



**GBE**  
>> Fokus



# „Sichtbar“

Bericht zur Lebenslage von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in München

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

Studienleitung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung  
Kurzbericht





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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beatrix Zurek  
Gesundheitsreferentin

## **„Sichtbar“**

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

Studienleitung: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung

### **Kurzbericht**

**Mitglieder des Studienteams | Autorenteam:**

## Inhalt

1.	Einführung .....	3
2.	Häufigkeit psychischer Erkrankungen in München und zentrale Barrieren.....	4
2.1.	Häufigkeit psychischer Erkrankungen in München .....	4
2.2.	Zentrale Barrieren im Überblick .....	7
3.	Handlungsfeld: Behandlungs- und Unterstützungssystem .....	8
4.	Handlungsfeld: Arbeit und wirtschaftliche Lage .....	11
5.	Handlungsfeld: Wohnen und Wohnumfeld .....	14
6.	Handlungsfeld: Soziale Beziehungen und Soziale Teilhabe.....	16
7.	Handlungsfeld: Stigmatisierung und Diskriminierung.....	18
8.	Handlungsfeld: Übergeordnete Aspekte.....	19
9.	Handlungsempfehlungen des Studienteams .....	21

## 1. Einführung

**Zielsetzung des Berichts.** Im Rahmen des zweiten Aktionsplans der Landeshauptstadt München zur Umsetzung der UN-Konvention von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) wurde die Studie „Sichtbar“ durchgeführt. Im Mittelpunkt der Studie steht die Frage: „Wie leben Menschen mit psychischen Erkrankungen“ in München? Konkret soll die Studie die Lebenslagen dieses Personenkreises beschreiben und die spezifischen (Teilhabe-) Barrieren systematisch „sichtbar“ machen, denen sich betroffene Menschen in ihrem Lebensalltag in München gegenübersehen. Ziel war es, fundierte Informationen sowohl zu den faktischen Lebensbedingungen als auch zu deren Erleben und Bewertung durch die Betroffenen zu generieren. Auf Grundlage der empirischen Analysen galt es zweitens, konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Lebenssituation psychisch erkrankter Personen zu entwickeln. Die Studie fokussiert dabei auf Handlungsfelder, in denen die Landeshauptstadt München über eigene Steuerungsmöglichkeiten verfügt.

Seit Oktober 2023 liegt der Bericht zur Studie vor. Diese Kurzfassung soll einen Überblick über die Methodik der Studie geben, die Ergebnisse aus Daten und Interviews skizzieren und die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen vorstellen. Der ausführliche Bericht auch mit Interviewauszügen steht unter <https://stadt.muenchen.de/infos/gesundheitsberichte.html> zum Download zur Verfügung.

**Inhaltliche Gestaltung.** Der ausführliche Gesamtbericht der Studie gliedert sich in acht Kapitel:

- In Kapitel 1 wird das methodische Vorgehen skizziert. Besondere Beachtung wird dabei dem innovativen, partizipativen Co-Forschungsprozess als dem „methodischen Herzstück der Studie“ geschenkt. Ergänzend befasst sich das Kapitel mit der Frage „Gibt es einen neutralen Begriff, um über Menschen mit psychischen Erkrankungen zu sprechen?“
- Im Mittelpunkt von Kapitel 2 stehen die Häufigkeiten von psychischen Störungen sowie die Frage, wie Betroffene ihre psychischen Beeinträchtigungen erleben.
- Kapitel 3 skizziert das Behandlungs- und Unterstützungssystem, das psychisch beeinträchtigte Personen in München vorfinden. Dabei wird auf drei Personengruppen näher eingegangen, die erfahrungsgemäß schwerer Zugang zu (sozial-)psychiatrischen Hilfen finden (Menschen mit Migrationshintergrund, LGBTIQ\*, Angehörige).
- Kapitel 4 fokussiert auf die Themen Arbeit und Berufstätigkeit und auf die wirtschaftliche Lage (Stichwort: Armut) der im Rahmen der Studie befragten betroffenen Personen.
- Kapitel 5 referiert die Ergebnisse zum Bereich Wohnen und Wohnumfeld. Hierbei wird auch kurz auf die Wohnungslosigkeit als Herausforderung für die (Sozial-)Psychiatrie eingegangen.
- Kapitel 6 wendet sich dem Themenfeld „Soziale Beziehungen und soziale Teilhabe“ zu, in dessen Rahmen neben Aktivitäten im Freizeit-/ Kulturbereich auch die Handlungsfelder Mobilität und Digitalisierung angesprochen werden.
- Im Mittelpunkt von Kapitel 7 („Stigmatisierung und Diskriminierung“) stehen die konkreten Diskriminierungserfahrungen, die die von uns Befragten berichteten. Ergänzend wird die Zufriedenheit mit behördlichen Dienstleistungen bzw. genauer: mit der Art und Weise ihrer Erbringung dargestellt.
- Kapitel 8 fasst die Erkenntnisse der Studie in Form von allgemeinen Handlungsbedarfen und konkreten Handlungsempfehlungen zusammen. Die vom partizipativen Studienteam entwickelten Handlungsempfehlungen des Endberichtes werden im vorliegenden Kurzbericht vollständig übernommen.

Der vorliegende Kurzbericht folgt im Wesentlichen dem Aufbau des Gesamtberichts.

**Zielgruppenverständnis.** Sieht man von der Befragung mit Unterstützung des Zentrums Bayern, Familie und Soziales (ZBFS) (siehe Abschnitt „Methodik“) und den von der Auftraggeberin vorgegebenen Altersbegrenzungen (18-75 Jahre) einmal ab, wurde auf eine strikte Operationalisierung der Zielgruppe verzichtet. Stattdessen wurde – auch und gerade bei der Suche nach psychisch erkrankten Gesprächspartner\*innen – das Eigenerleben als Kriterium in den Mittelpunkt gestellt: Personen, die ihre Teilhabechancen aufgrund einer psychischen Erkrankung als längerfristig beeinträchtigt bewerteten, wurden als Teil der Zielgruppe definiert. Die damit einhergehende Unschärfe wurde bewusst in Kauf genommen. Dies schien auch vor dem Hintergrund der übergeordneten Zielsetzung – der Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen – gerechtfertigt.

**Methodik.** Der vorliegende Bericht zur Lebenslage von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen speist sich aus mehreren Datenquellen – schriftlichen Befragungen, Interviews mit Betroffenen sowie mit professionellen Akteur\*innen in der Dienstleistungslandschaft und aus sekundärstatistischen Analysen (vor allem Daten des Bezirks Oberbayern, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) sowie der Rentenversicherungsträger). Die über das Zentrum Bayern Familie und Soziales organisierte schriftliche Befragung von Menschen mit einer anerkannten seelischen Behinderung wurde im letzten Quartal 2021 durchgeführt (n=443); die offene Online-Befragung, an der sich jede Person unter Angabe ihrer Rolle (selbst Betroffene\*r, Angehörige\*r, Fachkraft, interessierte\*r Bürger\*in) beteiligen konnte, Ende 2022 (n=1.666). Ergänzend wurden mit 30 unmittelbar Betroffenen, 36 Fachkräften und vier Angehörigen Leitfadenterviews durchgeführt. Trotz der Corona-Pandemie mit ihren Kontaktbeschränkungen gelang es, die meisten Gespräche *face-to-face* durchzuführen.

**Partizipative Ausrichtung der Studie.** Aufgrund der partizipativen Ausrichtung der Studie bestand das Studienteam aus zwei Mitarbeitern des beauftragten Instituts, der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Gesundheitsreferats sowie aus 8 Expert\*innen aus Erfahrung. Das Studienteam war an allen Schritten des Forschungsprozesses beteiligt. Das Studienteam wurde eng von einem Studienbeirat begleitet, der sich aus Vertreter\*innen ambulanter und stationärer Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen/-vertretungen sowie Fachstellen der Landeshauptstadt München zusammensetzte. Ebenso wurden die Querschnittsstellen (Migration, Frauengleichstellung, LGBTIQ\*) und der Behindertenbeirat der Landeshauptstadt München kontinuierlich in den Prozess eingebunden.

## 2. Häufigkeit psychischer Erkrankungen in München und zentrale Barrieren

### 2.1. Häufigkeit psychischer Erkrankungen in München

**Abrechnungsdaten der ambulanten Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns - KVB-Daten.** Im Jahr 2021 wurde bei rund 274.000 in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Münchner Bürger\*innen (ab 18 Jahren) in mindestens zwei Quartalen (M2Q) mindestens eine psychische oder Verhaltensstörung (F-Diagnose) ambulant diagnostiziert. Das entspricht einem Anteil von 27,1% an allen Münchner GKV-versicherten Erwachsenen mit mindestens einem Arztbesuch im Bezugsjahr. Diese Anteile entsprechen recht gut den Jahresprävalenzen, die für den Freistaat Bayern bzw. die Bundesrepublik Deutschland auf Basis der kassenärztlichen Daten in den letzten Jahren berichtet wurden.

Am häufigsten wurden neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie affektive Störungen diagnostiziert. Bei Letzteren standen wiederum depressive Episoden sowie Angststörungen im Vordergrund.

Teilweise lassen sich diagnosespezifische Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennen, so werden beispielsweise affektive Störungen (F30-39) häufiger bei Frauen, während etwa psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) häufiger bei Männern diagnostiziert werden.

Mit zunehmendem Alter der Versicherten steigt auch der Anteil der festgestellten F-Diagnosen in der ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter in München.

Der Anteil der Münchner GKV-Versicherten ab 18 Jahren mit F-Diagnosen (gesamt) in der ambulanten Versorgung ist im zeitlichen Verlauf von 2015 bis 2021 hinweg stabil - für beide Geschlechter.

**Abbildung 1: Prävalenz von psychischen Erkrankungen in München: ausgewählte F-Diagnosen in der ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter ab 18 Jahren in München im Jahr 2021**

*Anteil der Münchner GKV-Versicherten (ab 18 Jahren) mit ambulanten F-Diagnosen in mindestens zwei Quartalen (M2Q) an allen GKV-Versicherten mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr 2021 (Mehrfachdiagnosen möglich)*

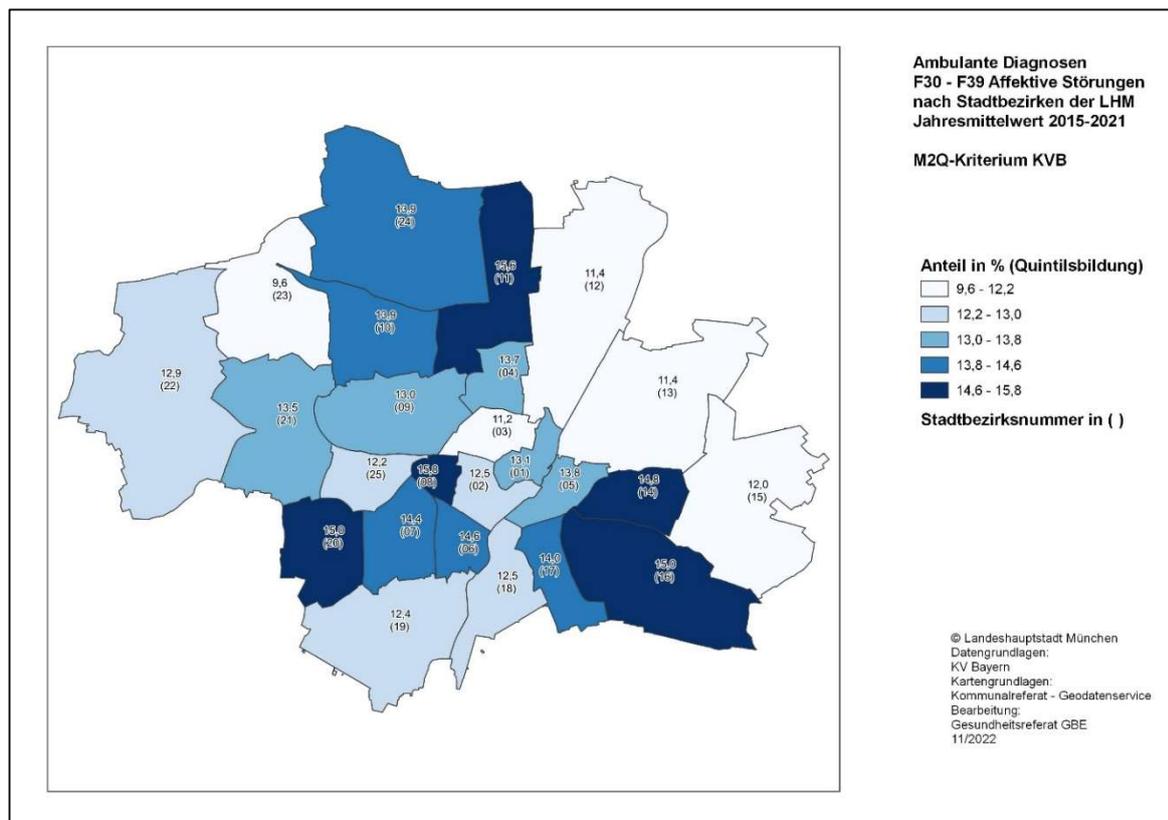
F-Diagnose Schlüssel	insgesamt		Geschlecht in %	
	absolut	in %	weiblich	männlich
<b>F-Diagnosen insgesamt</b>	273.896	27,1	30,4	23,0
<b>Hauptdiagnosegruppen</b>				
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	20.774	2,1	2,3	1,7
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	47.955	4,7	3,9	5,8
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	9.176	0,9	0,9	0,9
Affektive Störungen (F30-F39)	130.611	12,9	15,5	9,7
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	156.872	15,5	18,8	11,4
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	24.999	2,5	2,2	2,8
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	12.087	1,2	1,3	1,0
<b>Spezifische Diagnosen</b>				
Depressive Episode (F32)	97.656	9,7	11,6	7,1
Somatoforme Störungen (F45)	69.713	6,9	8,4	5,0
Phobische und Angststörungen (F33-F34)	52.860	5,2	6,3	3,8
PTBS und Anpassungsstörung (F431-F432)	36.342	3,6	4,4	2,6
Demenz (F00-F03)	13.792	1,4	1,6	1,1
Schizophrenie (F20)	5.213	0,5	0,5	0,6
Zwangsstörung (F42)	4.274	0,4	0,4	0,4

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

wenngleich eine F-Diagnose keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die Alltagskompetenzen der Betroffenen oder die Schwere der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen mit Blick auf die gesellschaftliche und wirtschaftliche Teilhabe zulässt bzw. die genannten Prävalenzen den Anteil der Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in ihren Alltagsaktivitäten *erheblich* beeinträchtigt sind, wohl deutlich überschätzt und die KVB-Daten als ‚Prozessdaten‘ auch methodische Limitationen aufweisen, verdeutlichen die Zahlen doch die Bedeutung des Themas der vorliegenden Studie (Beschreibung der Lebenslagen psychisch erkrankter Personen und Sichtbarmachung ihrer Teilhabebarrrieren).

Die Anteile der GKV-Versicherten mit ambulanter F-Diagnose unterscheiden sich nach Stadtbezirken: Für 2021 weisen die KVB-Daten mit Blick auf die gesamten F-Diagnosen eine Spannweite zwischen 23% und 31% in den Stadtbezirken aus. Aufgezeigt wird dies nachfolgend beispielhaft anhand der GKV-Versicherten, bei denen in mindestens zwei Quartalen eine affektive Störung (F30-F39) diagnostiziert wurde – berechnet als Jahresmittelwert über die Jahre 2015-2021. Gemessen am Anteil an allen Arztbesucher\*innen der jeweiligen GKV-versicherten Stadtbezirksbewohner\*innen ergeben sich diesbezüglich Anteile zwischen 9,6% (Stadtbezirk 23) und 15,8% (Stadtbezirk 8). Vergleichsweise höhere Werte weisen neben dem Stadtbezirk 8 Schwanthalerhöhe auch die Stadtbezirke 11 Milbertshofen-Am Hart, 20 Hadern, 16 Ramersdorf-Perlach und 14 Berg am Laim auf. Dagegen verzeichnen neben dem Stadtbezirk 23 Allach-Untermenzing auch die Stadtbezirke 3 Maxvorstadt, 12 Schwabing-Freimann, 13 Bogenhausen und 15 Trudering-Riem vergleichsweise niedrigere Werte.

**Abbildung 2: Anteil GKV-versicherter Münchner Erwachsener mit F30-39 Diagnosen (Affektive Störungen) in mindestens zwei Quartalen an allen GKV-versicherten Arztbesucher\*innen nach Stadtbezirken, Jahresmittelwert 2015-2021, Quintile**



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

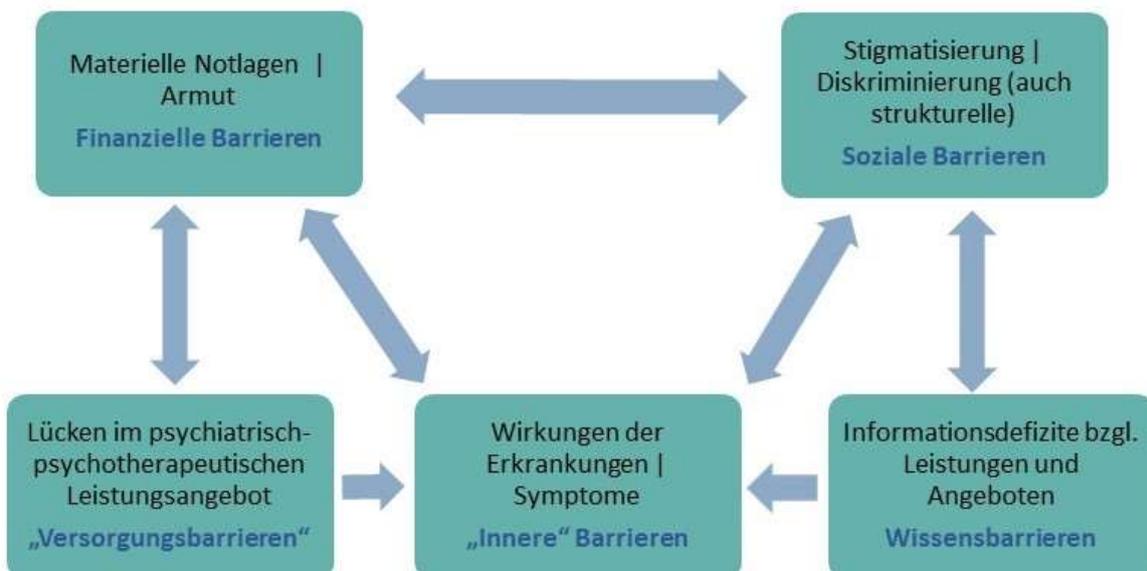
Dabei lassen sich auf aggregierter Ebene der Stadtbezirke auch Zusammenhänge mit der sozialen Lage (als Anteil von ALG-II Empfänger\*innen) aufzeigen.

## 2.2. Zentrale Barrieren im Überblick

Im Rahmen der Studie sind viele Herausforderungen sichtbar geworden, denen sich psychisch beeinträchtigte Personen gegenübersehen und die ihre Teilhabe am Alltagsleben verhindern oder zumindest erschweren. Letztendlich lassen sich fünf Kategorien übergeordneter Barrieren unterscheiden, die in einem engen Wechselverhältnis zueinanderstehen:

- **„Innere Barrieren“** als Folgewirkungen der Beeinträchtigungen psychischer Funktionsfähigkeiten selbst, die z.B. negativ auf die Fähigkeiten der Kontaktaufnahme und die Aufrechterhaltung von Kontakten sowie die Alltagsbewältigung zurückwirken können.
- **„Soziale Barrieren“**, sprich: Stigmatisierungen im Alltag und strukturelle Diskriminierungen (z.B. auf dem Arbeits-, Wohnungsmarkt oder in Behördenkontexten), die als Folge von Vorurteilen, Ängsten bzw. mangelnden Wissens um psychische Krankheiten gedeutet werden können – Erfahrungen, die ihrerseits wiederum die eigene Identität Betroffener nachhaltig in Frage stellen (Stichwort: Selbststigmatisierung), die Einbindung in soziale Netze unterminieren oder den Zugang zu Leistungsrechten und Ressourcen einschränken können.
- **„Finanzielle Barrieren“**, sprich: materielle Notlagen (Armut“), insofern sie die Teilhabe an grundlegenden gesellschaftlichen Aktivitäten (z.B. im Freizeit- und Kulturbereich) (zusätzlich) erschweren bis verhindern. Dies muss vor dem Hintergrund der deutlich höheren Armutsbetroffenheit von psychisch erkrankten Personen gesehen werden.
- **„Wissensbarrieren“**, also teilweise ausgeprägte Informationsdefizite bei Betroffenen um die vorhandenen Dienstleistungs- und Unterstützungsangebote.
- **„Versorgungsbarrieren“**, also Lücken und Defizite im psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungs- und Unterstützungsangebot.

**Abbildung 3: Zentrale Barrieren für psychisch beeinträchtigte Menschen im Überblick**



Quelle: SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung.

### 3. Handlungsfeld: Behandlungs- und Unterstützungssystem

Als zentrale empirische Ergebnisse und Handlungsbedarfe der Studie lassen sich festhalten:

- **Strukturen.** Die Münchner Angebote zur Beratung, Behandlung und Teilhabe für psychisch beeinträchtigte Menschen genügen vom Grundsatz her hohen Ansprüchen. Gefragt, wo sie die größten Lücken sähen, monierten Betroffene vor allem das ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Teilsystem, genauer: das Fehlen von Therapieplätzen bzw. die Schwierigkeit, sich zeitnah in Therapie begeben zu können.

In struktureller Hinsicht wurden im Rahmen der Studie zudem folgende Handlungsbedarfe erkennbar:

- Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) verfügen nur vereinzelt über Fachärzt\*innen für Psychiatrie und Psychotherapie. Etliche unserer Gesprächspartner\*innen bedauerten dies ausdrücklich, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass Psychiater\*innen noch einmal eine andere Kenntnis zu somatischen Begleiterkrankungen mitbrächten. Ein ähnliches Defizit wurde auch mit Blick auf den Krisendienst formuliert.
- Bei Wartezeiten auf ambulante Psychotherapien von nicht selten sechs bis neun Monaten sind Angebote zur Überbrückung der Wartezeit in Form von unterstützenden Gesprächen mit Peers, EX-IN-ler\*innen oder professionellen Helfer\*innen zentral. Hier besteht Handlungsbedarf. Dass SpDis und andere Akteure bereits entsprechende Überbrückungen anbieten, kann die Lücke nicht schließen.
- Das derzeit praktizierte stationäre Entlassmanagement ist zweifelsohne verbesserungswürdig. Immer wieder werden Patient\*innen entlassen, ohne dass die Anschlussversorgung in der eigenen Häuslichkeit gesichert wäre. Dies stellt insbesondere für Angehörige häufig eine große Belastung dar.
- Ergotherapie hat grundlegende Bedeutung für die Stärkung der Alltagskompetenzen psychisch beeinträchtigter Personen und ist Teil vieler institutioneller Behandlungsangebote. Mobile Ergotherapie in der Häuslichkeit ist bedeutsam für selbständig lebende Menschen, denen der Gang in eine Praxis aufgrund ihrer Erkrankung schwerfällt. Dabei decken die Krankenkassenleistungen den organisatorischen Aufwand der Anbieter\*innen nicht ausreichend ab, so dass dieses Angebot nur wenigen Personen zugutekommt.
- **Ausbau der Informationsarbeit.** Auf Seiten Betroffener und deren Angehöriger zeigen sich immer wieder Wissenslücken um die vorhandene Dienstleistungslandschaft. Das vorhandene Versorgungsangebot kann sein Potential vor diesem Hintergrund nicht zur Gänze entfalten. Dies verfestigt Teilhabeausschlüsse. Die im 2. Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) vorgesehene Maßnahme „Wegweiser“ zur Verbesserung der Informationen über Angebote für psychisch erkrankte Personen in München hat nichts an ihrer Dringlichkeit eingebüßt.
- **Hilfesuchverhalten.** Unbeschadet der Informationslücken erklärten knapp sechzig Prozent der ZBFS-Befragten, im Krisenfall auf professionelle Hilfen zurückzugreifen; gefolgt von der Kontaktierung von Familienangehörigen. Die Antworten verweisen auf ein gewisses „Stufenverhalten“: Erst versucht man, ein Problem selbst zu bewältigen, dann werden Familie und Freunde eingeschaltet, um in einer dritten Stufe doch noch professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Entsprechend vertrauten nur etwa ein Achtel aller Befragten *ausschließlich* auf professionelle Hilfe.
- **Weitere Nutzungsbarrieren.** Neben Informations- und Wissensmängeln sowie den strukturellen Lücken im Versorgungssystem, die zu Frustrationen und der Einstellung jeglicher Suche führen können, sind als Hauptnutzungsbarrieren zu nennen:

- begrenztes *aktives* Vermittlungsangebot: Betroffene können krankheitsbedingt oft nicht den Weg in die Hilfe finden, sei es, weil sie eine gezielte Suche im Angebotsdschungel überfordert, sei es, weil sie hierfür grundsätzlich eine aktive bzw. begleitende, unter Umständen sogar eine zugehende Unterstützung bräuchten. Dass Angehörige, sofern vorhanden, öfters diese Brückenfunktion übernehmen, änderts nichts an dem Handlungsbedarf; zumal die Übernahme dieser Funktion Konflikte nach sich ziehen kann;
- subjektive, häufig krankheitsbedingte Überforderungen – fehlt persönliche Unterstützung, wird eine gezielte Suche oft unmöglich;
- Angst vor Diskriminierung und Stigmatisierung;
- (krankheitsbedingte) Mobilitätseinschränkungen (z.B. durch eingeschränkte ÖPNV-Nutzung).

Abgesehen davon gibt es Menschen mit psychischen Erkrankungen – auch und gerade schwereren Grades –, die sich bewusst entscheiden, keine professionelle Unterstützung, geschweige denn eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen zu wollen.

- **Besondere Zielgruppen: Personen mit Migrationshintergrund.** Psychisch erkrankte Personen mit Migrationshintergrund sind schlechter über die ambulante sozialpsychiatrische Behandlungs- und Unterstützungsstruktur informiert als Betroffene ohne Migrationsgeschichte. Dies gilt insbesondere für den Krisendienst, die Sozialpsychiatrischen Dienste sowie diagnosespezifische Anlaufstellen. *Sofern* migrantische ZBFS-Befragte allerdings um die Angebote wussten, waren sie durchaus bereit, diese auch zu nutzen – mitunter sogar in einem stärkeren Maße als Befragte ohne Migrationshintergrund. Dies verweist auf die große Bedeutung gezielter und zielgruppenspezifischer Informationsstrategien.

Handlungsbedarfe zeigten sich in mehrfacher Hinsicht:

- Wenngleich es im Rahmen der vorliegenden Studie nicht möglich war, der Frage nach der interkulturellen Öffnung der sozialpsychiatrischen Dienstleister\*innen systematisch nachzugehen, deuten einzelne Daten doch auf einen Handlungsbedarf in Richtung „Verbesserung der interkulturellen Kompetenz“ hin. Dies ist insofern wenig erstaunlich, als Interkulturelle Öffnung und Vermittlung interkultureller Kompetenzen als Daueraufgabe zu begreifen ist.
- Es gibt es bisher keine einheitlich geregelte Finanzierung von Dolmetschereinsätzen in der (sozial-)psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungsstruktur in Deutschland. Diese rechtliche Lücke stellt eine wesentliche Barriere für die bedarfsgerechte (sozial-)psychiatrische Behandlung und Unterstützung von Migrant\*innen dar.
- Die Ergebnisse der Studie deuten auf einen Bedarf nach mehrsprachigen und kultursensiblen „Brückenbauer\*innen“ mit fachübergreifenden Kompetenzen hin, die den Zugang zur Versorgung in einzelnen Communities erleichtern.

Psychisch erkrankte Personen mit Migrationshintergrund sind seltener in der Selbsthilfe engagiert als Betroffene ohne einen solchen. Hier besteht trotz allen institutionellen Engagements in den letzten Jahren weiterhin Handlungsbedarf, vor allem in Richtung Aufbau muttersprachlicher Gruppen.

- **Besondere Zielgruppen: LGBTIQ\*.** LGBTIQ\* sind bereits diskriminierungsbedingt höheren psychischen Belastungen ausgesetzt als die Gesamtbevölkerung. Das Risiko, psychisch zu erkranken ist signifikant erhöht. Folgt man unseren Gesprächen, ist davon auszugehen, dass auch in sozialpsychiatrischen Institutionen normative Vorstellungen von

Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität vorherrschen, die von den Betroffenen als ausgrenzend erlebt werden. Ein entsprechender Sensibilisierungs- / Aufklärungsbedarf in der sozialpsychiatrischen (und sonstigen) Angebotslandschaft besteht insofern auch mit Blick auf psychisch erkrankte LGBTIQ\*. Unsere Erkenntnisse verdeutlichen zudem die Bedeutung von Schutzräumen („safe spaces“) und spezifischen Angeboten für diese Gruppe, insbesondere für trans\*, inter\* und gender\*diverse Personen. Zum anderen verweisen sie auf die Notwendigkeit, auch und gerade die soziale Teilhabe von LGBTIQ\*- Menschen mit psychischen Erkrankungen (und/oder anderen Beeinträchtigungen) zu fördern.

- **Besondere Zielgruppen: Angehörige.** Der Situation unterstützender Angehöriger konnte im Rahmen der Studie nur ansatzweise nachgegangen werden. Die Ergebnisse lassen aber keinen Zweifel an der hohen Belastung, der sich viele Angehörige psychisch erkrankter Personen gegenübersehen. Obwohl das Verhältnis von Betroffenen und ihren Angehörigen mit Sicherheit nicht immer konfliktfrei ist – vor allem, wenn Betroffene Hilfsangebote ablehnen –, vertrat in der ZBFS-Befragung ein Drittel bis die Hälfte der befragten psychisch erkrankten Personen die Ansicht, dass ihre unterstützenden Angehörigen überfordert seien. Der Unterstützungsbedarf von Angehörigen wird nicht immer gedeckt. Auch sie finden häufig nicht den Weg in das Beratungs-/Unterstützungssystem und kennen wichtige Anlaufstellen, wie etwa die ApK München (Angehörige psychisch erkrankter Menschen) nicht. Handlungsbedarfe scheinen aber auch zu bestehen hinsichtlich des Ausbaus von Austausch-/ Begegnungsmöglichkeiten, Eltern-/ Angehörigentrainings sowie Wissensvermittlung. Zudem decken Angehörige oft strukturelle Lücken ab, etwa indem sie ihre erkrankten Angehörigen (trotz konflikthafter Beziehung) in die eigene Wohnung aufnehmen. Dabei fühlen sich helfende Angehörige von der Gesellschaft und dem Versorgungssystem oft alleingelassen und in ihrer Leistung nicht anerkannt.
- **Selbsthilfe.** Die Selbsthilfe ist in München gut aufgestellt. Rund 40% der ZBFS-Befragten hatten bzw. haben bereits persönliche Erfahrungen mit der Selbsthilfe gemacht. Im Bereich der Selbsthilfe deuten sich in drei Bereichen gleichwohl Handlungsbedarfe an:
  - Intensivierung der Informations-/ Aufklärungsarbeit über das Angebot der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und deren Wirkungsweise.
  - Verbesserung des Raumangebots für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen. Das Selbsthilfezentrum München kann (wie auch andere in diesem Bereich tätige Akteur\*innen) die große Nachfrage von Gruppen nach Räumlichkeiten nicht mehr bedienen. Hier sind zusätzliche, auch dezentrale, gruppene geeignete Räumlichkeiten für die Nutzung durch die Selbsthilfe zu öffnen oder zu schaffen.
  - Förderbedingungen. Auch und gerade für psychosoziale Gruppen sind Aktivitäten, die primär das Gemeinschaftsgefühl stärken (z.B. gemeinsame Ausflüge), von großer Bedeutung. Von den Krankenkassen werden allerdings nur Kosten übernommen, die in unmittelbarem Bezug zur inhaltlichen Arbeit der Selbsthilfegruppen stehen bzw. die die Arbeitsfähigkeit der Gruppen sichern (z.B. Raummiete, Telefonkosten, krankheitsbezogene Fortbildungen).
- **Selbstorganisation.** Im Bereich der Selbstorganisation gibt es in München eine Reihe von sehr aktiven Organisationen (z.B. Münchner Psychiatrie-Erfahrene e.V., Angehörige psychisch erkrankter Menschen e.V.). Betroffene sind zudem in Gremien und die Präventions- sowie Anti-Stigma-Arbeit integriert. Krankheitsbedingt sind die Ressourcen zur Selbstorganisation jedoch eingeschränkt.

Mit Blick auf das Thema Selbstorganisation/Selbstvertretung deuten sich folgende Handlungsbedarfe an:

- Im Sinne der UN-BRK besteht die Herausforderung, nicht nur der Fachwelt eine Expertise zuzugestehen, sondern auch den Betroffenen selbst. Es geht bei einer solchen Einbeziehung nicht nur darum, die Meinung Betroffener anzuhören, sondern ihre Erfahrungen und ihr Wissen grundsätzlich als Expertise zu nutzen. Eine solche Einbindung findet an verschiedenen Stellen bereits statt. Hier besteht aber noch „Luft nach oben“, und zwar in institutioneller Hinsicht (z.B. im Bereich Stadt(entwicklungs)planung, ÖPNV-Entwicklung, Gestaltung öffentlicher Räume, Planung von barrierefreien Veranstaltungen) als auch in finanzieller (z.B. Ausschüttung von Sitzungsgeldern, Honorierung der Beratungsleistungen).
- Die im Bereich „psychische Erkrankung“ tätigen Selbstorganisationen und der Münchner Behindertenbeirat sind bislang nur wenig miteinander verzahnt, Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in den Facharbeitskreisen kaum vertreten. Ihre besonderen Bedarfe werden in den Gremien des Behindertenkreises infolgedessen nicht angemessen thematisiert bzw. von diesen nach außen vertreten. Es besteht Bedarf an einem stärkeren Austausch und Einbindung von Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung in den Behindertenbeirat.
- Es stellt sich die grundsätzliche Frage, wie einer Exklusion Betroffener, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung Schwierigkeiten haben, eine aktive und kontinuierliche Rolle in Selbstorganisationen einzunehmen, entgegengewirkt werden kann. Dafür sind differenzierte Strategien, Ressourcen und Zugangswege sowie spezifische Assistenzformen zu entwickeln und ggf. zu finanzieren.
- Es gibt psychisch erkrankte Personen, die ihre Erkrankung nicht als solche erleben bzw. die keine Hilfe innerhalb des (sozial-)psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungssystems in Anspruch nehmen wollen. Schlechte Erfahrungen in der Vergangenheit begründen häufig letzteres Verhalten. Dies wirft nicht zuletzt die Frage alternativer Krisenarbeit auf. Erfahrungen andernorts (z.B. Bochum) zeigen, dass Selbstorganisationen, z.B. als räumliche Anlaufstellen für Spontanübernachtungen und/oder Träger von Krisenzimmern, hierfür einen möglichen Lösungsansatz bieten können.

#### 4. Handlungsfeld: Arbeit und wirtschaftliche Lage

Als zentrale empirische Ergebnisse und Handlungsbedarfe der Studie lassen sich festhalten:

- **Eingeschränkte Arbeitsmarktteilhabe.** Die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsmarkt ist im Vergleich zur Münchner Allgemeinbevölkerung deutlich eingeschränkt: Während laut letzter Bürgerbefragung rund drei Viertel der 18- bis 65-Jährigen Münchner Bürger\*innen am Arbeitsleben teilnehmen, trifft dies nur für gut die Hälfte der ZBFS-Befragten zu. Etwas mehr als ein Zehntel der ZBFS-Befragten im Alter von 18 bis 65 Jahren waren zum Befragungszeitpunkt arbeitslos gemeldet oder arbeitssuchend; bei den 18- bis 39-Jährigen lag der Anteil doppelt so hoch. Außerdem gibt es einen hohen Anteil frühverrenteter Personen: Ein gutes Viertel der 18- bis 65-jährigen ZBFS-Befragten bezog eine Erwerbsminderungsrente. In der Tat werden rund zwei Fünftel aller Frühberentungen der rentenversicherten Münchner\*innen mit psychischen Störungen begründet. Der Einstieg in die Arbeitswelt gestaltet sich für jene besonders schwer, die noch vor Beginn bzw. vor Abschluss ihrer Ausbildung psychisch erkrankten.
- **Teilhabebarrieren.** Neben faktischen Leistungsminderungen im Zuge psychischer Erkrankungen sind es vor allem das Fehlen flexibler(er), erkrankungsadäquater Arbeitszeitmodelle, das Fehlen leistungsadäquater (Einfach-)Arbeitsplätze, und bedürfnisgerechter *return-to-work-Programme* sowie – entscheidend – die Stereotypisierung

Betroffener als generell leistungsschwach, die der Ausgrenzung zugrunde liegen. Unsere Befragungsergebnisse deuten darauf hin, dass Vorurteile bzw. Befürchtungen (z.B. höhere Fehlzeiten, intensiver Betreuungsaufwand) Arbeitgeber\*innen mehr beeinflussen als die vorhandenen (monetären) Unterstützungsangebote der öffentlichen Hand. Personen, deren psychische Erkrankung sichtbar ist bzw. die sie nicht verschweigen, haben deutlich geringere Chancen auf eine Anstellung. Entsprechend sehen sich psychisch beeinträchtigte Mitarbeiter\*innen nach Bekanntwerden ihrer Erkrankung häufig Vorurteilen, Diskriminierungen und Mobbing ausgesetzt. Hinzu kommen Informationsdefizite von Arbeitgeber\*innen bezüglich vorhandener Förderinstrumente, aber auch hinsichtlich positiv erprobter Arbeitszeitmodelle und der Möglichkeiten, den Arbeitsplatz in räumlicher und organisatorischer Hinsicht adressatengerecht zu gestalten etc.

- **Verstärkte Öffentlichkeits- / Sensibilisierungsarbeit.** Die gleichberechtigte Teilhabe von psychisch erkrankten Menschen am Arbeitsleben kann nur dann zur Selbstverständlichkeit werden, wenn durch kontinuierliche Öffentlichkeits- und Sensibilisierungsarbeit die bestehenden Vorbehalte, aber auch Informationsdefizite angegangen werden. Dies schließt an Art. 8 der UN-BRK an, die gezielte Maßnahmen fordert, um ein positives Bild von Menschen mit Behinderungen zu fördern. Information wirkt diesbezüglich selbstverstärkend: Eine kürzlich durchgeführte Studie zeigt, dass „Personalverantwortliche, die Personen mit einer psychischen Erkrankung beschäftigen, eine signifikant höhere Bereitschaft haben, dies auch zukünftig zu tun, verglichen mit anderen Personalverantwortlichen.“<sup>1</sup>  
Die Verantwortung für solch eine Öffentlichkeitsarbeit kann nicht primär bei der Landeshauptstadt München liegen. Hier sind andere Akteure, wie etwa das Integrationsamt, die Verbände und Kammern auf Arbeitgeber- wie Arbeitnehmerseite sowie die Bundesagentur für Arbeit gefordert. Trotzdem sollte die Landeshauptstadt München im Rahmen ihrer Möglichkeiten nicht versäumen, Impulse zu setzen (z.B. im Rahmen eines Fachtages). Entsprechende Überlegungen sollten auch im dritten Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK aufgegriffen werden.
- **Verstärkte Vorbildfunktion der Landeshauptstadt München als Arbeitgeberin.** Im Vergleich zu den meisten anderen öffentlichen und privaten Arbeitgebern nimmt die Landeshauptstadt München das Ziel der Beschäftigung von Menschen mit (Schwer-)Behinderungen sehr ernst. Folgt man unseren Befragungen und Gesprächen scheint die Landeshauptstadt einschließlich ihrer Eigen-/ Regiebetriebe und Tochtergesellschaften in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen ihrer Vorbildfunktion gleichwohl nicht im wünschenswerten Umfang gerecht zu werden, sei es mit Blick auf bereits psychisch erkrankte Mitarbeiter\*innen oder sei es mit Blick auf Neueinstellungen. Die Inklusionskompetenz – verstanden als Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz der Mitarbeiter\*innen – ist auch mit Blick auf psychisch erkrankte Mitarbeiter\*innen weiterzuentwickeln. Neueinstellungen betroffener Personen müssen zudem stets die Frage notwendiger Unterstützungsmaßnahmen für den weiteren Beschäftigungsverlauf „mitdenken“. Mit Vorbildfunktion ist nicht zuletzt auch die Erprobung alternativer Arbeitszeit-/ Arbeitsplatzmodelle, die auf die mitunter zeitlich schwankende Leistungsfähigkeit psychisch erkrankter Personen eingehen, angesprochen.
- **Stärkung des Dienstleistungscharakters der Jobcenter.** Dem Jobcenter kommt in der Vermittlung psychisch erkrankter langzeitarbeitsloser Personen eine kaum zu überschätzende Rolle zu. Dies wird vom Jobcenter München mit vielfältigen Projekten und Maßnahmen, der Fachabteilung Reha und dem Fallmanagement seit Jahren auch

---

<sup>1</sup> Schneider, Rebekka, Wolfram Kawohl and Barbara Lay. 2018. "Einstellung von Unternehmensvertretern zur Beschäftigung von Menschen mit Psychischen Erkrankungen." Pp. 76-86 in *Arbeit und Psyche. Grundlagen, Therapie, Rehabilitation, Prävention - Ein Handbuch*, Hrsg. W. Kawohl and W. Rössler. Stuttgart: W. Kohlhammer, hier: S. 80.

entsprechend umgesetzt. Folgt man den von uns befragten Personen, zeigt sich neben grundsätzlichen rechtlichen Problemen vor allem in vier Bereichen weiterhin ein Handlungsbedarf: (1) Sensibilisierung der Mitarbeiter\*innen im Umgang mit psychisch erkrankten Personen, (2) bessere Passung der vorgeschlagenen Maßnahmen, (3) klientenseitige Ausdehnung der ganzheitlichen Dienstleistungen und (4) stärkere Verzahnung mit der Bezirkssozialarbeit als zweiter Säule der Sozialbürgerhäuser. Unabhängig hiervon wäre es zudem wünschenswert, dass die Jobcenter ihr umfassendes Leistungsportfolio stärker bekannt machen, auch und gerade um das negative Image, das ihnen anhaftet, anzugehen. Angesichts der Bedeutung des Jobcenters ist ein institutionalisierter Austausch des Jobcenters mit Selbstvertretungsorganisationen und sozialpsychiatrischer Fachexpertise geboten. Hierzu wurde bereits ein Runder Tisch installiert.

- **Rechtskreiswechsel (SGB II / SGB XII).** Ein signifikanter Teil psychisch erkrankter Personen hat *de facto* keine Chancen mehr, auf den ersten Arbeitsmarkt vermittelt zu werden. Obwohl die beiden Rechtskreise (SGB II / SGB XII) in der Theorie durchlässig sind – in beide Richtungen –, ist dies in der Praxis erkennbar nicht der Fall.
- **Ausbau des zweiten bzw. dritten Arbeitsmarktes.** Für psychisch schwerer beeinträchtigte Personen spielt der zweite (und dritte) Arbeitsmarkt eine wichtige Rolle. Die Landeshauptstadt München hat dafür das erfolgreiche Münchner Beschäftigungs- und Qualifizierungsprogramm (MBQ) geschaffen. Es fehlen allerdings längerfristige bzw. dauerhafte Beschäftigungsmöglichkeiten. Hier wäre etwa ein Ausbau der sogenannten TaA-Stellen („Teilhabe am Arbeitsmarkt“) wünschenswert.
- **Aufbau eines Peer-Berater-Teams (EX-IN).** Das Wissen um die Barrieren für psychisch erkrankte Personen und die sich daraus ergebenden Anforderungen für Arbeitgeber\*innen ist beschränkt. Der Aufbau eines EX-IN-Beratungspools könnte hier als wichtige Impulsgeberin und Brückenbauerin fungieren. Ein solcher Pool sollte vom Bezirk Oberbayern, der Landeshauptstadt München und den Kammern und Vereinigungen der Arbeitgeber\*innen gezielt unterstützt und vorangetrieben werden.
- **Unterstützung Betroffener (Bewerbungstrainings).** Stellensuche und Bewerbung, die wichtigsten Schritte auf dem Weg zu einem neuen Job, stellen Betroffene häufig vor große Herausforderungen. Kompetenzmängel in diesem Feld erschweren jenseits aller strukturellen Faktoren die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zusätzlich. Die vorhandenen Unterstützungsangebote scheinen den Bedarf nicht decken zu können oder sind Betroffenen häufig unbekannt.
- **Wirtschaftliche Lage | Armut.** Wenngleich die ZBFS-Befragung methodisch bedingt nicht repräsentativ ist, zeigt die dort ermittelte Armutsquote von 37,0%, dass Menschen mit psychischen Behinderungen einem hohen Armutsrisiko unterliegen. Armut erweist sich für psychisch erkrankte Personen als eine zentrale Teilhabebarriere, die die persönlichen Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen zu verstärken vermag. Armutsprävention ist deshalb auch als - primäre, sekundäre und tertiäre - Prävention der Chronifizierung psychischer Erkrankungen und der Reduktion von Teilhabebarrieren für psychisch erkrankte Menschen zu verstehen.
- **Informationsdefizit (Armutsbetroffene).** In der Landeshauptstadt München gibt es jenseits der leistungsrechtlichen Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen von SGB II, SGB XII oder Wohngeld ein breites Spektrum an materiellen Einzelfallhilfen durch Wohlfahrtsverbände, gemeinnützige Vereine, Stiftungen oder Behörden. Auch im Bereich der Schuldnerberatung, die einen wichtigen Baustein in der kommunalen Armutsbekämpfung darstellt, ist die Landeshauptstadt sehr gut aufgestellt. Viele armutsbetroffene psychisch erkrankte Personen

wissen aber – auch aufgrund „innerer Barrieren“ – oft nicht um die Angebote, wie etwa den München Pass oder die Broschüre „Günstiger leben in München“.

## 5. Handlungsfeld: Wohnen und Wohnumfeld

Als zentrale empirische Ergebnisse und Handlungsbedarfe der Studie lassen sich festhalten:

- **Soziodemographie.** Fast 90% der ZBFS-Befragten lebten in reinen Erwachsenenhaushalten, d.h. ohne minderjährige Kinder. Dabei dominierten Ein-Personen-Haushalte. Die durchschnittliche Haushaltsgröße liegt bei 1,9 Personen. Allerdings lebten in rund jedem fünften Haushalt von psychisch erkrankten Migrant\*innen minderjährige Kinder. Insofern muss dem Thema „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ gerade in den sozialpsychiatrischen Angeboten für Migrant\*innen ein hohes Gewicht beigemessen werden. Die Wohneigentumsverhältnisse (Eigentum versus Miete) unterscheiden sich stark nach den soziodemographischen Merkmalen Alter, Migrationshintergrund und Haushaltstyp.
- **Wohnzufriedenheit.** Es bestehen engere Zusammenhänge zwischen der Wohnzufriedenheit einerseits und dem Wohnstatus (Eigentum versus Miete), dem Haushaltstyp, der Einbindung in nachbarschaftliche Netze und der subjektiv wahrgenommenen Schwere der psychischen Erkrankung andererseits. Insgesamt äußerte sich „nur“ rund jede\*r fünfte ZBFS-Befragte „sehr oder eher unzufrieden“ mit der aktuellen Wohnsituation. Die Unzufriedenheit drehte sich dabei am häufigsten um die Dimensionen „Wohnungs-/ Zimmergröße“, „Miethöhe“ und „nachbarschaftliches Umfeld“. Je schlechter die eigene psychische Gesundheit eingeschätzt wird, desto stärker fühlten sich die ZBFS-Befragten in ihren jeweiligen Nachbarschaften isoliert.
- **Ausgrenzungen auf dem Wohnungsmarkt und ihre Folgen.** Die Feststellung, dass der Wohnraum in München knapp und vergleichsweise teuer ist, mag zwar banal erscheinen – der Sachverhalt trifft psychisch erkrankte Menschen aber mit besonderer Wucht. Nicht nur wegen ihrer deutlich höheren Armutsbetroffenheit, sondern auch aufgrund ihrer Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt. Letzteres spiegelt nicht zuletzt Vorbehalte von Vermieter\*innen wider, dass es zu Komplikationen beim Mietverhältnis kommen könnte – sei es in finanzieller (regelmäßige Mietzahlung) oder sozialer Hinsicht (Angst vor Konflikten). Folgt man Betroffenen, scheint es auch keineswegs selten zu sein, dass psychisch erkrankte Personen aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen keinen Zuschlag für geförderte Wohnungen erhalten. Die Frage, inwieweit diskriminierende Praktiken beim Auswahlverfahren reduziert werden könnten, sollte im Austausch von Selbstorganisationen, sozialpsychiatrischen Dienstleister\*innen, dem Amt für Wohnen und Migration und den städtischen Wohnungsbaugesellschaften (GEWOFAG, GWG) geprüft werden.  
Die wohnungsmarktbezogene Ausgrenzung führt dazu, dass bedenkliche Wohnverhältnisse aufrechterhalten werden (müssen) bzw. Auszüge aus therapeutischen Wohngruppen nur sehr verzögert erfolgen können.
- **Nachbarschaftliches Zusammenleben | Weiterentwicklung der Quartiersarbeit.** Psychisch erkrankte Menschen sind in der Regel ausgesprochen unauffällige und ruhige Mieter\*innen – eben weil sie ihre psychische Erkrankung aus berechtigter Angst vor Diskriminierung nicht publik machen wollen. Nachbarschaftliche Konflikte sind infolgedessen eher selten. So selten sie auch vorkommen mögen, bergen sie in kritischen Fällen doch ein beträchtliches Eskalationspotenzial. Vor allem wenn die erkrankte Person die Belastung für das Umfeld negiert und Hilfsangebote nicht annehmen will. Die rechtlichen Interventionsmöglichkeiten sind in solchen Fällen aus guten Gründen beschränkt („Recht auf Krankheit“). Hier sind neue Lösungswege zur Ansprache und gegebenenfalls Mediation zu erproben:

- Anlaufstellen im Quartier, die bei Problemen auf einschlägige Beratungs- oder Unterstützungsangebote verweisen können, die die Menschen vor Ort über die Grenzen des Milieus und der Lebenslagen in Kontakt miteinander bringen sowie zur Selbsthilfe beziehungsweise zum bürgerschaftlichen Engagement ermutigen, sind auch und gerade für psychisch erkrankte Personen von großer Bedeutung. Mit den Nachbarschaftstreffs und anderen Sozialraumakteur\*innen sind entsprechende Strukturen bereits in vielen Stadtteilen vorhanden. Befragte betonten allerdings immer wieder den Wunsch, in den Quartieren die niederschweligen Begegnungsmöglichkeiten auszubauen und möglichst offen zu gestalten.
- Allerdings sind Kontaktknüpfungen zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen vor dem Hintergrund der verbreiteten Vorurteile gegen psychisch erkrankte Personen bzw. der Rückzugstendenzen vieler Betroffener sehr voraussetzungsvoll. Hier bedarf es einer Fachexpertise, die z.B. über Expert\*innen aus Erfahrung (EX-IN) in die Sozialräume eingespeist werden könnte.
- **Ausbau zugehender Arbeitsansätze in den Sozialräumen.** Die Bezirkssozialarbeit (BSA), SpDis und andere örtliche Dienstleister\*innen haben größtenteils den Auftrag, auch aufsuchend tätig zu sein, können dies aber aus Kapazitätsgründen nur teilweise umsetzen. Zudem stehen häufig (datenschutz-) rechtliche Vorgaben der Kontaktaufnahme zu „auffälligen“ psychisch erkrankten Personen entgegen, wenn etwa Angehörige oder das soziale Umfeld Konflikte oder Eskalationen an die Dienste oder Behörden berichten. Ebenso verweigern sich Angesprochene teils der angebotenen professionellen Hilfe. Aufsuchende Arbeitsansätze durch Dritte (z.B. EX-IN), die die Dienstleister\*innen beim Kontaktaufbau unterstützen, könnten ein Baustein zur Entschärfung solcher Konfliktlagen sein.
- **Soziale Infrastruktur.** Bei der Planung größerer Bauvorhaben oder Siedlungsgebiete sollte gezielt eine angemessene Infrastruktur für psychisch erkrankte Personen berücksichtigt werden. Dabei sind neben den besonderen Wohnformen, auch Räume für Tagesstätten, Beratungsstellen und Begegnungsräume einzubeziehen, um das Ziel der Integration in die Sozialräume zu verwirklichen.
- **Wohnungslosigkeit | Weiterentwicklung des städtischen Wohnungslosensystems.** Mit Blick auf psychisch erkrankte Personen sind in der Wohnungslosenhilfe in den letzten Jahren einige Fortschritte zu verzeichnen gewesen. Der Befund der SEEWOLF-Studie, dass nur der kleinere Teil der psychisch erkrankten wohnungslosen Menschen eine passende psychiatrische Versorgung erhält, kann nichtsdestotrotz wohl weiterhin Gültigkeit beanspruchen. Für psychisch erkrankte Personen in der städtischen Wohnungslosenhilfe lassen sich drei primäre Handlungsfelder identifizieren:
  - Sicherung der Bedarfsgerechtigkeit der aufsuchenden psychiatrischen Fachberatung in den Einrichtungen der städtischen Wohnungslosenhilfe.
  - Ausbau des Angebots an langfristigen Schutzräumen ohne die Voraussetzung der Inanspruchnahme von Unterstützungs- oder Behandlungsangeboten. Zu prüfen wäre hier zudem, inwieweit noch mehr kurz- oder längerfristiger Wohnraum geschaffen werden kann, der auf *jegliche* institutionellen Unterstützungsangebote verzichtet.
  - Sukzessiver Rückbau der Zwei-Bett-Zimmer zugunsten von Einzelzimmern.

## 6. Handlungsfeld: Soziale Beziehungen und Soziale Teilhabe

Als zentrale empirische Ergebnisse und Handlungsbedarfe der Studie lassen sich festhalten:

- **Soziale Kontakte.** Die ZBFS-Daten bestätigen die häufig berichtete geringere soziale Einbindung von psychisch erkrankten Menschen: sie leben deutlich häufiger alleine, sind ledig, ohne Partnerschaft und kinderlos. Die Gründe für die geringere soziale Einbettung sind komplex. Ausschlüsse seitens Dritter (Stigmatisierung / Diskriminierung) und selbst verordnete Rückzüge bedingen sich gegenseitig. Über die Hälfte der ZBFS-Befragten erklärte, dass sich ihr Freundeskreis aufgrund der psychischen Erkrankung dauerhaft verkleinert habe und dass sie sich wegen ihrer psychischen Erkrankung immer wieder aus dem gesellschaftlichen Leben zurückgezogen haben. Für schwerer Erkrankte sind Peers häufig die einzigen Personen, die sie als (potenziell) Gebende wahrnehmen und wertschätzen. Im Kontakt mit Nicht-Betroffenen werden sie hingegen schnell – je stärker erkrankt, desto schneller und stärker – auf ihre Erkrankung reduziert.

Dass Digitalisierung und moderne Kommunikationsmedien die Bedeutung nachbarschaftlicher Bezüge generell abschwächen bzw. letztere in großstädtischen Kontexten *per se* von geringerer Bedeutung sind, ändert nichts an der Bedeutung der Quartiere als Begegnungsorte. Dies gilt für psychisch erkrankte Menschen umso mehr, als sie sich in punkto Mobilität und Finanzen häufig beträchtlichen Barrieren gegenübersehen. Die grundlegende Frage aus Teilhabeperspektive lautet: Wie können unvoreingenommene Begegnungen zwischen Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen in den Sozialräumen vor Ort erreicht bzw. ausgebaut werden? Wie kann vor Ort zeitnah reagiert werden, um Menschen in ihren Begegnungen zu unterstützen und gegebenenfalls angemessen zu begleiten? Seelische Gesundheit sollte deutlicher in der allgemeinen Stadt- und Quartiersentwicklung und der kommunalen Gesundheitsförderung verortet werden. Ebenso gilt es, Barrierefreiheit breiter als bisher zu denken.

- **Einsamkeit.** Rund die Hälfte der ZBFS-Befragten gab an, dass ihre sozialen Beziehungen nicht ihren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen entsprächen – bezeichnete sich mithin als einsam. Bei der Bewertung bzw. Weiterentwicklung des in München bestehenden breiten Angebotes für kontaktarme Menschen sind sowohl Maßnahmen zur Intervention als auch solche zur Prävention in den Blick zu nehmen – sei es auf der Ebene der Stadtplanung (z.B. Freiflächenplanung), der Infrastrukturplanung (z.B. inklusive Wohnprojekte) oder auf der Ebene der Sozialraumakteur\*innen (dezentrale Dienstleistungsangebote bzw. kleinteilige Einzelprojekte).
- **Freizeit / Kultur.** Psychisch erkrankte Personen sehen sich aufgrund ihrer hohen Armutsbetroffenheit, ihrer krankheitsbedingten Erlebenswelten und Verhaltensweisen, aber auch aufgrund der im Freizeit- und Kultursektor vorherrschenden institutionellen Rahmenbedingungen oft beträchtlichen Problemen gegenüber, die vorhandenen Angebote in größerem Umfange zu nutzen. Das dem Freizeit- / Kulturbereich innewohnende Potenzial, sei es hinsichtlich seiner salutogenetischen Effekte, sei es hinsichtlich seines sozialen Potenzials (Schaffung von Begegnung und Austausch mit Nicht-Betroffenen) kann sich vor diesem Hintergrund nicht entfalten.

Barrierefreiheit für psychisch erkrankte Menschen ist ein Thema, das im Freizeit- und Kulturbereich noch nicht systematisch erfasst worden ist; sie wird noch zu oft auf die Passung für Menschen mit körperlichen, sensorischen und kognitiven Beeinträchtigungen verengt. Einheitliche Standards und Definitionen, die auch in der Öffentlichkeitsarbeit zur Information psychisch beeinträchtigter Personen verwendet werden könnten (z.B. Vorhandensein von Ruhezeiten, zu erwartende Lärmpegel, Trigger-Warnungen) sowie Handlungsstrategien fehlen weitgehend. Ein entsprechender Leitfaden könnte Unsicherheiten auf Seiten von

Veranstalter\*innen wie Betroffener abbauen und die Teilhabechancen psychisch erkrankter Menschen in diesem Bereich verbessern. Ihre Entwicklung sollte in Zusammenarbeit mit Erfahrungs-Expert\*innen erfolgen.

Informationsangebote wie „Kultur barrierefrei München“ sollten ausgeweitet und um für psychisch erkrankte Personen nutzbare Angebote im Freizeit-, Sport- und Kulturbereich ergänzt werden.

- **Ehrenamt.** Trotz Corona engagierte sich zum Befragungszeitpunkt (2021) etwa jede fünfte befragte Person ehrenamtlich. Das Ehrenamtsengagement der ZBFS-Befragten fällt damit zwar etwas geringer aus als in der Münchner Allgemeinbevölkerung, ist aber gleichwohl als beträchtlich zu bezeichnen. Auch und gerade vor dem Hintergrund der arbeitsweltlichen Ausschlüsse stellt das Ehrenamt eine zentrale Möglichkeit dar, um Selbstwirksamkeit bzw. um das Gefühl des „Gebraucht-Werdens“, des „Ich-kann-etwas-für-Andere-tun“ zu erleben. Es ist aber auch von Bedeutung, um Neues zu lernen und Kontakte zu anderen Menschen zu knüpfen. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die bestehenden Ehrenamtsmöglichkeiten in zeitlich-organisatorischer Hinsicht den Bedürfnissen und Handlungsmöglichkeiten psychisch erkrankter Menschen nicht umfassend entsprechen. Um psychisch erkrankten Personen den Zugang zu ehrenamtlichen Tätigkeiten zu erleichtern, bedarf es auch offener und flexibler Engagement-Formen.
- **ÖPNV | Mobilität.** Die Ergebnisse unserer Befragung lassen wenig Zweifel daran, dass chronisch psychisch erkrankte Personen nicht nur seltener über Autos verfügen als „Nicht-Betroffene“, sondern dass sich ein Teil von ihnen auch krankheitsbedingt oftmals nicht in der Lage sieht, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Hinzu kommt, dass ihre finanziellen Möglichkeiten in der Tendenz deutlich eingeschränkter sind, teure Alternativen zu nutzen. Die Anliegen und Bedarfe psychisch erkrankter Personen müssen in den Planungen und im Betrieb des ÖPNV (MVG) stärker Berücksichtigung finden. Dies gilt etwa für mögliche Reizüberflutungen durch Lärm, zu grelles Licht oder durch Werbescreens. Psychisch erkrankte Personen benötigen jenseits des ÖPNV und privat organisierter Mobilitätsformen zusätzlich unterstützende Mobilitätsangebote: Wenngleich nicht quantifizierbar, gibt es doch Betroffene, die krankheitsbedingt selbst mit Begleitung den ÖPNV nicht nutzen können. Als Blaupause für die Entwicklung eines solchen unterstützenden Mobilitätsangebots könnte das im Rahmen der sogenannten Frauen-Nacht-Taxis entwickelte Gutscheinsystem dienen.
- **Digitalisierung.** Die Analysen zeigen, dass nur knapp fünf Prozent der ZBFS-Befragten das Internet überhaupt nicht nutzen. Die meisten der im Rahmen der Studie befragten Personen zeigen eine hohe Internetaffinität. Insofern Armut den Zugang zur digitalen Teilhabe erschwert, besteht vor dem Hintergrund der hohen Armutsbetroffenheit von psychischen erkrankten Personen allerdings die Gefahr, dass die Digitalisierung zur weiteren Ausgrenzung der Zielgruppe führt. Krankheitsbedingte Nutzungsschwierigkeiten oder „Selbstausschlüsse“ (z.B. aufgrund der Angst um Datensicherheit) wirken in dieselbe Richtung. Der Zugang zum Internet und die Nutzung digitaler Technologien – heutzutage beides wesentliche Voraussetzungen für gesellschaftliche Teilhabe – kann auch für psychisch erkrankte Menschen ein Problem darstellen. Hier gilt es, verstärkt Möglichkeiten zur kostengünstigen oder unterstützten Nutzung von digitalen Angeboten zu schaffen. Für Beratungsstellen und Selbstvertretungsorgane ist digitale Präsenz zentral geworden, auch und gerade in ihrer Funktion als Informationsbörsen und Informationsgeber. Es sollte daher geprüft werden, ob diese bezüglich ihrer Präsenz im digitalen Raum bzw. hinsichtlich ihrer digitalen Kommunikationsstrategien Unterstützungsbedarf haben (z.B. Unterstützung bei der redaktionellen Arbeit; fachlich versierte Moderationen).

## 7. Handlungsfeld: Stigmatisierung und Diskriminierung

Als zentrale empirische Ergebnisse und Handlungsbedarfe der Studie lassen sich festhalten:

- **Umfang von Diskriminierungserfahrungen.** Mehr als vier von zehn der ZBFS-Befragten geben an, in den letzten 24 Monaten *wegen ihrer psychischen Erkrankung* Diskriminierung erlebt zu haben. Psychisch erkrankte Personen sehen sich damit bereits aufgrund ihrer Erkrankung häufiger Diskriminierungen gegenüber als die Münchner erwachsene Wohnbevölkerung im Allgemeinen. Nach Geschlecht und Migrationshintergrund zeigen sich diesbezüglich keine Unterschiede. Diskriminierungen sind allgegenwärtig. Besonders häufig sind sie jedoch im privaten Kontext, im Arbeitsleben sowie im Dienstleistungsbereich anzutreffen. Besonders kritisch ist, dass selbst im Gesundheits- und Pflegebereich sowie in den Einrichtungen für psychisch erkrankte Personen jede dritte bzw. vierte befragte Person von Diskriminierungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung berichtet.

Stigmatisierung und Diskriminierung wirken sich in mehrfacher Hinsicht negativ aus: Nicht nur, dass Zugänge zu Kerninstitutionen des gesellschaftlichen Lebens damit eingeschränkt werden, entsprechende Erfahrungen bzw. die Angst vor ihnen führen zu einem „selbst verordneten“ sozialen Rückzug Betroffener, dem Verzicht auf Teilhabe und – sofern möglich – dem bewussten Verschweigen der Erkrankung.

- **Aufklärung und Sensibilisierung.** Der Umfang der erlebten Diskriminierungen verweist auf die Bedeutung von Aufklärungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen. Handlungsbedarfe zeigen sich in drei Richtungen:
  - Aufklärung und Sensibilisierung der Stadtgesellschaft über psychische Erkrankungen bzw. psychisch erkrankte Personen ist als kommunale Daueraufgabe zu begreifen. Den Vorurteilen im Arbeitsbereich (Stichwort: mangelnde Leistungsfähigkeit) ist hierbei besondere Beachtung zu schenken. Bei der Entwicklung entsprechender Aufklärungsstrategien sollten Aktionsprogramme, bei denen Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen im Tun zusammenkommen, und Aktionen, die es Nicht-Betroffenen ermöglichen, die „inneren Barrieren“ persönlich zu erleben (Selbsterfahrung), ein hoher Stellenwert eingeräumt werden. Einmalige größere Aktionen im Sinne allgemeiner Aufklärungs-/ Sensibilisierungskampagnen sind demgegenüber erfahrungsgemäß kaum nachhaltig.
  - Die Vermittlung von psychischer Gesundheitskompetenz sollte früh beginnen. Bestehende Sensibilisierungsprogramme in Schulen sind aufrechtzuerhalten und nachfrageorientiert auszubauen. Inklusives Denken sollte bereits in der Schule grundgelegt werden.
  - Wenngleich Ausgrenzungen im Gesundheits-/ Pflegebereich sowie in sozialpsychiatrischen Einrichtungen von den Befragten vergleichsweise selten berichtet wurden, sind diese doch besonders kritisch. Dem sollte vertieft nachgegangen werden.
- **„Verhaltensschulungen“.** Ausgrenzung und Diskriminierung im Alltagsleben spiegeln oft nur Unsicherheiten und Ängste der „Nicht-Betroffenen“ wider. Neben allgemeinen Sensibilisierungsmaßnahmen besteht insofern auch Bedarf an der Vermittlung konkreten Handlungswissens („Wie gehe ich mit Personen um, die psychisch erkrankt sind?“). Auch und gerade, weil Antistigma-Aktionen häufig keine Veränderungen auf der konkreten Verhaltensebene bewirken.

- **„Outing“.** Als eine weitere Antistigma-Intervention ist die Offenlegung der eigenen psychischen Erkrankung zu nennen. Sicherlich bergen Outings Risiken. Sie können aber auch positive Wirkeffekte haben. Unabhängig davon, dass die Entscheidung hierüber jeder Person selbst überlassen sein muss, sollten bereits evaluierte Unterstützungsprogramme wie „In Würde zu sich stehen / Coming Out Proud“<sup>2</sup> Betroffenen doch stärker nahegebracht werden.
- **Niedrigschwellige Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten.** Bedenkt man, dass die am besten belegte Strategie zur Entstigmatisierung der persönliche Kontakt mit Betroffenen ist, verweisen auch die Studienergebnisse zu Diskriminierung/Stigmatisierung noch einmal auf die Notwendigkeit eines Ausbaus niedrigschwelliger Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten in den Sozialräumen vor Ort.
- **Verwaltungshandeln zielgruppengerechter gestalten.** Diskriminierende Verhaltensweisen wurden auch mit Blick auf Behörden und Ämter berichtet. Kritisch wurde in diesem Kontext vor allem auf verwaltungstechnische Abläufe sowie auf fehlende Sensibilität von Mitarbeiter\*innen abgestellt. An dritter Stelle findet sich Kritik an der Erreichbarkeit, die von über einem Viertel der Betroffenen, die eine entsprechende Angabe machten, als mangelhaft empfunden wurde. Insgesamt meinten knapp zwei Drittel der online Befragten, dass man sich als psychisch beeinträchtigte Person im Behördenkontakt „oft“ oder zumindest „ab und zu“ vor Problemen gestellt sehe. Handlungsbedarfe lassen sich auf drei Ebenen erkennen:
  - Trotz aller positiven Ansätze (in) der Verwaltung im Umgang mit psychisch erkrankten Klient\*innen kann von einer umfassenden Diskriminierungssensibilität bei den städtischen Beschäftigten im „Umgang mit psychisch erkrankten Personen“ noch nicht gesprochen werden. Die Diversitätskompetenz verstanden als Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz ist (noch) stärker in Richtung psychische Erkrankungen auszubauen.
  - Weiterentwicklungsbedarf besteht auch bezüglich anderer Anforderungen, die Betroffene krankheitsbedingt an eine barrierefreie Verwaltung stellen (z.B. Sicherstellung digitaler *und* analoger Erreichbarkeiten, Terminsetzungen, Wartesituation).
  - Die bisherigen Bemühungen, Behördenhelfer\*innen – hier *idealerweise* Personen mit Psychiatrie-Erfahrung – zur Verfügung zu stellen, müssen fortgesetzt werden. Diese Forderung muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass es in der unmittelbaren Beratungssituation krankheitsbedingt mitunter neutraler Dritter als Brückenbauer\*innen zur Entlastung aller Beteiligten braucht.

## 8. Handlungsfeld: Übergeordnete Aspekte

Im Hinblick auf einige übergeordnete Aspekte der Studie lassen sich als zentrale empirische Ergebnisse und Handlungsbedarfe festhalten:

- **Geschlecht.** Die in der vorliegenden Studie berichteten KVB-Daten über ambulante psychiatrische Diagnosen weisen für Frauen teils höhere Anteilswerte auf als für Männer. Besonders deutlich fallen die Unterschiede bei affektiven Störungen (z.B. Angststörungen, Depressionen) sowie neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen aus. Inwieweit dieser Befund auf eine stärkere Belastung von Frauen verweist und inwieweit auf den Umstand, dass Frauen im Vergleich zu Männern häufiger Ärzt\*innen aufsuchen, also auch häufiger diagnostiziert werden, bleibt eine offene Frage. Sicherlich spielen beide Faktoren eine Rolle.

---

<sup>2</sup> Bei dem Programm handelt es sich um ein von Psychiatrie-Erfahrenen bzw. Peers geleitetes Gruppenangebot, das Betroffene bei der Entscheidungsfindung zwischen Offenlegung und Geheimhaltung in verschiedenen Settings unterstützen soll.

In der ZBFS-Befragung zeigten sich zwischen den Geschlechtern hingegen keine ausgeprägten Unterschiede. Tendenzen zeigten auf, dass Männer sozial eher isolierter waren, sie mit ihrer psychischen Erkrankung seltener positiver Wirkeffekte verbanden und sie deutlich seltener den SpDi aufsuchten, sie bei der Suche nach einem ambulanten Therapieplatz schneller aufgaben, sie umgekehrt etwas seltener Nutzungsprobleme mit dem ÖPNV berichteten, dass sie eher Vollzeit arbeiteten und dabei eher von einem positiven Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung durch ihre Vorgesetzten sprachen. Auch in der Online-Befragung und in den qualitativen Interviews zeigten sich zwischen den Geschlechtern keine grundlegenden Unterschiede im Antwortverhalten bzw. wurde das Thema Gender nicht besonders problematisiert. Frauen gaben etwas häufiger an, ausgegrenzt oder mit weniger Respekt behandelt worden zu sein als Männer – Männer berichteten umgekehrt häufiger von Bedrohungen.

Insgesamt sehen sich beide Geschlechter letztendlich denselben zentralen Teilhabebarrrieren gegenüber, die in den vorigen Handlungsfeldern dargestellt wurden. Damit soll nicht gesagt werden, dass die Geschlechtskategorie nicht auch die Lebenswelten psychisch erkrankter Personen durchzieht und prägt, sondern dass die erkrankungsbedingt eingeschränkten Funktionsfähigkeiten und die **diskriminierenden Umweltfaktoren** die Bedeutung des Geschlechts als teilhaberelevanten Differenzierungsfaktor erkennbar überlagern.

Soweit die Studie diesbezüglich Handlungsbedarfe erkennen lässt, verweist sie – im Einklang mit anderen Forschungsarbeiten – auf die stärkeren sozialen Ausschlüsse von psychisch erkrankten Männern und ihrem geringeren Hilfesuchverhalten.

- **Fachkräftemangel.** Der Mangel an Fachkräften in der Verwaltung und bei (sozial-) psychiatrischen und anderen Dienstleister\*innen ist in den letzten Jahren deutlich angewachsen. Die Folgen der unbesetzten Stellen sind fatal. Um nur einige Konsequenzen zu nennen: die Wartezeiten steigen, sei es im Gesundheits-/ oder Sozialsystem; zeitnahe Vermittlungen zu anderen Dienstleister\*innen werden erschwert; der Druck auf die vorhandenen Mitarbeitenden steigt; die Bereitschaft bzw. die Möglichkeit, sich im Kundenkontakt Zeit zu nehmen, sinkt; bedarfsgerechte Angebote werden nicht weiter ausgebaut – unter Umständen nicht einmal mehr aktiv beworben, um keine zusätzliche Nachfrage zu generieren. Zudem geht mit der voranschreitenden Verrentung der Baby-Boomer Wissen über die weitere Dienstleistungslandschaft, über Strategien im Kundenkontakt – auch und gerade mit „schwierigen Klient\*innen“ – und informelle Netzwerkstrukturen verloren. Kurzum: Die (sich tendenziell weiter verschlechternde) Personalsituation stellt bereits für sich eine strukturelle Versorgungs-/ Teilhabebarrriere dar, die ihrerseits Antworten auf verschiedenen Ebenen bedarf.
- **Co-Forschung.** Der partizipative Co-Forschungsprozess hat in fachlich-inhaltlicher Hinsicht für die Studie einen deutlichen Mehrwert generiert. Letztlich entscheidet sich die Sinnhaftigkeit eines solchen Ansatzes allerdings darin, inwieweit die Ergebnisse von den kommunalen Verantwortungsträger\*innen ernst genommen werden. Damit ist keine umfassende Umsetzung der nachfolgend formulierten Handlungsempfehlungen des Studienteams gefordert, sondern „nur“ die Erwartung, dass die Anliegen und Bedürfnisse der Betroffenen, die im Rahmen eines solchen Prozesses artikuliert werden, in den späteren politischen und verwaltungstechnischen Diskurs auch Eingang finden. Aus Sicht der beteiligten Co-Forscher\*innen bzw. von Selbstvertretungsorganen ist es zentral, dass die Ergebnisse der Studie SICHTBAR einem Monitoring unterliegen – im Sinne einer Schaffung von Transparenz, warum etwas (nicht) weiterverfolgt bzw. umgesetzt werden konnte.
- **Think Tank.** „Damit müsste sich mal jemand intensiver beschäftigen“ ist ein gängiger Ausruf im Berufsalltag. Auch in einschlägigen Gremien (Behindertenbeirat u.ä.) und Selbstvertretungsorganen müssen die begrenzten Ressourcen aufgeteilt werden auf

Selbstverwaltung, Vernetzung, Abarbeiten definierter Aufgaben und aktueller Anfragen und vieles andere mehr. Zeit und spezifische Expertise, um elementare Herausforderungen zu diskutieren, kreativ zu lösen und innovative Ansätze zu erarbeiten, fehlen in aller Regel. Unternehmen wie auch Regierungen lassen sich in solchen Fällen gerne von so genannten „Think Tanks“, in neuerer Zeit auch von Bürger\*innenräten, Vorschläge erarbeiten.

## 9. Handlungsempfehlungen des Studienteams

Es erschien dem Studienteam nicht sinnvoll, fünfzig oder mehr Handlungsbedarfe mit den jeweiligen Empfehlungen für Politik (Stadtrat) bzw. Verwaltung zu versehen. Daher wurden für jedes der Handlungsfelder zwei bis drei Handlungsbedarfe priorisiert.

Die Handlungsempfehlungen wurden auf Basis dieser Auswahl formuliert. Dem Studienteam ist bewusst, dass diese Auswahl selektiv und in gewissem Sinne subjektiv ist. Jeder der ermittelten Bedarfe hätte eine eigene Empfehlung „verdient“ und kann unabhängig von den Handlungsempfehlungen von den zuständigen Stellen aufgegriffen und in Maßnahmen umgesetzt werden

Um dem partizipativen Prozess Rechnung zu tragen, werden die im Studienteam formulierten Handlungsempfehlungen aus dem Gesamtbericht auch im vorliegenden Kurzbericht vollständig dargestellt.

### Handlungsempfehlungen - Behandlungs- und Unterstützungssystem

#### 1. Ausbau der Informationsarbeit

- a) Informationen über Angebote für psychisch erkrankte Menschen sollen in Papier- und digitaler Form einfach zugänglich sein und umfassend und nachhaltig bekannt gemacht werden. Es wird empfohlen, für die aktuell in Planung befindliche Homepage „Wegweiser“ des Gesundheitsreferates ein Werbekonzept zu erstellen, das den „Wegweiser“ auf digitalen und analogen Kanälen (z.B. Auslegung von Info-Flyern in Arztpraxen / Apotheken, an Infopoints; durch (ansprechbare) „Stadtteifahräder“) etc. publik macht.
- b) Im Wegweiser sind (qualitätsgeprüfte) digitale Angebote für psychisch erkrankte Menschen zu berücksichtigen wie etwa digitale Selbsthilfegruppen oder Selbstmanagementprogramme. Zudem sollten die institutionellen Angebote auf interaktiven Karten verortet werden. Wünschenswert wären zudem Verweise auf relevante rechtliche Rahmenbedingungen und die Bedeutung der einzelnen Rechtskreise (z.B. SGB IX).

#### 2. Selbstorganisation / Selbstvertretung

- a) Die LHM soll gemeinsam mit Selbstvertretungsorganisationen psychisch erkrankter Personen und ihrer Angehörigen prüfen, ob bzw. inwieweit in der Arbeit der Beiräte, die den Stadtrat und die Stadtverwaltung beraten (wie z.B. der Behindertenbeirat, Kommission für Stadtgestaltung) und der Fachstellen der Verwaltung (wie z.B. der Fachstelle Inklusion und Gesundheit, Stelle für interkulturelle Arbeit) psychisch erkrankte Menschen angemessen vertreten bzw. beteiligt sind.
- b) Bei einem negativen Ergebnis des Prüfauftrags ist von den Selbstvertretungsorganen psychisch erkrankter Personen und ihrer Angehörigen sowie dem Behindertenbeirat ein Konzept zu erarbeiten, wie eine angemessene Repräsentanz psychisch erkrankter Personen langfristig gewährleistet werden kann. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die Selbstvertretung im Behindertenbeirat und seinen Gremien zu richten.

Maßnahmen zur Förderung der Repräsentanz könnten sein: Sitzungsgelder; betroffenenfreundliche Zeiten (außerhalb der Kernarbeitszeit, nicht am frühen Morgen); geschulte Moderator\*innen, Begleitung durch eine weitere betroffene Person („seelische Unterstützung“); leicht verständliche Sprache, Ermöglichung schriftlicher Stellungnahmen; kleinere Runden in UAKs mit einem Sprecher für Betroffene, die Hemmungen haben vor vielen Menschen zu sprechen.

- c) Um die Mitarbeit von Selbstvertretungsorganen beim Prüfauftrag und der Konzeptentwicklung zu sichern, sind entsprechende Finanzmittel vorzusehen.

### **3. Sozialräumliche bzw. institutionelle Nutzung von Betroffenen Wissen (z.B. EX-IN)**

- a) Die Expertise aus der Erfahrung einer psychischen Erkrankung ist wertvoll für die Ausgestaltung einer inklusiven Stadtgesellschaft. EX-IN-Genesungs-begleiter\*innen sind ausgebildet, diese Expertise in vielfältiger Weise zur Unterstützung von Kommunikation von Menschen mit und ohne psychische Erkrankung und bei der Entwicklung inklusiver Rahmenbedingungen einzubringen. Die LHM soll im Zusammenwirken mit dem Bezirk Oberbayern und in Austausch mit dem EX-IN-Netzwerk den Einsatz der EX-IN-Expertise fördern, indem
- die Ausbildung zur\*m Genesungsbegleiter\*in niedrigschwelliger und für die Teilnehmer\*innen kostengünstiger angeboten wird (z.B. durch Zur-Verfügung-Stellen von Räumlichkeiten oder finanzielle Förderung);
  - ein Pool von Genesungsbegleiter\*innen gebildet und koordiniert wird, der interessierten Institutionen im Sozialraum wie etwa Nachbarschaftstreffs, GesundheitsTreffs, Wohnungsbaugesellschaften, Fachstellen und Planungseinheiten und anderen städtischen Dienststellen auf Anfrage beratend und unterstützend zur Verfügung stehen kann;
  - die bisherigen Einsatzmöglichkeiten (Tagesstätten, Sozialpsychiatrische Dienste, Kliniken) entsprechend erweitert und die Vergütung überarbeitet und erhöht werden.
- b) Die Wirkmächtigkeit einer solchen Einbindung von Erfahrungsexpert\*innen in die Sozialräume bzw. in Institutionen und städtische Dienststellen sollte modellhaft erprobt und evaluiert werden. Im Rahmen der Evaluation ist auch die Frage der Schaffung von festen EX-IN-Stellen in der Münchner Verwaltung zu klären.

## **Handlungsempfehlungen – Arbeit und wirtschaftliche Lage**

### **1. Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit/Sensibilisierungsarbeit.**

- a) Fehlende Information über die Leistungsfähigkeit und -einschränkungen sowie über die spezifischen Bedürfnisse und Barrieren von psychisch erkrankten Menschen lassen Arbeitgeber\*innen vor deren Einstellung zurückschrecken. Im öffentlichen Dienst behindert die sog. Bestenauslese zusätzlich die Inklusion von psychisch beeinträchtigten (potenziellen) Mitarbeiter\*innen. Ausgehend von der UN-BRK (Art. 8.1c) sollen das Personal- und Organisationsreferat sowie die Personalverantwortlichen der Fachreferate geeignete Informationen über psychische Erkrankungen sowie die spezifischen Bedürfnisse und vorhandenen Fähigkeiten von psychisch erkrankten Menschen und Unterstützungsmöglichkeiten von Beschäftigten mit psychischer Erkrankung erhalten.
- b) Zum weiteren Abbau von potenziell negativen Einstellungen sollen interaktive Formate – auch für nichtstädtische Arbeitgeber\*innen – angeboten werden, die einen Austausch zwischen Arbeitgebenden und psychisch erkrankten Beschäftigten ermöglichen.

## **2. Verstärkte Vorbildfunktion der Landeshauptstadt München als Arbeitgeberin.**

- a) Die LHM soll als Arbeitgeberin Vorbild sein, sowohl bei bestehenden Arbeitsverhältnissen als auch bei Neueinstellungen. Dies umfasst insbesondere die
- Erprobung bzw. Einführung alternativer Arbeitszeit-/ Arbeitsplatzmodelle, die auf die mitunter zeitlich schwankende Leistungsfähigkeit psychisch erkrankter Personen eingehen;
  - Einführung eines Fallmanagements für psychisch erkrankte Mitarbeiter\*innen;
  - verstärkte Beschäftigung stark leistungsgeminderter psychisch erkrankter Personen;
  - erhöhte Bereitschaft, Arbeitsplätze individuell an die Bedürfnisse und Handlungsmöglichkeiten psychisch erkrankter Mitarbeiter\*innen anzupassen (z.B. durch Modifizierung der jeweiligen Arbeitsplatzbeschreibungen oder Senkung der Leistungsvorgaben);
  - Bereitschaft, bei der Festlegung der Leistungsanforderungen für Mitarbeiter\*innen mit Kundenkontakt zu berücksichtigen, wenn diese vermehrt psychisch erkrankte Personen beraten; sprich: Senkung der Leistungsanforderung aufgrund tendenziell erhöhter Zeitaufwände durch öfters unterschiedliches Kommunikationsverhalten psychisch erkrankter Personen.
- b) Analog zu ihrer Vorbildfunktion als Arbeitgeberin sollte die Landeshauptstadt München als Kostenträgerin willens sein, ihre Leistungsvorgaben auch mit Blick auf die von ihr (mit-)finanzierten Stellen bei sozialpsychiatrischen Dienstleister\*innen, auf denen letztere gezielt psychisch erkrankte Personen beschäftigen, an die Leistungsmöglichkeiten der betroffenen Stelleninhaber\*innen anzupassen.

## **3. Aufbau eines Peer-Berater\*innen-Teams (EX-IN).**

Das Wissen um die (inneren) Barrieren von psychisch erkrankten Arbeitnehmer\*innen muss auf allen Ebenen verbessert werden. Die zuständigen Fachreferate der LHM sollen gemeinsam mit dem Integrationsamt und dem Integrationsfachdienst sowie den relevanten Akteur\*innen der Arbeitnehmer\*innenseite eine Anlaufstelle aufbauen, die für alle im Arbeitsleben Beteiligten Beratung und Unterstützung im Zusammenhang mit Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen leistet. Die Anlaufstelle ist mit Expert\*innen aus Erfahrung (Peers) und Expert\*innen per Ausbildung zu besetzen.

## Handlungsempfehlungen – Wohnen und Wohnumfeld

- 1. Überprüfung und gegebenenfalls Ausbau der aufsuchenden psychiatrischen Fachberatung.**  
Die aufsuchende psychiatrische Arbeit in den Einrichtungen der städtischen Wohnungslosenhilfe ist auf ihre Bedarfsgerechtigkeit hin zu überprüfen und gegebenenfalls entsprechend auszubauen.
- 2. Ausbau des Angebots an langfristigen Wohnmöglichkeiten.**  
Das derzeitige Angebot an langfristigen Unterbringungs- und Wohnmöglichkeiten für psychisch erkrankte obdachlose Personen ist auszubauen. Dabei ist auf qualitative Bedarfsgerechtigkeit zu achten (z.B. Flexibilität der Unterstützungsangebote bei Bedarfsschwankungen; Orientierung der Unterstützungsangebote an den individuellen Bedarfen der Bewohner\*innen). Insbesondere ist sicherzustellen, dass psychisch erkrankte Personen, die psychosoziale Unterstützungsleistungen und/oder psychiatrische Behandlungen ablehnen, trotzdem eine langfristige Heimstatt finden können. Der Möglichkeit der Entkoppelung von Wohnform und sozialpsychiatrischen bzw. psychosozialen Unterstützungsleistungen muss – ganz im Sinne der UN-BRK (Recht auf unabhängige Lebensführung) –, ein hoher Stellenwert beigemessen werden.

## Handlungsempfehlungen – Soziale Beziehungen und Soziale Teilhabe

### 1. Freizeit | Kultur.

Das Kulturreferat und das Referat für Bildung und Sport werden gebeten, in Zusammenarbeit mit dem Koordinierungsbüro zur Umsetzung der UN-BRK, Selbstvertretungsorganen und dem Behindertenbeirat die im städtischen Bereich vorhandenen Kriterien, Checklisten und Internetauftritte (z.B. Kultur barrierefrei München) zur Barrierefreiheit im Kultur-/ Freizeit- und Sportbereich mit Blick auf die Berücksichtigung der Bedarfe von psychisch erkrankten Personen zu sichten und gegebenenfalls zu erweitern. Ziel ist eine möglichst konkrete und verbindliche Handreichung/Checkliste für Kultur-, Freizeit- und Sportangebote der LHM sowie von städtisch geförderten Veranstalter\*innen.

Insofern die Einhaltung der Vorgaben der Checkliste mit zusätzlichen Kosten einhergehen (kann), sollten für diesen Fall die etwaig verfügbaren städtischen Fördermöglichkeiten (z.B. Inklusionsfonds) auf ihre Förderbedingungen hin geprüft bzw. sollten diese gegebenenfalls im Rahmen eines umfassenderen Förderkonzeptes definiert werden.

### 2. ÖPNV | Mobilität.

Mobilität ist ein zentraler Faktor für gesellschaftliche Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben. Für Personen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht oder nur mit größten Problemen den ÖPNV nutzen können, sollte die LHM in Zusammenarbeit mit dem Behindertenbeirat / AK Mobilität und Selbstvertretungsorganisationen ein Konzept für ein Taxi-Gutschein-System für diesen Personenkreis entwickeln.

Das Angebot sollte auf seine Leistungsfähigkeit und Adressatengerechtigkeit hin nach zwei Jahren überprüft werden (Evaluation) und das Konzept ggf. bedarfsgerecht angepasst werden.

## Handlungsempfehlungen – Stigmatisierung und Diskriminierung

### 1. Aufklärung und Sensibilisierung.

Aufklärung und Sensibilisierung der Stadtgesellschaft über psychische Erkrankungen und damit verbundene Barrieren für die betroffenen Personen muss als städtische Daueraufgabe betrachtet werden. Die Landeshauptstadt München soll daher entsprechende Antidiskriminierungs- bzw. Antistigmatisierungsmaßnahmen auflegen bzw. ein jährliches Budget zur Verfügung stellen, damit das UN BRK-Büro, Selbstvertretungsorgane u.a. entsprechende Maßnahmen durchführen können. Dazu sollten insbesondere Aktionsprogramme gehören, bei denen Selbsterfahrung ein hoher Stellenwert eingeräumt wird sowie standardisierte Programme (z.B. MHFA-Ersthelfer-Programme<sup>3</sup>).

### 2. Verwaltungshandeln zielgruppengerechter gestalten.

Lernen am Modell und im direkten Austausch führt am stärksten zur Veränderung von inneren Haltungen. Die Landeshauptstadt München sollte – unter Einbeziehung von Expert\*innen in eigener Sache – eine Fortbildung speziell zu den Belangen und Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen entwickeln und durchführen. Die Fortbildung soll sich vorrangig an Mitarbeitende der Landeshauptstadt mit Kundenkontakt, aber auch an Führungskräfte, richten. Neben Sensibilisierung sollte es nicht zuletzt darum gehen, den Mitarbeiter\*innen die Angst zu nehmen, im Kontakt mit psychisch erkrankten Kund\*innen Fehler zu machen.

---

<sup>3</sup> MFHA (Mental Health First Aid) Ersthelfer sind vergleichbar medizinischen Ersthelfern, nur mit spezieller Ausrichtung auf psychische (Not)Situationen.

## Handlungsempfehlungen – übergeordnete Aspekte

### 1. Think Tank.

Menschen mit psychischen Behinderungen bzw. Erkrankungen werden oft vergessen. Bedürfnisse und Barrieren kann man nur dann angehen, wenn man sie von verschiedenen Perspektiven aus betrachtet – immer aber unter Beteiligung von Expert\*innen aus Erfahrung. Die LHM soll zu ausgewählten relevanten Themen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen in München betreffen, so genannte „Think Tanks“ (alternativ einen Bürger\*innenrat) einrichten. Dort werden von Akteur\*innen aus der Praxis mit Betroffenen bzw. Expert\*innen aus Erfahrung multiperspektivisch und transdisziplinär Lösungen bzw. Handlungsempfehlungen zu aktuellen Problemen (z.B. neue Arbeitszeitmodelle) erarbeitet. Dies geschieht nichtöffentlich, moderiert, prozesshaft und mit Aufwandsentschädigung vergütet.

### 2. Co-Forschung.

Gesellschaftliche Teilhabe bedeutet auch Einbezug bei Planungsprozessen und strategischen Entscheidungen. Diesen gehen oft Forschungsstudien voraus. Die LHM soll bei Themen, die die Belange von Menschen mit einer (seelischen) Behinderung berühren, Co-Forschung bzw. die Einbindung der Expertise aus eigener Erfahrung anstreben und dafür auch die notwendigen zeitlichen und finanziellen (z.B. Aufwandsentschädigung) Rahmenbedingungen schaffen. Die Ergebnisse der Studien sind regelhaft – spätestens nach vier Jahren – und unter Einbeziehung von Betroffenen – ebenfalls mit finanziellem Ausgleich (s.o.) – auf ihre Umsetzung zu prüfen.

## **Impressum**

### **Ansprechpartner**

SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung

[www.sim-sozialplanung.de](http://www.sim-sozialplanung.de)

München, Oktober 2023

## **Impressum**

### **Ansprechpartnerinnen**

Landeshauptstadt München  
Gesundheitsreferat

Gesundheitsvorsorge  
Angebote für sucht- und seelisch erkrankte Menschen  
[gvo3.gsr@muenchen.de](mailto:gvo3.gsr@muenchen.de)

Gesundheitsplanung  
Gesundheitsberichterstattung  
[gbe.gsr@muenchen.de](mailto:gbe.gsr@muenchen.de)  
<https://stadt.muenchen.de/infos/gesundheitsberichterstattung.html>

### **Download des Berichts**

<https://stadt.muenchen.de/infos/gesundheitsberichte.html>

### **Herausgeberin**

Landeshauptstadt München  
Gesundheitsreferat  
Bayerstraße 28 a  
80335 München  
[muenchen.de/gsr](http://muenchen.de/gsr)  
[facebook.com/gsrmuenchen](https://facebook.com/gsrmuenchen)  
[instagram.com/gsr\\_muenchen](https://instagram.com/gsr_muenchen)  
[x.com/gsr\\_muenchen](https://x.com/gsr_muenchen)

Stand: Dezember 2023

the 1990s, the number of people with diabetes has increased in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is estimated to be 6.5% in 1995, which corresponds to 1.5 million people (1).

Diabetes is a chronic disease, and the long-term consequences of the disease are determined by the degree of glycaemic control. The most serious complications of diabetes are cardiovascular disease, nephropathy, retinopathy, and neuropathy. The prevalence of these complications is directly related to the duration of the disease and the degree of glycaemic control (2).

The aim of this study was to evaluate the effect of a structured patient education programme on the glycaemic control of patients with type 2 diabetes. The programme was based on the principles of patient education and was designed to be self-directed and self-paced. The programme was evaluated in a randomized controlled trial.

## Methods

### Study design

The study was a randomized controlled trial. The patients were recruited from a general practice in the Netherlands. The patients were randomized to either the intervention group or the control group. The intervention group received a structured patient education programme, and the control group received no structured patient education programme.

The patients were recruited from a general practice in the Netherlands. The patients were randomized to either the intervention group or the control group. The intervention group received a structured patient education programme, and the control group received no structured patient education programme.

The patients were recruited from a general practice in the Netherlands. The patients were randomized to either the intervention group or the control group. The intervention group received a structured patient education programme, and the control group received no structured patient education programme.

The patients were recruited from a general practice in the Netherlands. The patients were randomized to either the intervention group or the control group. The intervention group received a structured patient education programme, and the control group received no structured patient education programme.

The patients were recruited from a general practice in the Netherlands. The patients were randomized to either the intervention group or the control group. The intervention group received a structured patient education programme, and the control group received no structured patient education programme.