebettet.

Berufstätigkeit

Frau H. ist angelernte Rechtsanwaltsassistentin
Mit 15 kam sie in ein Büro und wurde angelernt, hat dort gearbeitet bis zur Geburt des ersten Kindes. Zwischen den Kindern und danach ging sie jeweils wieder arbeiten.
2001 kündigte sie ihren damaligen Job, um die Schwiegermutter zu pflegen
Nach mehrmonatiger Pflgetätigkeit kam sie zu ihrem letzten Arbeitgeber

„Dort hat sie lange über ihre Grenzen gearbeitet. Im Büro hatte sie nicht mal einen Schlüssel. Wenn sie zum Beispiel früher ins Büro kam, musste sie warten. Und das als langjährige Mitarbeiterin.“

Arbeitsbedingungen

„Die Arbeitsbedingungen waren stressig: Frau H. war für Exekutionen zuständig, musste Fristen einhalten, immer mehr und mehr Arbeit. Sie hatte einen sehr fordernden Chef und passte dabei nicht gut auf ihre eigene Gesundheit auf.“

Versorgungsschritte

Vor 2015 nahm Frau H. keine medizinische Behandlung in Anspruch, abgesehen von Schlaftabletten, die sie vom **Hausarzt** verschrieben bekam.

Weihnachten 2014 Zusammenbruch Burnout mit **Langzeitkrankenstand**

Der **Hausarzt** verschrieb ihr zuerst Schlaftabletten und verwies sie sogleich an die Psychiaterin, da die Wartezeit einige Wochen betrug, bekam sie von ihm gleich Antidepressiva verschrieben.

Fachärztin für Psychiatrie (ohne Zuzahlung) – seither immer vierteljährlich ein Termin → **Medikamente** (Schlafmittel und Antidepressiva auf Rezept)

Von Feb – April 2015 erhielt Frau H. auf Empfehlung ihrer Psychiaterin Krisenberatung bei Exit Sozial Bad Leonfelden

Nach drei Monaten Krankenstand wurde Frau H. von ihrem Arbeitgeber gekündigt.

Mai-Juni 2015 **Tagesklinik** Freistadt, zu der sie die Psychiaterin verwiesen hatte – dort ging es ihr eine Zeit lang besser.

Ab Oktober 2015 6 Wochen **Reha** im BBRZ in Linz **ambulant**

Ihre Psychiaterin riet Frau H., weiterhin zur Sozialpsychologischen Beratung zu gehen. Daher weitere Termine ab Sept. 2015 inklusive sozialpsychologischer Beratung zum Stabilisieren (therapeutische Gespräche alle 2 Wochen). Davon abgesehen absolvierte sie keine Psychotherapie.

Jänner 2016 bis Jän 2017 **I-Pension befristet** für ein Jahr

2017 wurde ihr **Reha Geld abgelehnt**. Frau H. hätte gehofft aufgrund ihrer Erkrankung frühzeitig in Pension gehen zu können. Es folgte auf die Ablehnung hin eine neuerliche Krise.

2017 **Tagesklinik Freistadt – wurde abgebrochen**, denn zu diesem Zeitpunkt war nicht klar, ob Frau H. Einspruch gegen die Reha-Geld-Ablehnung erhebt. *„Alles war in der Schwebe, die Ärzte in Freistadt befanden es für kontraproduktiv, solange alles in der Schwebe ist, und beendeten nach 3 Wochen die Tagesklinische Behandlung.“*

Jänner bis Oktober 2017 erhielt Frau H. Arbeitslosengeld, danach erhielt sie von Oktober 2017 bis Juni 2018 gar kein Geld.

2018 April-Mai **Tagesklinik Freistadt**: Der erneute Versuch wurde wieder abgebrochen, *„Sie*

können ihr nicht helfen. Die Frau ist aber nach wie vor parterre.“

Seit 1. Juli 2018 bekommt Frau H. Notstandshilfe aufgrund einer Gesetzesnovelle (Das Einkommen des Gatten wird nicht mehr eingerechnet, daher hat sie nun Anspruch auf Notstandshilfe) Aktuell werden weitere Symptome abgeklärt:

Neurologin (Wahlärztin)

Hautarzt (Wahlarzt) lässt sich Haut untersuchen.

Belastungs-EKG beim **Internisten (Wahlarzt)**

Krankenhaus Elisabethinen regelmäßige ambulante Kontrolle wegen Blutwerten

„Aktuell sind in Planung MR Halswirbelsäule und interne Herzuntersuchung. Die Frage ist, kommt das Schlappsein womöglich von einem Herzfehler?“

Weitere Institutionen in Kooperation mit Gesundheitsversorgung:

AMS; Seit Februar 2015 regelmäßige Krisen- und Sozialberatung bei Exit Bad Leonfelden (teilweise mit Pausen). 2017 erfolgten zwei Termine bei der „pro mente Arbeitsassistentz“ Freistadt.

Zugang und Inanspruchnahme der Versorgung

„In der akuten Krise hätte Frau H. die Psychiaterin öfter gebraucht. Auf die Gache bekommt man aber keinen Termin.“

„Wartezeiten waren ansonsten nicht so problematisch, sie erhielt gleich nach 3-4 Wochen einen Termin bei der Psychiaterin – natürlich, schneller könnte es immer gehen.“

Bei Einrichtungen wie der Tagesklinik Freistadt warten ältere Menschen länger und werden früher entlassen. Mit ihren begrenzten Kapazitäten haben diese Einrichtungen - so berichtet Frau H.s Sozialberaterin aus ihrer Erfahrung - einen ziemlich großen Druck, dass sie sich speziell um die jungen Leute kümmern, wo noch Chancen am Arbeitsmarkt bestehen.

„Wir merken, dass sie bei den Jungen mehr Druck machen, dass die schneller einen Termin bekommen. Ältere müssen länger auf Termine warten und werden auch schneller wieder entlassen.“

Kosten/ Hürden

Frau H.s Mann finanziert ihr die Gesundheitskosten, etwa für die FachärztInnen mit Zuzahlung und Medikamente.

Nebenkosten für Frau H. sind die vielen Fahrten von Schenkenfelden nach Linz zum AMS oder auch für die verpflichtenden Vorstellungstermine oder Kurse.

Da Frau H. aus dem Mühlviertel pendelt, sind das nicht unerhebliche PKW- und Parkkosten.

„Doch es ist schon ein Thema, wenn man mit 55 plötzlich rausfällt aus dem Berufsleben und kein Geld mehr zur Verfügung hat. Frau H. war es immer gewohnt sich selbst zu finanzieren, hat ein eigenes Auto und hatte immer ihr eigenes Geld. Da hat sie schon gehadert.“

Barrieren und Chancen

Nach dem Arbeitslosengeld wurde ihr vom AMS angeboten, dass sie, wenn sie sich weiterhin bewirbt, weiterhin zwar ohne Auszahlung, aber Kranken- und Pensionsversichert wird.

Frau H. schreibt daher weiterhin regelmäßige Bewerbungen an Unternehmen, wie es mit dem AMS vereinbart ist.

„...und tut das auch gerne, weil sie eigentlich auch hofft, dass es doch noch was wird. Doch die Hoffnung schwindet immer mehr.“ Der Druck vom AMS belastet sie.

Hausarzt als wichtiger Anlaufpunkt im ländlichen Raum

Der Hausarzt war für Frau H. zu Beginn der einzige greifbare Experte und besonders wichtig. Über den Hausarzt bekam sie Zugang zu Information und Hilfe, besonders während der Warte-

starre Frequenz bei Facharzt-Terminen

Ältere Arbeitslose warten länger

Plötzlich nicht mehr unabhängig sein

Primärversorger im ländlichen

zeit auf den Facharzttermin sicherte er die Versorgung.

Kritikpunkt Ärztemarathon

„Da wird geschaut, was man hat, muss eh 2 Monate auf einen Termin beim Facharzt warten. Der Neurologe schaut sich nur an, was auf der Überweisung steht. Dann kommt man drauf, das ist aber nicht das, was ihr weiterhilft. Sie geht wieder zum Hausarzt. „Dann machen wir die nächste Untersuchung.““

Kritik zur „Chancengerechtigkeit“ – Pflegende Angehörige erfahren im Nachhinein Nachteile

Als ehemalige pflegende Angehörige hat Frau H. im Nachhinein Nachteile erfahren. Durch die Kündigung und Pflege der Schwiegermutter hat sie den „Berufsschutz“ beim AMS verloren. Auch wenn sie ihr Leben lang nur Bürotätigkeiten verübt hatte, hat sie durch die Kündigung 2001 diesen Berufsschutz verloren. „Sie war früher immer im Büro als Sekretärin, kennt sich super beim Computer aus, muss sich nun allerdings für alle möglichen Berufe, beispielsweise Reinigung bewerben. Mit 57 Jahren ist das nun wirklich nicht in ihren Möglichkeiten.“

„Einerseits müssen so viele zuhause die Pflege übernehmen, und die, die es machen, trifft es dann – auch bei solchen Peanuts haben genau diese Menschen dann einen Nachteil.“

Kritik regionale Eingrenzung der AMS Kurse.

Starre Bezirksgrenzen, auch was AMS Kurse betrifft, sind vor allem für jene problematisch, die an den Bezirksgrenzen wohnen.

„Frau H. hätte einen für sie sehr interessanten Kurs beim AMS in Freistadt gesehen – Computerschulung. Diesen Kurs wollte sie machen, doch den darf man nicht besuchen, wenn man beim AMS Linz gemeldet ist.“

Enge Verflechtung zwischen Sozialbereich und Gesundheitswesen

Einsparungen im Sozialbereich führen zu Kosten im Gesundheitswesen. Sozialpsychologische Dienste und Programme federn vieles ab. Werden Menschen in Akutsituationen und zwischen- durch nicht stabilisiert, steigt die Anzahl der Drehtür-Patienten weiter.

„Wenn weiter im Sozialbereich gespart wird, können nur die Kosten im Gesundheitsbereich steigen. Auch wenn Menschen mit Suiziddrohungen kommen, federn wir sehr viel ab. Wir haben zum Beispiel bei Exit Sozial nur ganz wenige Zwangseinweisungen.“

Aktuelle Situation

Die passende Versorgung ist nach wie vor nicht gegeben. Untersuchungen laufen nach wie vor.

Aktuell sind mehrere Untersuchungen in Planung: Halswirbelsäulen- und Herz- MR sowie eine Hautuntersuchung.

Zukunftsperspektiven

Frau H. befindet sich nach Angabe ihrer Beraterin bei Exit im „Sinkflug in Richtung Pension“.

„Die Aktion 20 000 wäre für Frau H. genau das richtige gewesen. Damit hat sie auch gehadert, dass das gestrichen wurde, bevor sie davon profitieren konnte.“

„Frau H. hätte sich ja schon bei vielen Stellen beworben, zum Beispiel als Schreibkraft an der Universität. Aber da gibt es 10 Jüngere, und eine mit 57, wo ich im Lebenslauf sehe, dass die 2 Jahre vorher im Krankenstand war... das tut sich keiner an. Wer nimmt so wen?“

Raum wichtig

Drehtürpatienten

**Nachteile für
Pflegende Angehörige**

**Einsparungen im
Sozialbereich
steigern
Gesundheitskosten**

**„Wer nimmt so
jemanden?“**

2.7 PATIENTENKARRIERE 7 – HERR S., 40

Herr S., 40 – Suchterkrankung „Beratungsfähig ist er. Schulungsfähig ist er nicht.“

Herr S. ist 40 Jahre alt, alleinstehend und wohnt im Bezirk Rohrbach. Er hat keine abgeschlossene berufliche Ausbildung und machte verschiedene Aushilfsjobs. Neben seiner Suchterkrankung mit Drogen- und Alkoholproblemen hat er eine soziale Phobie entwickelt.

AMS hat Herrn S. in den vergangenen 14 Jahren vielen Qualifizierungsmaßnahmen und Projekten am Zweiten Arbeitsmarkt zugebucht, die jeweils nach wenigen Wochen abgebrochen wurden. Herr S. selbst resümierte 2017: „*Ich kann mich nirgends mehr zeigen*“.

Für eine Langzeittherapie hätte die nötige Compliance gefehlt, so hat sich für Herrn S. ein ambulantes Konstrukt der Beratungs- und Versorgungseinrichtungen als eine gute Alternative herausgestellt. Das Ziel ist, Herrn S. schulungsfähig zu machen.

Ausgangsbedingungen**Gesundheitliche Situation**

Seit dem 15. Lebensjahr hat Herr S. eine Suchterkrankung mit Drogen und Alkohol.

fehlende Compliance

Herr S. sieht selbst kein Alkoholproblem und verweigerte die Therapieprogramme, die ihm vom AMS verpflichtend zugeteilt wurden. Er ist der Meinung, dass ihm die Diagnose übergestülpt wurde.

Herr S. hat eine soziale Phobie entwickelt. Er konnte 2017 nicht mit dem Bus fahren, bekam immer Panikattacken und musste aussteigen. „*Das hat er dann lernen müssen. Nach drei bis vier Monaten hat Herr S. es geschafft, ohne Schwierigkeiten von Rohrbach nach Linz mit dem Bus zu kommen.*“

Soziale Hintergründe

Mit den Eltern gab es grobe Probleme und zerrüttete Verhältnisse durch Traumatisierungen. Im Rahmen der Beratung bei pro mente „standUp“ wurde auch der Kontakt mit den Eltern wieder aufgenommen. Mittlerweile erlebt er die Eltern als unterstützend.

Herr S. berichtet immer wieder von Freunden und Bekannten. Diese sind allerdings auch in der Rohrbacher Sucht-Szene.

„*Daher zum Teil unterstützend, zum Teil kontraproduktiv. Das ging so weit, dass er zwischen-durch überlegte, den Bezirk zu wechseln, um aus diesem Umfeld wegzukommen. Mittlerweile sagt Herr S.: Eine Freundin erlebt er als unterstützend, diese braucht allerdings auch selbst Unterstützung.*“

2017, als Herr S. im Projekt „standUp“ andockte, war er in sehr schlechtem Zustand, wo Verwahrlosung ein Thema war. Zu Beginn musste erst geklärt werden, ob der Klient in Bezug aufs Psychosoziale beratungsfähig ist.

Berufstätigkeit, Arbeitslosigkeit

Herr S. besitzt keine abgeschlossene Berufsausbildung. Er hat seit 2004 folgende Maßnahmen bzw. Sozialökonomischen Betriebe durchlaufen:

Produktionsmitarbeiter im Verein ALOM, Workbox Linz Kursmaßnahme, Mentor Link-Kurs, Produktionsmitarbeiter Tischlerei Intakt Promente (abgebrochen), für drei Wochen Stadtgärten Magistrat Linz, FAB Gärtnerei (nach 3 Wochen abgebrochen, zu schlechter Zustand für sozial-

Suchterkrankung**Fehlende Einsicht****Soziale Phobie****Sucht-Szene****Verwahrlosung****Keine Ausbildung****Zahlreiche Projekte**

ökonomischen Betrieb), über AMS finanzierter BFI Kurs „Let's go“, Berufsorientierungskurs über Firma Mentor (Qualifizierungsmaßnahme AMS), Projekt Artegra Grünraumpflege, 1 Jahr FAB Proba

abgebrochen

Aus den sozialökonomischen Betrieben am Zweiten Arbeitsmarkt schied er jeweils nach wenigen Wochen aus. Am Ersten Arbeitsmarkt hat er bisher nur zwischendurch, zeitweise, für einzelne Wochen gearbeitet. Etwa in einem Callcenter und auch in Wettbüros machte er Hilfstätigkeiten.

Alle sozialökonomischen Betrieben am Zweiten Arbeitsmarkt in seinem Bezirk kennen ihn, denn Herr S. hat bereits überall Praktika oder Schulungen begonnen und jeweils nach wenigen Wochen abgebrochen. Herr S. kam 2017 erstmals zur „standUp“ Beratung mit den Worten: „*Ich kann mich nirgends mehr zeigen*“.

**beratungsfähig
jedoch nicht
schulungsfähig**

Seine Beraterin fasst zusammen, „*Beratungsfähig ist er. Schulungsfähig ist er nicht.*“

Finanzielles

Existenzsicherung ist bei Herrn S. das wichtigste Thema. Nachdem Herr S. schon lange keine Beschäftigung mehr hat, war Arbeitslosengeld kein Thema mehr, er ist im Notstandsbezug und ist hier mittlerweile auch schon bei sehr niedriger Leistung angelangt (ca. 600 Euro bekommt er vom AMS).

Notstandshilfe

Da er in einer Eigentumswohnung seiner Eltern wohnt, hat er keinen Anspruch auf Mindestsicherung. Es wurde dann von der Pro mente Beraterin trotzdem probiert einen Kontakt zur Bezirkshauptmannschaft herzustellen, einen Antrag zu stellen, in welchem die Betriebskosten der Wohnung nachgewiesen werden – Nun erhält Herr S. einen geringen Teil der Mindestsicherung.

**Kein Anspruch
auf Mindestsicherung**

AMS finanzierte Fahrkosten

Er hatte zu Beginn kein Geld für die Fahrkarten von Rohrbach nach Linz zur Beratung und zu den AMS Workshops und hätte diese nicht in Anspruch nehmen können. Das AMS finanzierte schließlich die Fahrtkosten.

**Fahrtkosten-
Problem**

Versorgungsschritte

2015 **Wagner Jauregg stationär.**

Daraufhin wäre er in die Suchtbehandlungsschiene gekommen, die er aber verweigerte. Ein Alkohol-Entzug wurde ihm vom AMS vorgegeben, Herr S. war allerdings nicht bereit dies zu befolgen. Er sah selbst kein Alkoholproblem bei sich.

Nachdem er dies nicht befolgte, wurde er Stand Up (pro mente) zugebucht mit dem Ziel an der Compliance zu arbeiten.

Nach einem Rückfall hatte Herr S. 2017 eine **polizeiliche Auflage** bekommen mit der Verpflichtung zur **Psychotherapie und wöchentlichen Harntests**

AMS und Pro mente „standUp“ installierten mittlerweile ein ambulantes Netzwerk an Betreuung:

„*Gesundheitlich war ihm auch klar, dadurch, dass er nicht stationär behandelt werden wollte, dass er sich Unterstützung ambulant holt.*“

Seither besucht Herr S. regelmäßig **Psychotherapie** (kostenlos) bei der pro mente Beratungsstelle Rohrbach etwa alle 1-2 Wochen. Dafür hatte er keine Wartezeit, denn Herr S. war bereits auf der Warteliste.

Gruppentherapie (ohne Zuzahlung) im Verein Assume (Bezirk Rohrbach)

Zusätzlich besucht Herr S. wöchentlich seit Jahren die Suchtberatungsstelle POINT (Rohrbach).

Das Thema Langzeittherapie wäre von der Beraterin empfohlen, diese hat Herr S. aber nicht absolviert

Im März 2018 hatte Herr S. unabhängig davon zuletzt einen **Krankenstand** aufgrund von 2 Operationen (Nabelbruch).

Für Herrn S. ist das ambulante Konstrukt die richtige Alternative, denn für eine Langzeittherapie hätte die nötige Compliance gefehlt. Das ambulante Netz hat Herr S. sehr gut angenommen. Er erscheint jede Woche zu den Therapien.

Weitere Institutionen in Kooperation mit Gesundheitsversorgung:

AMS. pro mente „standUp“, Suchtberatungsstelle POINT in Rohrbach, Beratungsstelle pro mente (Rohrbach), Verein Assume im Mühlviertel; FAB; Verein ALOM – Textilmanufaktur. Und viele mehr.

Zugang und Inanspruchnahme der Versorgung

Aufgrund seiner Suchterkrankung und der fehlenden Compliance nahm Herr S. über Jahrzehnte keine Versorgung in Anspruch. Die Sozialpsychologische Beratung spielte bei Herrn S. eine Rolle, um ein Versorgungsnetz aufzubauen und an der Compliance zu arbeiten.

„Ziel bei „standUp“ ist nicht Vermittlung, sondern einen Plan entwerfen; In Richtung Compliance arbeiten; zu sehen, was ist auch in der Gesundheitsversorgung als nächstes sinnvoll.“

Koordination und Unterstützung durch Beratung

Herr S. war beratungsfähig, aber nicht schulungsfähig. Die Betreuerin von „standUp“ (pro mente OÖ) kümmerte sich darum, dass der Klient eine Regelmäßigkeit in die Unterstützungsmaßnahmen bekommt.

„Wenn er nicht zu Therapie-Terminen erschien, oder nicht erreichbar war, bemühte ich mich, ihn zu erreichen, oder die zuständigen Stellen zu informieren, damit er seinen Therapieplatz nicht verliert.“

Nach einiger Zeit der Unterstützung stabilisierte sich der Klient, sodass er jetzt dabei ist, langsam schulungsfähig zu werden.

Kosten

Fahrtkosten

Ein großes Problem war, für die Beratung („standUp“) in Linz fielen Fahrtkosten für rund 180 Euro pro Monat an (Monatskarte Rohrbach – Linz). Herrn S. wären die Fahrtkosten zur Beratungsstelle zu Beginn nicht finanziert worden (anders als bei Schulungen, wo das AMS im Normalfall die Kosten ersetzt), im Fall der Beratungsmaßnahme hätte Herr S. die Kosten selbst tragen müssen, was angesichts seines geringen Einkommens und der Entfernung von Rohrbach nach Linz unfinanzierbar gewesen wäre.

Nach Intervention durch die Beraterin wurde mit einer Ausnahmeregelung die Kostenübernahme durch das AMS ermöglicht.

„Es ist ein großes Problem, wenn die Klienten kein Geld für die Fahrkarten haben. Dann fahren sie schwarz, dann werden sie erwischt...“

Abgesehen von der Beratungsstelle wurde dann das gesamte Betreuungsnetz im Bezirk Rohrbach installiert, wohnortnahe und ohne Zuzahlung.

Barrieren und Chancen

Unterschiedliche Behandlung – Zielkonflikte zwischen Institutionen und Projekten:

Einen für Herrn S. sehr demotivierenden Rückschlag gab es durch die unterschiedliche Auffassung zwischen Finanz-Geber PV und der Beratungsstelle hinsichtlich des Potentials einer Arbeitstrainings-Maßnahme.

Bei der „standUp“ Beratungsstelle wurde zuerst monatelang dahingehend geplant, dass Herr S. ein pro mente Arbeitstraining (Cantonia) macht. Im letzten Moment wurde allerdings die Finanzierung abgesagt.

**fehlende
Inanspruchnahme
über Jahrzehnte**

**zurück ins
Versorgungsnetz
nur mit Unter-
stützung möglich**

**wohnortnahe
Versorgung**

„Herr S. hat dort geschnuppert, es hat alles gepasst. Es wurde ein Antrag bei der Pensionsversicherungsanstalt gestellt, dass die das finanzieren. Innerhalb von pro mente war bereits alles geregelt, er hatte auch das OK des behandelnden Psychiaters, der befand, er ist jetzt soweit ein Arbeitstraining zu schaffen. Intern kannten sie ihn schon und alles war auf Schiene. Die Mitarbeiter vom Arbeitstrainingszentrum würden ihm die Chance geben sich weiterhin so zu stabilisieren wie bisher in der Pro mente Beratung. Die PV forderte noch eine eigene Untersuchung durch einen Psychiater. Der Psychiater ließ sich ein halbes Jahr Zeit für sein Gutachten und forderte dann noch ein psychologisches Gutachten. Dieses ergab dann aber, dass er eine akute Suchtproblematik hat und im Rahmen des Programms keine Verbesserung zu erwarten ist. Die PVA strich somit die Finanzierung und der Plan war über den Haufen.“

**Zielkonflikt:
Stabilisierung
versus
Arbeitsmarkt-
vermittlung**

„Dazu kommt, im AMS Rohrbach ist es so, dass dieses nicht einspringt, wenn PVA nicht finanziert. In Linz wäre das anders.“

**Regionale
Unterschiede**

Dadurch, dass der Klient in Rohrbach wohnt, war diese Absage das Ende des Plans Arbeitstraining.

„Wir machen den Klienten ready für ein Arbeitstraining; das AMS ist eingebunden, das sozialpsychologische Beratungsnetz empfiehlt einen Weg, (Arbeitstraining) den alle Beteiligten mittragen. Alle wollten ihm eine Chance geben. Und dann steigt uns der Hauptfinanzier aus.“

Es musste daher kurzfristig eine neue Möglichkeit gesucht werden, die dann im Verein ALOM gefunden wurde. Dort ist er aktuell in den Schnuppertagen.

Problem: unkoordiniertes „Zubuchen“ führte zu Abbruch

Das AMS hat Herrn S. in den vergangenen Jahren vielen Qualifizierungsmaßnahmen und Projekten am Zweiten Arbeitsmarkt zugebucht. Es fand aber jeweils keine Vorbereitung darauf statt.

Problem: Existenzsicherung bei Teilzeit, (ohne Anspruch auf BMS)

„Es kommt bei vielen diagnostischen Maßnahmen (zB Fit 2 work...) heraus: Teilzeit, 20 Stunden wären möglich. Ohne die Mindestsicherung kann der Herr S. aber von 20 Stunden nicht leben.“

**fehlende
Existenz-
sicherung bei
Teilzeit**

„Sollte es in Richtung Teilzeit gehen, bräuchten wir eine Wohneinrichtung, damit er sich das leisten kann, sonst wird er immer wieder rausfallen.“

Fehlende Stundenweise Beschäftigungsmöglichkeiten

Herrn S.' Beraterin berichtet, auch Stundenweise Beschäftigungsmöglichkeiten wären dringend nötig.

„Derzeit gibt es keine Möglichkeiten einer stundenweisen Beschäftigung im geschützten Bereich. Diese wären aber nötig um die Belastbarkeit auszuprobieren und zu üben. Derzeit ist das nur über Chancengleichheitsgesetz möglich (zB Pro mente Keramik), aber nicht über die AMS Schiene; Für geschützte Arbeit in Teilzeit wäre ein Feststellbescheid notwendig; Arbeitsunfähigkeit müsste bescheinigt sein – Herr S. ist aber nicht arbeitsunfähig, weil AMS gemeldet.“

**fehlende stundenweise
Beschäftigung**

Lediglich geringfügige Beschäftigung wäre möglich, ist für diese Zielgruppe allerdings zu hochschwellig.

Aktuelle Situation

Aktuell ist Herr S. substanzfrei, in den letzten Monaten abgesehen von THC (Cannabis) clean. Er nimmt keine Zusatzsubstanzen mehr und bei der letzten Harnprobe war auch kein Cannabis nachweisbar.

Im letzten Jahr konnte sich Herr S. allgemein gut stabilisieren. Er kann mittlerweile Bus fahren und ist gruppenfähig geworden. Nach dem Rückschlag, dass er das geplante Arbeitstraining nicht finanziert bekommt und ein neuer Plan B gesucht werden musste, sind die Hoffnungen auf dauerhafte Stabilisierung aber gesunken.

Zukunftsperspektiven

Aktuell ist der Plan, dass Herr S. über den Verein ALOM in einem sozialökonomischen Betrieb in der Textilmanufaktur zu arbeiten beginnt. Dort absolviert er zurzeit Schnuppertage. Er schaffte es dort pünktlich hinzukommen und zu starten.

„Vollzeit erster Arbeitsmarkt - was das Ziel von ALOM ist - wird allerdings schwierig bis nicht machbar.“

2.8 PATIENTENKARRIERE 8 – HERR L., 28

Herr L., 28 – Neurologische Erkrankung und Asperger Syndrom

Der 28-jährige Herr L. wohnt in Linz bei seinen Eltern. Eine Lehre als Elektriker konnte er aufgrund seiner neurologischen Erkrankung nicht abschließen und erhielt eine Umschulung zum Bürokaufmann.

Seine Krankheit nennt sich genetisch bedingte Neuropathie. Die Symptome sind Schmerzzustände in den großen Gliedmaßen, Taubheitsgefühl und motorische Schwierigkeiten in Schüben.

Herr L. hat außerdem das Asperger Syndrom und es wurden Soziale Phobie, Anpassungsstörung, Schizoide Persönlichkeitsstörung, Panik, Angsterkrankung und mittelgradige Depression diagnostiziert.

Ausgangsbedingungen

Gesundheitliche Situation

Herr L. leidet unter der neurologischen Erkrankung Neuropathie.

Die Folge sind schubweise Schmerzzustände in den großen Gliedmaßen (Füße, Hände) mit Taubheitsgefühl und motorischen Schwierigkeiten.

„Durch diese neurologische Erkrankung hat er Schübe. Bei der Testung allerdings wird festgestellt, die Reflexe sind da, es geht: ‚Sie sind arbeitsfähig.‘“

„Die Schwierigkeit bei der Neuropathie ist: Die Menschen können eigentlich keinen Arbeitsplatz antreten, denn sie können am Abend nicht sagen, ob sie am nächsten Tag 8 Uhr früh gehen können. Diesen Job gibt es aber nicht, wo ich kommen kann, wenn ich will. Auch so eine Schulung gibt es nicht.“

Bei Herrn L. ist die Neuropathie genetisch bedingt;

„Oft geht diese Erkrankung mit Alkoholsucht einher, daher haben Patienten hier oftmals einen ‚Stempel‘, bei Herrn L. sind aber mehrere Familienangehörige ebenfalls erkrankt.“

Was die psychische Gesundheit betrifft, hat Herr L. die Diagnosen Soziale Phobie, Anpassungsstörung, Schizoide Persönlichkeitsstörung; Panik, Angsterkrankung sowie mittelgradige Depression. Erst kürzlich wurde Autismus diagnostiziert.

Soziale Hintergründe

Herr L. lebt mit seinen Eltern im Einfamilienhaus in Linz, dort hat er sein eigenes Zimmer.

Die Lehre als Elektriker konnte Herr L. nicht abschließen. Wegen seiner Krankheit folgte eine

Neuropathie

stigmatisierende Krankheit

Autistische Züge

Umschulung im BBRZ (geschützter Bereich) zum Bürokaufmann inklusive Lehrabschlussprüfung.

Arbeitserfahrungen

„Das Arbeitstraining im Büro 20 Stunden war für ihn ideal. Er ist ja überaus intelligent und IT-begabt. Er wäre der perfekte Netzwerker, der daheim seine Arbeit verrichtet und könnte dermaßen gut arbeiten, bis hin zur Forschung. Er hat aber seine Phasen im Verlauf des Vormittags, wo es schlechter ist, aufgrund seiner Neuropathie-Erkrankung, wo er dann einschläft. Das ATZ sagte, den Übergang auf den Vollzeit-Betrieb schafft er nicht. Deren Ziel ist ja erster Arbeitsmarkt Vollzeit. So fiel er aus der Maßnahme.“

Finanzielles

Aktuell ist Herr L. im AMS Bezug, erhält jedoch schon relativ wenig.

Er hat eine Deckelung, da er im Elternhaus lebt, und daher keinen Anspruch auf bedarfsorientierte Mindestsicherung.

Ein Antrag auf Reha Geld wurde 2015 gestellt und abgelehnt.

Keine BMS

„Mit diesen Erkrankungen in diesem Stadium ist es nicht möglich Vollzeit zu arbeiten. Teilzeit bietet aber keine Absicherung, von Teilzeit können diese Menschen nicht leben.“

Versorgungsschritte

Seit Kindheit in Behandlung - Früher: mehrere Behandlungen in der **Kinderklinik**, dort war auch Autismus ein Thema

Die Diagnose „Neuropathie“ kam erst später heraus

Neurologe (Kassenarzt) - abgebrochen

Neurologe (Wahlarzt) - abgebrochen

Fachärztin für Psychiatrie (Wahlärztin) – 2014 abgebrochen

Die Einnahme der Antidepressiva hat er nach vielen Nebenwirkungen 2014 abgebrochen.

Ergotherapie (selbst bezahlt), wurde abgebrochen

2015 Antrag auf **REHA Geld** wurde **abgelehnt**.

bevor er die sozialpsychologische Beratung in Anspruch nahm, hatte er für zwei Jahre vollkommen die medikamentöse und medizinische Behandlung abgebrochen.

2016 Arbeitstraining im Büro der pro mente Holzwerkstatt mit 20 Wochenstunden wurde erfolgreich absolviert. Im Anschluss an die sechs Monate Teilzeit hätte Herr L. in Vollzeit wechseln müssen, was mit seinem Gesundheitszustand nicht funktioniert hätte. So musste die Maßnahme abgebrochen werden.

Über das AMS absolvierte er danach diverse Workshops.

März 2017 bis März 2018: „standUp“ von pro mente OÖ

Seit zwei Jahren hatte er die medikamentöse und medizinische Behandlung vollkommen abgebrochen. Die erste Aufgabe der Beraterin bestand daher auch darin, den Klienten zu ermutigen, sich behandeln zu lassen.

Fachärztin für Psychiatrie (Wahlärztin) – seit 2017 wieder Kontaktaufnahme und wieder vierteljährlich

Medikamentös ist Herr L. wieder eingestellt worden. Er nimmt nun andere **Medikamente** (Antidepressiva auf Rezept).

Neurologe (Wahlarzt) Neukontakt seit 2017

Ergotherapie (selbst bezahlt) begann er 2017 wieder.

Gruppentherapie (bez von Gebietskrankenkasse) 2017 bis jetzt

Konsiliarfacharzt (pro mente) wurde eingeschaltet, da seine Psychiaterin nicht bereit war eine neuerliche Abklärung bezüglich Asperger Syndrom anzufordern.

Ab Juli 2017 Fit 2 work (Intensivberatung über 6 Termine BBRZ und Pro mente – Diagnostik), Beratungsangebot mit Arbeitsmedizinern und Psychologen; Überlegung war Ideen bezüglich

Belastbarkeit zu bekommen. Dort stellte sich heraus: 20 Stunden sind schaffbar.

Die ersten sechs Monate der „standUp“ Beratung war das Ziel die Neuromed (BBRZ) Reha für neurologische Erkrankungen zu machen, PVA und das AMS verweigerten aber die Finanzierung dieser eher teuren Maßnahme. (Verbesserungschancen wurden von PV eher gering beurteilt, AMS wollte dann nicht alleine finanzieren). Ein neuer Plan wurde gesucht.

Für Menschen mit autistischen Zügen gibt es ein eigenes Kompetenzzentrum „WorkAut“ bei den Barmherzigen Brüdern Linz. Dort wurde der Verdacht auf **Asperger Syndrom psychologisch getestet und bestätigt**. Eine Psychologin (Mag. Graf – Kassenpsychologin) testete ihn und bestätigte den Verdacht auf Asperger Syndrom.

Mittlerweile ist laut **Facharzt** bestätigt, dass die psychische Erkrankung die Erstdiagnose ist. Die Neuropathie ist im Hintergrund.

Aktuell auf der **Warteliste für Psychotherapie** speziell für Asperger Syndrom (erst 2018 diagnostiziert, daher wartet er noch)

Von der Beratung Stand up ging er direkt über zur Beratung durch das Autismus Zentrum, die ihn jetzt auch beim erneuten **Reha-Geld-Antrag** unterstützt.

Weitere Institutionen in Kooperation mit Gesundheitsversorgung:

Stand up pro mente OÖ;

WorkAut – Zentrum für Autismus bei den BhB Linz

Zugang und Inanspruchnahme der Versorgung

Herr L. sagt selbst, er ist „traumatisiert vom Gesundheitssystem“. Von Krankenhäusern, Fachärzten, alles was medizinische Leistungen betrifft, war Herr L. enttäuscht. Er hat sich nicht ernst genommen gefühlt. Es ist bei der Diagnostik einiges schief gelaufen.

„Der eine hat gesagt ‚Ich kann nichts mehr für Sie tun.‘ Der nächste hat gesagt, ‚Ich kann auch nichts machen.‘ und der dritte hat ihm Medikamente verschrieben, die er nicht vertragen hat.“

Mittlerweile war Herr L. sehr „behandlungsmüde“ und resignierte. Bevor er die sozialpsychologische Beratung durch „standUp“ in Anspruch nahm, hatte er für zwei Jahre vollkommen die medikamentöse und medizinische Behandlung abgebrochen, nahm weder Psychopharmaka noch gegen seine Schmerzen. Er ging zu keinem Arzt, zu keiner Ergo-, oder Physiotherapie.

„Da wieder anzudocken, wieder Leistungen in Anspruch zu nehmen, kam bei ihm nur mehr über die Wahlarztschiene in Frage.“

Für Neuropathie gibt es keine speziellen Medikamente, es wird mit Antidepressiva gearbeitet. Die Einnahme der Antidepressiva hatte Herr L. aufgrund der zahlreichen Nebenwirkungen 2014 abgebrochen. Mittlerweile ist er wieder medikamentös eingestellt und nimmt nun andere für ihn verträgliche Medikamente (Antidepressiva auf Rezept).

Finanzielle Unterstützung der Eltern als Chance

„Menschen, die keinen finanziellen Hintergrund haben, und diese Erkrankung, da wäre es ganz schwer, die wieder in die Versorgung rein zu bringen. Bei Herrn L. war es die Ausnahme. Seine Eltern waren bereit jede Behandlung zu zahlen. So konnte er mittels Wahlärzten und Privat-Ergotherapie wieder in die Versorgung gebracht werden.“

Barrieren und Chancen

Probleme bei der Diagnosestellung

Die Diagnose Asperger Syndrom wurde erst vor wenigen Monaten gestellt. Herr L. hatte bis dahin einen langen Weg voller Enttäuschungen hinter sich.

In diversen Workshops war aufgefallen, dass Herr L. nicht gruppenfähig ist. Die Beraterin

**Probleme bei
Diagnosestellung**

behandlungsmüde

**Medikamente
jahrelang nicht
genommen**

**über Wahlärzte
zurück zur Versor-
gung**

**Mehrfach-
erkrankung**

(„standUp“) stellte die Vermutung auf, dass Autismus eine Rolle spielen könnte. Es stellte sich heraus, dass bereits in der Kindheit Herr L. mehrere Aufenthalte in der Kinderklinik hatte, wo Autismus ein Thema war.

„Damals hätte die Diagnose Autismus allerdings bedeutet, dass er keine Chance auf eine Berufsausbildung hätte. So war sein Asperger-Syndrom nicht wirklich weiterverfolgt worden.“

Diagnose als Hindernis

In den Befunden wurde dann eine schizoide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert „... und so landete der Klient in der pro mente - Schiene.“

Arbeitslosigkeit verursachte negativen Krankheitsverlauf

„Genetisch bedingte Neuropathie kann sich ganz unterschiedlich auswirken. Wie bei MS kann das entweder so fortschreiten, dass der Patient auf den Rollstuhl angewiesen ist, durchaus kann man aber auch mit Neuropathie eine hohe Lebensqualität haben. Faktoren, die das allerdings negativ beeinflussen sind genau das, dass er nichts zu tun hat, und der damit verbundene Stress.“

Negativer Krankheitsverlauf durch Arbeitslosigkeit

Problem der Befristungen in Teilzeit-Maßnahmen

„Das ist bei uns häufig der Fall, dass die Vollzeitversion des Arbeitstrainings für Klienten nicht schaffbar ist.“

Die PV bewilligte 2016 Herrn L. eine individuelle Trainingsmaßnahme zu 20 Wochenstunden im Büro der pro mente Holzwerkstatt. Diese Maßnahme war allerdings befristet mit sechs Monaten in Teilzeit. *„Hatte super gepasst. Herr L. hat Praxis bekommen im Büro der Holzwerkstatt im ATZ. Danach hätte er 15 Monate Vollzeit Arbeitstraining weitermachen sollen. Vollzeit schaffte er aber nicht.“*

Abbruch, Befristungen und Frust

„Zum Ende der Befristung ist der Klient dann wieder zuhause, fühlt sich wertlos, neuerliche Krise. Wir alle – jedes Unterstützungsangebot – beginnt dann wieder ganz von vorne.“

Existenzsicherung bei Teilzeitbeschäftigung

„Wäre es nicht, so wie es einen Teilzeit-Krankenstand gibt, möglich, dass man nicht über BMS sondern über die GKK aufstockt für Menschen, die keinen Anspruch auf Mindestsicherung haben?“

Existenzsicherung bei Teilzeit

Appell: stundenweise Beschäftigungsmöglichkeiten - Arbeits-Therapie

„Wir bräuchten die Möglichkeit der stundenweisen Beschäftigung außerhalb des Chancengleichheitsgesetzes, die flexibel zu handhaben ist. Wo ich kommen kann, wenn es mir gut geht. Wo ich auch bleiben kann und Taschengeld bekomme.“

Stundenweise Beschäftigung als Arbeits-Therapie

„Im Sinne einer ‚Arbeits-Therapie‘. Die Idee dahinter: Arbeit könnte auch gesund machen.“

„Wie eine andere Klientin von mir: Sie würde so gerne servieren, doch sie kann nicht so einfach am Ersten Arbeitsmarkt arbeiten wegen ihrer Neuropathie. Denn sie kann nicht sagen, ob sie morgen um 11 Uhr arbeiten kann, oder länger bleiben, falls viel los ist.“

„Arbeit könnte auch gesund machen“

Aktuelle Situation

Herr L. ist mittlerweile in Beratung beim Kompetenzzentrum für Autismuserkrankungen (WorkAut, Barmherzige Brüder). Dort hätte er kürzlich mit einem Kurs starten sollen, dessen Ziel Erster Arbeitsmarkt ist. Es gab eine Vorbereitungszeit, daraus ging allerdings hervor: Diese Schulung kann er aufgrund seines schlechten Gesamtzustandes nicht antreten.

Eine andere Möglichkeit wäre ein geschützter Arbeitsplatz über das Chancengleichheitsgesetz. Dort ist allerdings das Problem: In Geschützter Arbeit ist derzeit so wenig Angebot an Arbeitsplätzen, und diese wenigen Arbeitsplätze sind in Produktionsbetrieben (zB Näherei...).

„An die Nähmaschine könnten wir ihn nicht setzen, schon alleine wegen seiner Motorik. Es gibt keine Büro-Arbeitsplätze, keine qualifizierten Tätigkeiten, wie Herr L. es brauchen würde.“

Fehlende qualifizierte Tätigkeiten

„Er würde für Geschützte Arbeit eine Arbeitsunfähigkeit beschieden brauchen. Die bekommt er allerdings nicht, denn mit dieser Erkrankung wirkt er bei der Begutachtung wie du und ich.“

unrealistische Gutachten-Situationen

Mangels Alternativen ist aktuell der Plan, Reha Geld zu beantragen und dass dieses dann irgendwann ohne Befristung erteilt wird.

„Herr L. würde sich selbst wünschen, nebenbei in Zukunft einer stundenweisen Beschäftigung in dem Bereich nachzugehen, wo er seine Stärken hat.“

2.9 PATIENTENKARRIERE 9 – HERR F., 34

Herr F., 34 – Bipolare Erkrankung

Der 34-jährige Herr F. wohnt mit seiner Lebensgefährtin in einer Mietwohnung in Linz und hat eine bipolare Erkrankung. Trotz seiner abgeschlossenen Tischlerlehre hat er in diesem Bereich keine Praxis am Ersten Arbeitsmarkt. Nach dem Lehrabschluss arbeitete Herr F. als Hilfsarbeiter in der Fenster-Produktion.

In einer langen manischen Episode entstand eine Schuldenproblematik. Herr F. hat mittlerweile einen Sachwalter für finanzielle Angelegenheiten. Herr F. wurde 2006 gekündigt und ist seither zwischenzeitlich in verschiedenen Beschäftigungen am Zweiten Arbeitsmarkt.

Aufgrund der bipolaren Erkrankung und der Epilepsie nimmt Herr F. sehr starke Medikamente und hat auch bereits mehrere Suizidversuche hinter sich.

Ausgangsbedingungen

Gesundheitliche Situation

Bei Herrn F. ist eine sehr hohe Medikation aufgrund einer bipolaren Persönlichkeitserkrankung und Epilepsie verordnet. Er hat bereits mehrere Suizidversuche hinter sich.

Sehr hohe Medikation beeinträchtigt Arbeitsfähigkeit

„Seine Arbeitsfähigkeit wird durch die vielen Medikamente stark beeinträchtigt: Das äußert sich in Zittern, extremer Müdigkeit und stimmungsmäßig mit Antriebs- und Interessenslosigkeit sowie Schlafstörungen. Das trotz, oder auch weil Medikation. So gut kann er gar nicht eingestellt sein, dass das alles abgedeckt wäre.“

Soziale Hintergründe

Herr F. lebt mit einer Partnerin zusammen, die selbst von einer psychischen Erkrankung stark betroffen ist (Suchtproblem und Borderline-Erkrankung). Sie ist aktuell im Projekt „Imbus“ (individualisierte Bildungsmaßnahme zur Berufsvorbereitung und Stabilisierung).

Partnerin mit psychischer Erkrankung

„Er musste seine Freundin immer aus irgendwelchen Gefahrensituationen retten und war danach immer ganz fertig. Es fand viel Angehörigenarbeit statt und die Partnerin begab sich in stationäre Behandlung, seither geht es ihr besser, sie entwickelte einen starken Kinderwunsch. Herr F. musste sich nicht mehr nur auf seine Freundin konzentrieren. Der Zustand wurde bei ihm danach immer schlechter.“

Ein weiterer Teil der Angehörigenarbeit bei pro mente OÖ widmete sich den Eltern. Zu Herrn F.s Eltern war der Kontakt abgebrochen. Aktuell besteht wieder guter Kontakt. Herr F. hat einen Zwilling Bruder in sehr schlechtem Gesundheitszustand. Dieser ist sehr starker Epileptiker und lebt in einer Heilanstalt.

„Herr F. sieht sich noch glücklich, dass es ihm besser geht, als seinem Zwillingbruder, das war ein Strohalm, sonst hätten die Suizidversuche bestimmt schon mal gefruchtet.“

Berufliche Hintergründe

Trotz seiner abgeschlossenen Tischlerlehre hat Herr F. in diesem Bereich keine Praxis am Ersten Arbeitsmarkt. Nach dem Lehrabschluss arbeitete er als Hilfsarbeiter in der Fenster-Produktion eines großen oberösterreichischen Unternehmens der Fenster- und Türenerzeugung.

Nach einer langen manischen Episode, wo auch seine Schuldenproblematik entstanden ist, folgte ein Langzeitkrankenstand und es wurde 2006 das Dienstverhältnis vom Arbeitgeber gekündigt.

Schuldenproblematik

Versorgungsschritte

Bisher **kein psychisch bedingter stationärer Aufenthalt**, wäre zeitweise zwar von mehreren Seiten empfohlen, erfolgte aber nicht.

2007 Diagnose vom **Facharzt für Psychiatrie**: Bipolare Erkrankung

Sehr hohe Dosis an Medikation (auf Rezept) durch den Facharzt. Compliance bezüglich Medikamenten ist vorhanden. „*Er weiß selbst, dass er das braucht.*“

2009 **Behandlungen nach Sprunggelenksfraktur** bei Suizidversuch, bis heute ist der Klient durch diese Verletzungen beeinträchtigt

2009-2012 in **befristeter I-Pension**

Medizinisches Reha Geld wurde beantragt – **abgelehnt**

2013 **Ambulante Reha** im BBRZ Muldenstraße wurde begonnen, aber abgebrochen – zu schlechter Gesundheitszustand und fehlende Existenzsicherung

2013-2017 folgten diverse Beschäftigungen am Zweiten Arbeitsmarkt.

2013-2016 **keine Versorgung** in Anspruch genommen.

2016 ATZ Arbeitstraining Pro mente Holztischlerei Teilzeit 6 Monate, danach abgebrochen (Vollzeit nicht möglich), daraufhin wieder Arbeitslosigkeit

Seit Jänner 2017 ist Herr F. wieder beim AMS gemeldet.

April 2017 bis März 2018: „standUp“ (pro mente OÖ) mit den Hauptthemen: Existenzsicherung sowie Compliance und Motivation Behandlungen in Anspruch zu nehmen

Seit Herr F. 2017 bei der Beratung bei Stand up andockte, geht er wieder regelmäßig zur **Fachärztin für Psychiatrie** (Kassenärztin) und zur Männerberatungsstelle. „*Meine Intention war es Herrn F. zu aktivieren, ins Behandlungsnetz wieder einzutreten, denn wir brauchten Befunde.*“

Oktober 2017: Fit 2 work Diagnostische Maßnahme zur Belastbarkeit. **Arbeitsmediziner** empfahlen Teilzeitarbeit, davor aber nötige Rehabilitation

Einigung auf erneuten Versuch einer **ambulanten Rehabilitation im BBRZ Muldenstraße**. Diese wurde April 2018 begonnen, erneut nach 3 Tagen im Einvernehmen mit dem Leiter abgebrochen.

2018 Projekt Imbus (erneuter Abbruch). Seither wieder im AMS Bezug (Notstand aktuell rund 400,-)

Medizinisches **Reha Geld wird erneut beantragt** von AMS, Fachärztin, Verein B7 und Sachwalterin. Davon abgesehen findet **aktuell keine Psychozialberatung** statt

Fehlende Inanspruchnahme

Weitere Institutionen in Kooperation mit Gesundheitsversorgung:

pro mente OÖ „standUp“ sowie „fit2work“

Vertretungsnetz – Sachwalterschaft

Männerberatungsstelle des Landes OÖ in Linz: Nach Angaben von Herrn F. aufgrund der Selbstkosten (9,- je Termin) abgebrochen, gemeinsame Termine nicht wahrgenommen und nicht mehr erschienen

Kriseninterventionsstelle 10 Termine nach Suizidversuch

Verein B7

„Der Verein B7 prüfte vorab, ‚Macht es Sinn dass man einen neuen Antrag stellt?‘ und da kam

heraus, dass es keine nachweisbaren Verschlechterungen seit dem letzten Antrag auf Reha Geld gibt, weil keine Befunde, keine Arzt-Inanspruchnahme.“

Zugang und Inanspruchnahme der Versorgung

Neben Existenzsicherung waren Compliance und Motivation Behandlungen in Anspruch zu nehmen die wichtigsten Themen in der Beratung von Herrn F.

„Vor der Beratung bei uns hatte er es ein bisserl schleifen lassen. Mit der Medikation ist es so, dass er eigentlich ganz ganz regelmäßig gehen müsste und Blutkontrollen machen müsste. Doch er war in einem ganz schlechten Zustand. Er hat keine Behandlungen mehr in Anspruch genommen. Die Compliance und die Motivation anzuregen war meine Aufgabe als Beraterin.“

Wartezeit und Inanspruchnahme Psychotherapie

Bisher wurde keine laufende Psychotherapie besucht; Bei der Clearingstelle wurde Herr F. zwar angemeldet, „...doch derzeit sind Wartezeiten bis zu einem Jahr. Ich weiß nicht, ob das noch was geworden ist. Von sich aus würde er nicht zur Therapie gehen, nur mit regelmäßiger Unterstützung.“

Abbruch der ambulanten Rehabilitation wegen fehlender Existenzsicherung

Herr F. hätte eine ambulante Rehabilitation machen können, doch er hätte für diesen Zeitraum keine Bezüge bekommen. Das war neben seinem Gesundheitszustand ein Grund, warum Herr F. die Reha abbrach.

„Die PV sagt, wir finanzieren eine Reha. Herr F. hätte das dann machen können, doch er hätte in diesen Wochen tatsächlich null Euro Bezug gehabt. Er hatte keinen Krankengeldbezug, weil er ausgesteuert war, und kein AMS-Geld, denn da ist er ja krank geschrieben, das heißt sechs Wochen Reha ohne Bezug. Da ist dann die Wohnung weg.“

„Da arbeiten wir ein Jahr lang hin auf die Motivation und Compliance, eine Reha zu machen, und dann wird die von der PV bewilligt, aber dann zahlt niemand. Da sagt der Klient dann: Dann kann ich's nicht machen.“

Kosten/ Hürden

Existenzsicherung war bei Herrn F. wichtigste Priorität. Derzeit ist Herr F. im Notstandsbezug, aber nur mehr aktuell bei 400 Euro, weil er aus dem Arbeitstrainingszentrum rausgefallen ist. Da er mit seiner Lebensgefährtin in der Wohnung lebt, besteht kein Anspruch auf BMS. Das Haushaltseinkommen von Herrn F. und seiner Freundin liegt knapp über der Grenze für Mindestsicherung.

In einer langen manischen Episode entstand eine Schuldenproblematik. Seither hat Herr F. einen Sachwalter für finanzielle Angelegenheiten vom Verein Erwachsenenvertretung.

„Das hat Auswirkungen gehabt auf die Ernährung. Er hat zugenommen, zugenommen, zugenommen. Aus sozial benachteiligter Sicht. Er konnte sich keine Fahrkarte kaufen. Er hatte ein Hobby, die Spielkonsolenspiele, die waren ihm dann oft wichtiger.“

In der Männerberatungsstelle waren 9 Euro Beitrag je Beratungseinheit für Herrn F. zu bezahlen. Das war nicht finanzierbar; so hat er die Beratung abgebrochen

Barrieren und Chancen

Sozialberatungseinrichtungen waren und sind für Herrn F. wichtige Begleiter am Weg zur passenden Versorgung:

„Die Hürden, die ich beschreibe, das klingt im Nachhinein so banal – das war halt so – Aber bis

Compliance und Motivation Behandlungen in Anspruch zu nehmen

Fehlende Existenzsicherung führte zur Nicht-Inanspruchnahme

Kein Anspruch auf Mindestsicherung

Gesundheitliche Auswirkungen von Armut

Unterstützung

wir das alles herausgefunden haben, bin ich als Beraterin intensiv beschäftigt. Und das gelingt den Klienten auch selbst gar nicht mehr. Dieser Dschungel, sich da durchzuhanteln, ohne Unterstützung gelingt das nicht.“

**durch Sozial-
beratung**

Problem: Fehlende Existenzsicherung während der ambulanten Rehabilitation

„Während der ambulanten REHA sind die Klienten ja im Krankengeld. Sobald die Klienten aber zum Beispiel ausgesteuert sind von der GKK, zahlt die GKK das Krankengeld nicht. AMS zahlt auch nichts.“

**Fehlende
Existenz-
Sicherung bei
ambulanter Reha**

Eine stationäre Reha wäre für Herrn F. wegen seiner sozialen Phobie im Gruppensetting nicht möglich gewesen: „Man überlegt ja nur dann eine ambulante Reha, wenn Versorgungspflichten da sind, entweder Haustiere, oder kleine Kinder oder Pflegeverpflichtungen, oder wie in Herrn F.s Fall die soziale Phobie, er hätte das Gruppensetting nicht gepackt.“

Aktuelle Situation

Von AMS, Fachärztin, Verein B7 und Sachwalterin wurde gemeinsam veranlasst, dass erneut Reha-Geld beantragt wird. Davon abgesehen findet aktuell keine Psychosozialberatung statt, denn das Programm „standUp“ ist ausgelaufen, und es ist noch offen, ob Reha-Geld und damit GKK Case Manager-Termine kommen.

**Aktuell keine
psychosoziale
Beratung**

„Arbeitsprobung wäre ein wichtiges Instrument. Herr F. wäre auch bereit gewesen, bei seinem früheren Arbeitgeber anzufragen, ob er ein Teilzeit-Praktikum absolvieren könnte, denn er hatte ein gutes Einvernehmen. Die Zeit, die er dort war, hat er als gelernter Tischler gute Arbeit geleistet. Er wollte also definitiv. Aber Herr F. war 2017-2018 die ganze Zeit so schlecht beisammen, dass es nicht dazu kam.“

Zukunftsperspektiven

Die Beratung von pro mente und AMS sind so verblieben, dass erneut Antrag auf Reha-Geld gestellt werden wird. Da der Klient sogar bei der Reha rausgefallen ist, ist mittels schriftlichem Attest/Ausschluss von der Reha nachweisbar, dass Herr F. nicht einmal reha-fähig ist. Geschweige denn arbeitsfähig.

AMS klärt nun die Arbeitsfähigkeit ab und dann wird vom AMS gemeinsam mit der Fachärztin mit Unterstützung des Vereins B7 und der Sachwalterin ein Antrag auf medizinisches Reha Geld erneut gestellt.

Wenn es ihm besser gehen würde, würde Herr F. gerne nochmal bei seinem ehemaligen Arbeitgeber (Großbetrieb in der Fenster-Produktion) anfragen, ob er in Teilzeit so wie früher in der Produktion mitarbeiten könnte.

Da er aktuell nur 400 Euro vom AMS bekommt, wäre es finanziell auch ein Anreiz für ihn. Doch bis dahin ist laut seiner Beraterin (pro mente) noch ein längerer Weg nötig: Stationärer Aufenthalt → Tagesklinischer Aufenthalt → Rehabilitationsaufenthalt → Arbeitstraining 20 Wochenstunden. → Erst dann wären 20 Stunden am Ersten Arbeitsmarkt möglich.

3 CASE STUDIES – VERGLEICHENDE ANALYSE

Die erhobenen Patientengeschichten gewähren einen Einblick in die Versorgungssituation erwerbsloser Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die neun Fälle, es sind vier Frauen und fünf Männer, haben jeweils sehr komplexe Lebens- und Patientengeschichten.

Gesundheitliche Ungleichheit

Die Hauptdiagnosen sind mittlere bis schwere Depression (vier Fälle), Angsterkrankungen mit Panikattacken, bipolare Persönlichkeitsstörung, schizoide Persönlichkeitsstörung, kombinierte Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung.

Soziale Ungleichheit

Mehrfachbelastungen aus dem sozialen Umfeld sind in mehreren Fällen vorhanden.

„Es ist schon in der Regel so, dass bei den Leuten, die dann so aus dem Rahmen oder aus der Bahn fallen, dass es mehrere ‚Baustellen‘ gibt, nicht nur eine. Dass das zusammen wirkt. Dass das über eine längere Zeit auch schon so läuft.“ (Beraterin von Frau T., P2⁵)

Die psychische Erkrankung ist tatsächlich bei keinem der Fälle die einzige „Baustelle“. Die sozialen Hintergründe sind mehrfach belastet. Ob es sich nun um Frau T. (P2) handelt, die ihre pflegebedürftigen Eltern betreut, oder um Frau E. (P1), die auch durch die Krebserkrankung des Mannes mitbelastet ist, oder Herrn F., dessen Lebensgefährtin Borderline-Syndrom hat, oder Frau H. (P6), die Opfer eines Missbrauchs in der Kindheit war, oder die alleinerziehende Frau M. (P5), oder ob Migrationshintergrund (P1, P5) Sucht (P4, P7) oder Schuldenproblematik (P9) eine Rolle spielen. Mehrere Fälle (P1, P2, P3, P5 und P6) berichten von der Belastung der Arbeitslosigkeit im Alter über 50.

Durch arbeitgeberseitige Kündigung (P1, P2, P4) oder durch Burnout (P5, P6) wurden manche plötzlich aus dem Erwerbsleben gerissen. Andere schieden zuerst aufgrund körperlicher Erkrankungen (P3) aus dem Ersten Arbeitsmarkt aus und die psychische Erkrankung kam später hinzu. Manche haben bisher gar nicht am Ersten Arbeitsmarkt Fuß gefasst (P7, P8, P9).

Um die Versorgungssituation genauer in Hinblick auf Chancengerechtigkeit zu analysieren ist neben den Merkmalen der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit auch eine Bestandsaufnahme der **ungleichheitsrelevanten Gesundheitssystemfaktoren** (Pfaff/ Pförtner 2016, 94) von Bedeutung.

„Welche Hürden und Chancen erleben Langzeitarbeitslose bei der Behandlung ihrer psychischen Erkrankungen?“ ist die Forschungsfrage, welche dieser Studie zugrunde liegt.

Als ungleichheitsrelevante Gesundheitssystemfaktoren können laut Pfaff/ Pförtner (2016,94) insbesondere **soziale Zugangsbarrieren, ungleiches Inanspruchnahmeverhalten, sowie sozial ungleiche Behandlung und Diagnose** betrachtet werden. Diese Kriterien erscheinen mir für die Gliederung der vergleichenden Analyse ebenfalls als sinnvoll. Daher folgt hier die Analyse der Patientenkarrieren nach „Inanspruchnahmeverhalten“, „Behandlung und Diagnosen“ sowie „Zugangsbarrieren“.

3.1 INANSPRUCHNAHMEVERHALTEN

Es zeigt sich bei den erhobenen Patientenkarrieren ein sehr unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten. Während es jene gibt, die alles nutzen, was das Gesundheitssystem bietet, um wieder gesund zu werden (P1, P2, P4, P6), nehmen andere trotz multipler körperlicher Beschwerden und psychischer Symptome gar keine Versorgung in Anspruch, bis es zum Zusammenbruch kommt (P5, P7). Wiederum andere erreichen nach einer langjährigen Leidensgeschichte mit zahlreichen Enttäuschungen einen Punkt, wo sie völlig resignieren und nichts mehr in Anspruch nehmen wollen (P3, P8, P9).

„Vor der Beratung bei uns hatte er es ein bisserl schleifen lassen. Mit der Medikation ist es so, dass er eigentlich ganz ganz regelmäßig gehen müsste und Blutkontrollen machen müsste. Doch er war in einem ganz schlechten Zustand. Er hat keine Behandlungen mehr in Anspruch genommen.“ (P9)

Rückblickend wird von diesen Patienten ein „Ärztmarathon“, eine enttäuschende „Ärzte-Odyssee“ und „frustriert“, „behandlungsmüde“ oder „traumatisiert vom Gesundheitssystem“ zu sein beschrieben.

„Der eine hat gesagt ‚Ich kann nichts mehr für Sie tun.‘ Der nächste hat gesagt, ‚Ich kann auch nichts machen.‘ und der dritte hat ihm Medikamente verschrieben, die er nicht vertragen hat.“ (P8)

⁵ Mit „P1“ bis „P9“ werden in der Folge die nummerierten Patientenkarrieren der vorliegenden Studie bezeichnet.

„Der rennt zehn Jahre zu den diversen Fachärzten und Hausärzten und lässt sich durchchecken. Das ist auch ein Kostenfaktor. Wenn man sich Zeit nehmen würde und einfach mal zuhören würde, würde man sich viele Untersuchungen sparen.“ (P3)

Unterstützung der Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen musste in den Fällen P3, P5, P7, P8 und P9 intensiv gefördert und unterstützt werden. Dabei geht es einerseits um die notwendige sozialarbeiterische Koordination, Vernetzung und Information. Andererseits ist es nötig in den sozialpsychologischen Beratungsterminen mit den Patienten an der Compliance zu arbeiten bzw. zu motivieren, Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Die Betreuerin von „standUp“ (pro mente OÖ) kümmerte sich etwa bei Herrn S. (P7) darum, ein wohnortnahes, ambulantes Versorgungskonstrukt aufzubauen und dass der Klient eine Regelmäßigkeit in die Unterstützungsmaßnahmen bekommt.

„Wenn er nicht zu Therapie-Terminen erschien, oder nicht erreichbar war, bemühte ich mich, ihn zu erreichen, oder die zuständigen Stellen zu informieren, damit er seinen Therapieplatz nicht verliert.“ (P7)

Wieder-Einstieg in die Versorgung

Teils gibt eine Zuweisung durch das AMS den Anstoß bei einer Beratungsstelle anzudocken. Unter Begleitung der psychosozialen Dienste wird dann veranlasst, dass Diagnosen gestellt werden. „...Wo dann geschaut wird, dass die dann endlich mal in Behandlungen kommen. Wie Frau M., die von selbst keine Hilfe annehmen würde. Aber auch die Alkoholiker und die Leute mit Suchtproblemen, das ist ganz toll. Denn die kämen sonst nicht.“ (P5)

Für jene, die sowohl bei der Behandlung als auch hinsichtlich Medikamenteneinnahme völlig aus dem Versorgungssystem ausgestiegen sind, gelang es teils sie zu ermutigen wieder Leistungen in Anspruch zu nehmen. Bei manchen gelingt das über die „Wahlarzt-Schiene“: „Im Fall von Herrn K. war es so, dass er sich alles selbst finanzieren konnte, da brauchte man nur schauen. Wen gibt es da für Leute, und die Besten nehme ich mir.“ (P3)

„Menschen, die keinen finanziellen Hintergrund haben, und diese Erkrankung, da wäre es ganz schwer, die wieder in die Versorgung rein zu bringen. Bei Herrn L. war es die Ausnahme. Seine Eltern waren bereit jede Behandlung zu zahlen. So konnte er mittels Wahlärzten und Privat-Ergotherapie wieder in die Versorgung gebracht werden.“ (P8)

3.2 BEHANDLUNG UND DIAGNOSEN

Da psychische Erkrankungen meistens mit körperlichen Symptomen einhergehen, spielt nicht nur die Psychiatrie eine Rolle in der Patientengeschichte. Einen regelrechten „Ärztmarathon“ durchlaufen viele, die ihre körperlichen Symptome abklären: Steckt hinter dem Kopfschmerz oder dem Nervenzucken in der linken Gesichtshälfte ein Hirntumor? Hat der Schwindel etwa eine neurologische Ursache? Ist die chronische Müdigkeit und Antriebslosigkeit Folge einer Stoffwechselerkrankung? Wo kommen diese Schmerzen her – Panikattacke oder doch ein Herzinfarkt?

Die zuvor bereits erwähnten, jahrelangen „Ärzte-Odysseen“, die manche Patienten erlebt haben, sind kein Zufall. Vielmehr sind sie eine Nebenwirkung des Systems. Kritisiert wird die Eindimensionalität im Gesundheitswesen. Der Blick auf das Ganze und die interdisziplinäre Vernetzung der AkteurInnen fehlten in diesen Fällen vollkommen. Dabei wären diese für die Diagnosestellung und Behandlung von Symptomen so notwendig, ganz besonders bei Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Eindimensionalität, fehlende Vernetzung

„Der Neurologe schaut sich nur an, was auf der Überweisung steht. Dann kommt man drauf, das ist aber nicht das, was ihr weiterhilft. Sie geht wieder zum Hausarzt. „Dann machen wir die nächste Untersuchung.““ (P6)

„Jeder schaut sich seinen eigenen Bereich an und das war's dann auch. Und das ‚schnell schnell schnell, denn ich habe keine Zeit. Da habe ich keine Zeit mir noch andere Blickwinkel zu überlegen.‘ (...) Und das wären ja auch die neuen medizinischen Konzepte: (...) wir sollten multiprofessionell arbeiten: somatisch, psychologisch, das Soziale als ganz wichtigen Faktor, auch die körperbezogene Arbeit ist so wichtig. Und dann braucht man zwar anfangs etwas mehr Zeit, damit man

nicht nur das eine Symptom sieht, wie in diesem Fall: Aha, der hatte einen Herzinfarkt. Sondern zu fragen, was sind denn weitere Symptome? Dann kämen wir früher darauf und würden viele Ärzteodysseen verkürzen oder vermeiden.“ (P3)

Bei Herrn K. (P3) hatte dies zur Folge, dass er zwei Jahre lang mit den Symptomen seiner Angsterkrankung als Drehtürpatient von einer Stelle zur nächsten geschickt wurde, sich nicht ernst genommen fühlte und schließlich völlig frustriert gar nichts mehr in Anspruch nahm.

Begleitung braucht Zeit.

„Keiner ließ Herrn K. reden, seinen Dampf ablassen. Da wurde er vorher unterbrochen, ein Rezept ausgestellt und zu irgendeiner Untersuchung weitergeschickt. Doch erst nach diesem ‚Dampf‘ kommt dann die wertvolle Information.“ (P3)

Gutachten-Situationen

Die notwendige Zeit fehlt auch in Gutachten-Terminen. Für die MedizinerInnen ist diese Beurteilung alltäglich, für die Patienten allerdings ein Schlüsselereignis mit weitreichenden Folgen.

Der erst 28-jährige Herr L. (P8) hat neben Asperger Syndrom auch eine schwere, neurologische Erkrankung, die es nachweislich unmöglich macht, Vollzeit zu arbeiten. *„Durch diese neurologische Erkrankung hat er Schübe. Bei der Testung allerdings wird festgestellt, die Reflexe sind da, es geht: ‚Sie sind arbeitsfähig.‘ (...) denn mit dieser Erkrankung wirkt er bei der Begutachtung wie du und ich.“ (P8)*

Auch bei Frau M. (P5) bilden die vorhandenen Gutachten in keinsten Weise die Schwere und Vielzahl der vorliegenden Erkrankungen ab. Sowohl bezüglich Reha-Geld als auch beim Behindertenpass erfuhr Frau M. Ablehnung. Die betreuende Psychologin von pro mente OÖ war schockiert, wie die Gespräche mit den zuständigen GutachterInnen verliefen, bei denen sie die Migrantin begleitete:

„Der Arzt stellte eine Frage und Frau M. begann zu erzählen (...). Der Arzt unterbrach sie „Um das geht es ja jetzt gar nicht.“ Die Klientin fühlte sich verunsichert, und sagt schlussendlich gar nichts mehr. (...) Da ergeben sich oft ganz blöde Gesprächssituationen. Und unterm Strich kommt dann heraus, obwohl die Frau total krank ist und voll viel Unterstützung brauchen würde, dass die dann ganz ohne Hilfe da steht.“ (P5)

Fehlende Unterstützung ist für den Krankheitsverlauf ungünstig. Noch ungünstiger ist es, wenn die zugesagte Unterstützung plötzlich aus irgendeinem Grund abgesagt wird. So geschehen bei Herrn S. (P7), der ein Drogen- und Alkoholproblem hat. Bei der „standUp“ Beratungsstelle wurde zuerst monatelang in Kooperation mit verschiedenen Stellen dahingehend geplant, dass Herr S. ein bestimmtes Arbeitstraining ermöglicht wird. Im letzten Moment wurde allerdings die Finanzierung durch die PV aufgrund eines neuen Gutachtens abgesagt.

„Wir machen den Klienten ready für ein Arbeitstraining; das AMS ist eingebunden, das sozialpsychologische Beratungsnetz empfiehlt einen Weg, den alle Beteiligten mittragen. Alle wollten ihm eine Chance geben. Und dann steigt uns der Hauptfinanzier aus.“ (P7)

Dieser Rückschlag bedeutete wie schon so oft in diesem Lebenslauf: Keine Beschäftigung - Enttäuschung – ein frustriertes „Zurück zum Start“.

3.3 ZUGANGSBARRIEREN

Die Patientenkarrieren zeigen diverse Hürden auf, die eine optimale Versorgung behindern. Sowohl psychosoziale bzw. soziokulturelle Barrieren, als auch materielle und strukturelle Barrieren.

3.3.1 PSYCHOSOZIALE UND SOZIOKULTURELLE BARRIEREN

Soziale Isolation

Zum Teil leben die Patienten sozial isoliert, was die Inanspruchnahme und den Zugang von Seiten der Patienten beeinträchtigt. Frau T. (P2) zum Beispiel ist geschieden und lebt sehr zurückgezogen. Frau E. meidet seit ihrer Kündigung Sozialkontakte, weil sie sich fragt, *„Was denken die Leute, die sehen mich ja dann daheim, dass ich keine Arbeit mehr habe. Da*

gehe ich lieber nicht mehr vor die Türe.“ (P1) Manche hatten und haben aufgrund ihrer psychischen Erkrankung Probleme im Sozialkontakt (P4, P7, P8 und P9). Die folgenden Faktoren wirken negativ auf die Sozialkontakte.

„Selbstwertknick“

Bei allen beschriebenen Fällen zeigt sich, dass das Selbstvertrauen unter mehreren Jahren Arbeitslosigkeit stark gelitten hat.

„Dann fiel sie raus aus dem Job und dann ist das psychisch so belastend, weil Frau M. sich so über ihre Arbeit definiert hat, da entsteht so ein Selbstwertknick. Das geht dann häufig in depressive Phasen, Angsterkrankungen, Zwänge oder Psychosen über.“ (P5)

Patientenkarrieren von Enttäuschungen geprägt

Der Verlust der Erwerbsarbeit, das Ende jeder Schulung oder Maßnahme am Zweiten Arbeitsmarkt – ob durch Abbruch oder durch Befristung – und auch jeder negative Bescheid (Reha-Geld, Pension, Feststellbescheid für Behinderungen) ist mit Ungewissheit, Ohnmacht und Schamgefühl verbunden. Jedes dieser Ereignisse nagt am Selbstwert. Diese Personengruppe hat bereits viele solcher Erfahrungen gemacht:

„Zum Ende der Befristung ist der Klient dann wieder zuhause, fühlt sich wertlos, neuerliche Krise. Wir alle – jedes Unterstützungsangebot – beginnt dann wieder ganz von vorne.“ (P8)

Von Projekt zu Projekt

Frau T. (P2) und Frau H. (P6) – beide sind 58 Jahre alt – befinden sich sozusagen im Sinkflug Richtung Pension und hanteln sich seit Jahren von Projekt zu Projekt, denn ihre Chancen auf einen Job am Ersten Arbeitsmarkt gehen mittlerweile gegen null. Auch bei der 55-jährigen Frau E. (P1) und der schwer erkrankten Frau M. (P5) ist es unklar, ob sie noch Fuß am Arbeitsmarkt fassen können.

Herr B. (P4), Herr S. (P7), Herr L. (P8) und Herr F. (P9) sind zwar alle jünger, ihr Lebenslauf ist allerdings auch von zahlreichen abgebrochenen Maßnahmen geprägt. Zum Teil führt unkoordiniertes bzw. unsensibles Zubuchen von Seite des AMS dazu, dass die Klienten Maßnahmen und Trainings aufgrund von Überforderung abbrechen. Auch Projekte am Zweiten Arbeitsmarkt werden aufgrund des Gesundheitszustands oder aus Gründen fehlender Existenzsicherung nicht angetreten oder abgebrochen. Bis auf solche Abbrüche hin ein neuer Plan entwickelt ist, sind die Patienten in psychisch belastender Unsicherheit.

Reha-Geld-Absagen und weitere Enttäuschungen

In den Patientenkarrieren 1, 2, 5, 6, 7, 8 und 9 finden sich Anekdoten über Antragstellung, Hoffnung und Absage. Diese betreffen etwa die Ablehnung des Pensionsantrags oder des medizinischen Reha-Gelds, die fehlenden Voraussetzungen für die bedarfsorientierte Mindestsicherung, die Gutachten zur Arbeitsfähigkeit oder zum Nachweis einer Behinderung. In allen Fällen folgten diesen Ablehnungen erneute Krisenphasen, die sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirkten.

„Als Frau M. erstmals zur Beratung kam, hatte sie gerade eine Klage an die Pensionsversicherung laufen, weil sie einen Antrag auf Reha-Geld gestellt hatte, der negativ beschieden wurde. Die Frau war körperlich und psychisch am Ende, wollte sich umbringen.“ (P5)

Schamempfinden

Psychische Erkrankung als Tabu-Thema

Sich als „psychisch krank“ zu outen, wird nach wie vor als sozial unerwünscht betrachtet und kann eine Rolle bei der Inanspruchnahme spielen. Frau E. (P1) etwa besucht nicht den Psychiater in ihrem nächstgelegenen Nachbarort, sondern fährt lieber in die Stadt im Nachbarbezirk, aus Schamgefühl, denn sie möchte nicht, dass jemand Bekannter sieht, dass sie zum Psychiater geht.

Präsentismus

In mehreren Fällen (P1, P3, P5, P6) wird von Personen gesprochen, die sich Zeit ihres Lebens über die Karriere definierten und früher nie in Krankenstand gingen. Selbst, wenn Frau M. (P5) massive Schmerzen hatte, traute sie sich nicht in Krankenstand zu gehen.

Compliance

Versorgungssituation von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Erkrankungen

fehlende Einsicht

Fehlende Compliance, fehlendes Wissen oder Erkenntnis über die Sinnhaftigkeit der Leistungen zeigen sich als weitere Faktoren der Inanspruchnahme. Herr S. (P7) sieht zum Beispiel selbst kein Alkoholproblem bei sich, hat das Gefühl die Diagnose wäre ihm übergestülpt worden, und verweigerte die Therapieprogramme, die ihm vom AMS verpflichtend zuge- teilt wurden.

„Mechanistisches“ oder „biomedizinisches“ Körperbild

Jene Patienten, die über keine Erfahrung und kein Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen verfügen, haben große Nachteile. Bei Frau M. (P5) und Herrn K. (P3) war jeweils ein sehr mechanistisches, biomedizinisches Körperbild verankert. Es brauchte viel Arbeit der Gesundheits- und Psychoedukation, um diese Klienten zu ermutigen, Leistungen (wieder) in Anspruch zu nehmen.

Bei Herrn K. (P3) brauchte es Jahre, bis seine Angsterkrankung und die psychosomatischen Beschwerden als solche einge- ordnet und behandelt werden konnten. *„Ich bin ja nicht psychisch krank, ich bin nur ‚kopfdeppad‘. Und jetzt hab ich so einen mysteriösen Schwindel und war schon bei 15 Ärzten und keiner kann mir sagen, was das ist.“ (P3)*

Fehlendes Wissen

Fehlinvestitionen

Frau M. (P5) hat bis zu ihrem Burnout-Zusammenbruch über Jahre viel Geld bezahlt *„für Alternativbehandlungen, die nichts brachten, hätte aber Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen sollen.“*

„Die Klienten kommen da teilweise auf abenteuerliche Ideen (...) sie gehen zu irgendwelchen Schamanen, die ihnen sagen, ‚Die Tabletten brauchst du eh nicht nehmen, du bist eh so erleuchtet.‘ Dann hören die auf mit den Tabletten und rutschen wieder Vollgas in ihre Psychosen.“ (P3)

Informationsquellen

Patienten brauchen besonders in dieser Zielgruppe Hilfe um Informationen zu erhalten oder um auf die richtigen Leistun- gen zu kommen. *„Den Leuten ist es nicht bewusst, die schauen lieber in irgendwelchen abenteuerlichen Foren, bevor sie sich die offizielle Webseiten der Institutionen, zum Beispiel der Clearingstelle der Gebietskrankenkasse, ansehen.“ (P3)*

3.3.2 MATERIELLE UND STRUKTURELLE BARRIEREN

Materielle Barrieren

Finanzielle Möglichkeiten als Chance

Die erhobenen Patientenkarrerien haben unterschiedliche soziale und finanzielle Hintergründe. Herr K. (P3) hat trotz längerer Arbeitslosigkeit gute finanzielle Möglichkeiten. Frau E. (P1) und Frau H. (P6) erhalten finanzielle Unterstützung durch ihre Ehemänner. Die Eltern von Herrn B. (P4) und Herrn L. (P8) sind sehr bemüht und wollen die beste Versorgung für ihre Söhne, weshalb es sie keine finanziellen Einschränkungen erleben. Es kann hier eine engmaschige Versorgung ohne Rücksicht auf Selbstbehalte, Medikamentenkosten und Zuzahlung stattfinden.

In den vorliegenden Case studies konnten sich besonders jene, die in behüteten und stabilen Familienverhältnissen (P3, P4, P6) leben, mit Wahlarzt- und alternativmedizinischen Angeboten gut stabilisieren.

Armut als Hürde

Doch nicht jeder kann sich die Privatleistungen der Wahlpraxen leisten. Existenzsicherung hat bei mehreren Fällen (P5, P7, P9) sogar die oberste Priorität. Die Gesundheitsversorgung tritt bei ihnen an zweite Stelle.

Der Kostenfaktor stellt hier eine große Barriere und Grund dar, dass Leistungen nicht in Anspruch genommen werden.

Herr F. (P9) trat etwa die zugesagte ambulante Reha-Maßnahme nicht an, weil sich herausstellte, dass er für diese Wo- chen keine existenzsichernden Bezüge bekommt: *„Herr F. hätte das dann machen können, doch er hätte in diesen Wo- chen tatsächlich null Euro Bezug gehabt. Er hatte keinen Krankengeldbezug, weil er ausgesteuert war, und kein AMS-Geld, denn da ist er ja krank geschrieben, das heißt sechs Wochen Reha ohne Bezug. Da ist dann die Wohnung weg.“ (P9)*

Auch für Frau M. (P5) stellen jegliche Kosten ein großes Problem dar, denn sie lebt mit ihrer Tochter am Existenzminimum. Ein Konsiliarpsychiater wurde aufgrund der akuten Suizidgefahr von pro mente OÖ kontaktiert und finanziert.

Frau M. (P5), Herr S. (P7), Herr L. (P8) und Herr F. (P9) haben aus verschiedenen Gründen keinen Anspruch auf Mindestsicherung. Die Notstandshilfe fällt je nach Dauer der Arbeitslosigkeit unterschiedlich aus.

Fahrtkosten

Fahrtkosten waren für Herrn S. (P7) aus dem Bezirk Rohrbach ein großes Problem. Im Fall der Beratungsmaßnahme („standUp“) hätte Herr S. die Fahrtkosten nach Linz (pro Monat rund 180 Euro) selbst tragen müssen, was angesichts seines geringen Einkommens unfinanzierbar gewesen wäre. Nach Intervention durch die Beraterin wurde mit einer Ausnahmeregelung die Kostenübernahme durch das AMS ermöglicht.

Strukturelle Barrieren im System

Die Analyse der einzelnen Patientengeschichten zeigt Hinweise auf Versorgungslücken und Nahtstellenprobleme.

Wartezeiten

Die Wartezeit auf einen Termin bei KassenfachärztInnen für Psychiatrie variiert je nach Mediziner stark. Bis zum ersten Termin dauert es rund ein bis drei Monate und anschließend sind Termine vierteljährlich möglich. In akuten Krisen würden Patienten die Termine viel früher und in einer kürzeren Frequenz brauchen.

Auf einen kostenlosen Psychotherapieplatz muss laut den Befragten aktuell sechs Monate bis zu einem Jahr gewartet werden. Es wird betont, wie wichtig gerade für diese Zielgruppe das kostenlose Angebot von Psychotherapie ist, und dass ein höherer Bedarf wäre.

Wartezeiten für Tagesklinik-Aufenthalte sind beispielsweise beim Neuromed Campus ca. sechs Monate. In Bezug auf Tageskliniken wird eine Tendenz wahrgenommen, jüngere, arbeitsmarktnahe Menschen eher zu fördern. Etwa bei der Tagesklinik Freistadt: *„Wir merken, dass sie bei den Jungen mehr Druck machen, dass die schneller einen Termin bekommen. Ältere müssen länger auf Termine warten und werden auch schneller wieder entlassen.“* (P6)

Pausen und Versorgungslücken

Durch die Wartezeiten ergeben sich oft betreuungslose Lücken. Bei manchen zwischen der Krisenbegleitung und der Psychotherapie, bei anderen zwischen der Rehabilitation und der Psychotherapie.

„Sozialberatungsstellen übernehmen eine wichtige Funktion in der Krisenbegleitung. Bei Todesfällen, Arbeitsverlust, allen Formen von Lebenskrisen. Bis zu 10 Gespräche. Dann wäre in vielen Fällen die Überleitung in eine Psychotherapie nötig. Es entsteht allerdings häufig bis zur Psychotherapie eine Lücke. Auch auf einer Reha in Gruppen werden Dinge in Gang gebracht, eigentlich sollte es danach gleich nahtlos weitergehen. Die lange – zum Teil unbegleitete - Wartezeit bis zur Psychotherapie nach einer Reha oder auch nach der Krisenberatung ist daher problematisch.“ (P1)

In Übergangsphasen können Lücken der psychosozialen Betreuung entstehen, wie bei Herrn F. (P9), der seit dem Auslaufen von „standUp“ keine regelmäßige Sozialberatung bekommt. Bei ihm ist noch unklar, ob er Reha-Geld bewilligt und damit Termine im Case Management bekommt, oder nicht. Bei Menschen, die sehr großen Unterstützungsbedarf haben und ohne regelmäßige Sozialberatung aus dem Versorgungsnetz aussteigen würden, können Lücken bei der psychosozialen Beratungsarbeit schwere Gesundheitsfolgen haben.

Ungünstige Phasen im Krankheitsverlauf oder in der Patientenkarriere

Wenn Therapie-Maßnahmen zur falschen Zeit oder ohne Vorbereitung erfolgen, so können sie unter Umständen wenig Wirkung zeigen. Zum Beispiel sollten manche Patienten vor einem Rehabilitationsaufenthalt einmal vorab soweit therapeutisch vorbereitet werden, dass sie überhaupt die Therapien der Reha annehmen können. Etwa, wenn die Einsicht zur eigenen Erkrankung noch nicht gegeben ist.

„Einerseits haben wir manchmal das Problem, dass Menschen zu spät in medizinische Versorgung kommen, andererseits gibt es – wie in diesem Fall – auch manchmal das Problem: Dieser Mann hat sich ein ganzes Leben lang nie mit dem Thema psychische Erkrankungen beschäftigt, hatte auch gar keine Bezugspunkte. Jetzt war das für Herrn K. so komisch und so

unvorstellbar, was denn eine psychische Krankheit ist, dass das im Sonnenpark⁶ noch zu früh war. Die Therapien machten noch keinen Sinn.“ (P3)

In den Patientenkarrieren zeigten sich auch Phasen, in denen tagesklinische Interventionen weniger Sinn machen. Etwa war bei Frau H. (P6) zum Zeitpunkt der tagesklinischen Behandlung noch nicht klar, ob sie Einspruch gegen die Rehageld-Ablehnung erhebt. *„Die Ärzte in Freistadt befanden es für kontraproduktiv, solange alles in der Schwebe ist, und beendeten nach 3 Wochen die Tagesklinische Behandlung.“* (P6)

Fehlende Stabilität als Barriere

Handelt es sich um eine massive Lebenskrise, so muss der betroffene Mensch noch vor Beginn einer Psychotherapie stabilisiert werden. Erst wenn der Mensch wieder Struktur, emotionale Stabilität und etwas Abstand zur Krise hat, wird es möglich zu reflektieren, sich auf einer anderen Ebene damit auseinanderzusetzen und *„...dazu ist nach einer Krise eine gewisse Zeit notwendig, in Begleitung wieder zu einem Zustand zu kommen,(...) dass man auch wieder ein bisserl was aushält, denn da kommt man dann auch an Punkte, die nicht so angenehm sind.“* (P1)

Eine Vorbereitung im Sinne von Psychoedukation ist auch bei Klienten wie Herrn K. (P3) erforderlich. Er hatte ein sehr biomedizinisches Gesundheitsbild und litt nach einem Herzinfarkt plötzlich unter Panikattacken und Angststörungen. Die Psychotherapie zum ungünstigen Zeitpunkt brachten bei ihm keine Erfolge.

Informationsdefizite zur Psychotherapie

Sozialberatungsstellen übernehmen häufig die Aufklärung über und die Vorbereitung auf Psychotherapie. Diese Aufklärung wäre aber für alle wichtig, die vor einer Psychotherapie stehen, um den Therapieerfolg zu fördern, lautet eine Forderung.

„Die Leute haben relativ wenig Information dazu, was eine Psychotherapie ist und werden bei der Überweisung auch nicht informiert. Es erfordert hier eine bessere Aufklärung. (...) Psychotherapie ist kein Allheilmittel. Das ist nicht etwas, das ich einnehme, wie eine Tablette. Ich muss selbst bereit sein, mich mit mir selbst auseinanderzusetzen. Das kann ich nicht auf Auftrag machen.“ (P1)

3.3.3 CHANCEN

Wichtige Schlüsselpositionen

Die sozialpsychologischen Beratungseinrichtungen sowie die Primärversorger haben sich in mehreren Fällen als essenzielle Begleiter in den Patientenkarrieren erwiesen.

Für Frau H. (P6) etwa war der Hausarzt während ihrer akuten Krise der einzige greifbare Experte. Über die Primärversorgung bekam sie eine Erstdiagnose sowie Zugang zu Information und Hilfe. Während der Wartezeit auf den Facharzttermin sicherte ihr Hausarzt die medikamentöse Versorgung und verwies sie zur psychosozialen Krisenberatung Exit.

Die sozialpsychologischen Beratungseinrichtungen übernahmen in den analysierten Fällen wichtige Aufgaben:

- Stabilisieren in der ersten Krisenphase (Versorgungslücken schließen)

„Wenn weiter im Sozialbereich gespart wird, können nur die Kosten im Gesundheitsbereich steigen. Auch wenn Menschen mit Suiziddrohungen kommen, federn wir sehr viel ab. Wir haben zum Beispiel bei Exit Sozial nur ganz wenige Zwangseinsweisungen.“

- Vorbereiten auf Therapien und das Nachbetreuen nach stationären Aufenthalten oder Maßnahmen
- Unterstützen und leiten im „Dschungel des Systems“

„Die Hürden, die ich beschreibe, das klingt im Nachhinein so banal – das war halt so – Aber bis wir das alles herausgefunden haben, bin ich als Beraterin intensiv beschäftigt. Und das gelingt den Klienten auch selbst gar nicht mehr. Dieser Dschungel, sich da durchzuhanteln, ohne Unterstützung gelingt das nicht.“ (P9)

- Fördern der Compliance und Inanspruchnahme

⁶ Rehabilitation mit psychotherapeutischen Gruppensitzungen

„Ich habe mit dem Klienten ein halbes Jahr nur an dieser Akzeptanz und an der Compliance gearbeitet, bin dann mit ihm ins Psychoedukative gegangen (...) Das hat lange gedauert, bis er es annehmen konnte. Danach konnte er die Angsterkrankung annehmen und Gesundheitsleistungen sinnvoll nutzen.“ (P3)

Die Einrichtungen der psychosozialen Beratung oder im Fall von Reha-Geld-BezieherInnen das Case Management haben mit diesen Aufgaben wichtige Schlüsselpositionen in der Gesundheitsversorgung.

„Solange die Klienten in einer sozialpsychologischen Betreuungssituation sind, kommen die Leistungen an, weil da miteinander geschaut wird.“ (P2)

„Arbeit kann gesund machen“

Arbeit und Existenzsicherung spielen neben der Gesundheitsversorgung die wichtigste Rolle. Die Patientenkarrieren sind stark von den Hochs und Tiefs in Bezug auf die Beschäftigungssuche beeinflusst.

Herr K. (P3) ist der einzige der dokumentierten neun Fälle, der bisher wieder auf den Ersten Arbeitsmarkt zurückgekehrt ist. Bei allen anderen ist es noch vollkommen offen, bei manchen sehr unwahrscheinlich, dass sie Arbeit bekommen.

„...Es gibt einfach Menschen, die nicht 100% arbeitsfähig sind. Denen bringt die gute Konjunktur am ersten Arbeitsmarkt rein gar nichts. Denn den kann ich weder auf Baustellen schicken, noch in die Küche stellen noch sonst irgendwas.“ (P3)

Aufgrund der Erkrankung gelingt der Umstieg in den Ersten Arbeitsmarkt oft nicht und die Personen hanteln sich von Projekt zu Projekt. Hier setzen einige Appelle an, die in den Interviews genannt wurden. Verbesserungen in den folgenden Punkten wären von großer Bedeutung:

Für jene Patienten, die gute Chancen für eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben am Ersten Arbeitsmarkt haben:

- **Praktika und Arbeitserprobungen** sind für diese Personengruppe sehr wichtig, auch um Selbstvertrauen zu gewinnen
- 20 Stunden **Teilzeitarbeit** ist bei Menschen mit psychischen Erkrankungen teilweise möglich und wird auch mittels arbeitsdiagnostischen Maßnahmen empfohlen, doch es fehlt die Existenzsicherung bei Teilzeit, wenn kein Anspruch auf Mindestsicherung besteht.

„Ohne die Mindestsicherung kann der Herr S. aber von 20 Stunden nicht leben. (...) Sollte es in Richtung Teilzeit gehen, bräuchten wir eine Wohneinrichtung, damit er sich das leisten kann, sonst wird er immer wieder rausfallen.“ (P7)

„Wäre es nicht, so wie es einen Teilzeit-Krankenstand gibt, möglich, dass man nicht über BMS sondern über die GKK aufstockt für Menschen, die keinen Anspruch auf Mindestsicherung haben?“ (P8)

Für jene Patienten, die weniger belastbar sind:

- **Arbeitstrainings** - Problem der Befristungen. Viele müssen abbrechen.
„... die können nicht Vollzeit. ATZ ist aber Vollzeit. ITM⁷ ist aber so wenig und befristet.“ (P3)
„Das Arbeitstraining im Büro 20 Stunden war für ihn ideal. Er ist ja überaus intelligent und IT-begabt. Er wäre der perfekte Netzwerker, der daheim seine Arbeit verrichtet und könnte dermaßen gut arbeiten, bis hin zur Forschung. Er hat aber seine Phasen im Verlauf des Vormittags, wo es schlechter ist, aufgrund seiner Neuropathie-Erkrankung, wo er dann einschläft. Das ATZ sagte, den Übergang auf den Vollzeit-Betrieb schafft er nicht. Deren Ziel ist ja erster Arbeitsmarkt Vollzeit. So fiel er aus der Maßnahme.“ (P8)
- **Zweiter Arbeitsmarkt allgemein und Sozialökonomische Betriebe**
→ Problem der Befristung, fehlende qualifizierte Tätigkeiten:
Sozialökonomische Betriebe gibt es ab 2019 in Linz gar nicht mehr, es gibt sehr wenig Angebot. Diese wenigen Arbeitsplätze sind in Produktionsbetrieben. „An die Nähmaschine könnten wir ihn nicht setzen, schon alleine wegen seiner Motorik. Es gibt keine Büro-Arbeitsplätze, keine qualifizierten Tätigkeiten, wie Herr L. es brauchen würde.“ (P8)
- **Geschützter Arbeit über das Chancengleichheitsgesetz** (unbefristete Jobs)
→ keine qualifizierten Tätigkeiten und allgemein wenig Angebot

⁷ ATZ: Arbeitstrainingszentrum zur Reintegration ins Arbeitsleben; ITM: Individuelle Trainingsmaßnahme

Außerdem ist das Problem, dass in der Personengruppe mit psychischen Erkrankungen viele keine Arbeitsunfähigkeit beschieden bekommen.

Für jene, die aus allen Maßnahmen und Schulungen fallen:

- Möglichkeiten für **stundenweise Arbeit im Geschützten Bereich** → gibt es zurzeit nicht
„Derzeit gibt es keine Möglichkeiten einer stundenweisen Beschäftigung im geschützten Bereich. Diese wären aber nötig um die Belastbarkeit auszuprobieren und zu üben. Derzeit ist das nur über Chancengleichheitsgesetz möglich (zB Pro mente Keramik), aber nicht über die AMS Schiene; Für geschützte Arbeit in Teilzeit wäre ein Feststellbescheid notwendig; Arbeitsunfähigkeit müsste bescheinigt sein – Herr S. ist aber nicht arbeitsunfähig, weil AMS gemeldet.“ (P7)

... auch im Sinne einer „**Arbeitstherapie**“

„Wir bräuchten die Möglichkeit der stundenweisen Beschäftigung außerhalb des Chancengleichheitsgesetzes, die flexibel zu handhaben ist. Wo ich kommen kann, wenn es mir gut geht. Wo ich auch bleiben kann und Taschengeld bekomme. (...) Im Sinne einer ‚Arbeits-Therapie‘. Die Idee dahinter: ‚Arbeit könnte auch gesund machen.‘“ (P8)

Unbefristete Plätze in Teilzeit – auch mit qualifizierten Tätigkeiten – sowie Möglichkeiten der stundenweisen Beschäftigung wären also von großer Bedeutung, um diese Menschen wieder aus der Isolation zu holen, Arbeit zu ermöglichen und für mehr Chancengerechtigkeit zu sorgen.

Literaturquellen:

Pfaff, H./ Pförtner, T.-K. (2016): Der Beitrag der Versorgungsforschung zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheit und in der Versorgung. In: Gesundheitswesen 2016; 78: 91-96

Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, 5., überarb. Aufl., Weinheim [u.a.]: Beltz