

Protokoll der Mitgliederkonferenz am 29.10.2022

der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen (AANB) e. V.

Thema: "**Armut psychisch erkrankter Menschen**"

Ort:

Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, Gebäude J1, Hörsaal H

Beginn: 11.00 Uhr, Ende: 13.00 Uhr

Tagesordnung: siehe Tischvorlage

Teilnehmerliste: siehe Anlage

Die Vorsitzende der AANB, **Frau Rose-Marie Seelhorst**, begrüßt die Anwesenden und führt in das Konferenzthema ein: Wer jemals Armut in seinem Leben erlebt hat, weiß, was das bedeutet! Wie geht es einem in dieser Lebenssituation im Verhältnis zu den anderen Menschen? Ich bin sehr gespannt, was Sie für Erfahrungen gemacht haben mit Ihren betroffenen Familienmitgliedern. Herr Gleitze, Geschäftsführer der Landesarmutskonferenz; Herr Dr. von Gliszczynski von der Landesvereinigung für Gesundheit und Herr Dr. Heitland von der MHH werden zum Thema "Armut" referieren; Herr Schlieckau, in verschiedenen sozialpsychiatrischen Aufgabenfeldern ehrenamtlich engagiert, wird als Moderator durch die Veranstaltung führen.

Herr Schlieckau begrüßt die Anwesenden, betont die Notwendigkeit einer vertieften Beschäftigung mit der Konferenzthematik und lädt dazu ein, gemeinsam zu überlegen, was man tun kann, um Veränderungen herbeizuführen.

Herr Schlieckau kündigt den ersten Redebeitrag an:

Herr Klaus-Dieter Gleitze, Geschäftsführer der Landesarmutskonferenz - gibt in Form eines Video-Beitrages ein Statement zum Konferenzthema ab.

Die Transkription dieses Video-Beitrages ist in unserer Website unter dem Menüpunkt "Dokumentationen" veröffentlicht. An dieser Stelle daher nur einige wichtige Aussagen von Herrn Gleitze:

- Unterscheidung zwischen **absoluter Armut** (weniger als 2 US-\$ zur Verfügung) und **relativer Armut** (die Betroffenen haben nur 60 % des mittleren Einkommens zur Verfügung - konkret: weniger als 1.100 € netto pro Monat).
- Arme Menschen sind fünfmal mehr von Inflation betroffen als der Rest der Bevölkerung.
- Die "Tafeln" haben mittlerweile fast alle einen Aufnahmestopp.
- Diese Situation produziert Angst, Verzweiflung und Aggressionen, die auch Krankheit produziert. Psychische Krankheitsbilder verstärken sich massiv.
- Die gesellschaftliche Zerreißprobe: nicht nur materieller Wohlstandsverlust breiter Schichten, sondern auch Ausbreitung von Massenarmut, Zunahme von Altersarmut - jetzt fast 17 % Altersarmut.
- "Armut macht krank!" und "Krankheit macht arm!"
- Wie kann diese Abstiegsspirale durchbrochen werden? Durch nachhaltige Armutsbekämpfung, gesellschaftliche Akzeptanz des anderen und durch das Durchbrechen von Scham!
- Die Krise ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen.

Zwei der von Herrn Gleitze genannten Forderungen der Landesarmutskonferenz:

- **Wir fordern u. a. 200 € mehr bei den Regelsätzen für Hartz IV, Sozialhilfe und Grund-sicherung.**
- **Wir fordern, dass Superreiche ab 30 Millionen Vermögen mit einer Vermögensabgabe an der Finanzierung beteiligt werden.**

Herr Schlieckau dankt Herrn Gleitze - in Abwesenheit - für seinen interessanten Video-Beitrag und übergibt das Wort an

Herrn Dr. Moritz von Gliszczynski, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.:
"Armut und psychische Gesundheit - eine Bestandsaufnahme"

Die vollständige Präsentation ist in der Website der AANB unter "Dokumentationen" veröffentlicht. Hier im Protokoll nur eine kürzere Zusammenfassung:

Herr Dr. Gliszczynski geht im Teil A seines Vortrages zunächst der Frage nach:
Was ist Armut eigentlich?

Absolute Armut	Relative Armut
" Zustand (...), in dem sich ein Mensch die Befriedigung seiner wirtschaftlichen und sozialen Grundbedürfnisse nicht leisten kann." Laut Weltbank: Wer weniger als 1,9 \$ pro Tag zur Verfügung hat, gilt als absolut arm.	Abweichung von einem gesellschaftlichen Standard, der immer kontextabhängig ist. Somit auch normativer Begriff. In der EU: Definition nach einem "Ressourcenansatz".

Armut definieren wir über Arbeit.

Mangelnde Ressourcen definieren wir über das Einkommen.

Gemäß der soziologischen Definition nach Georg Simmel ("Der Arme", 1908) ist derjenige, der Unterstützung genießt, der ist arm. Der Arme ist aus dem System der Gegenseitigkeit in der Gesellschaft herausgefallen oder auch: Der Arme ist aus gesellschaftlicher Reziprozität (Gegen-, Wechselseitigkeit, Wechselbezüglichkeit) herausgefallen.

Wie wird das Verhältnis heute ausgestaltet? Das System ist darauf ausgerichtet, dass das Verhältnis wieder hergestellt wird, dass jede/r wieder schnell in Arbeit kommt. Dabei gibt es verschiedene Bedingungen, wie z. B. Bewerbungen schreiben, Nachweise erbringen. Das schafft Druck und dieser erhöht das Risiko für psychische Erkrankungen. Aus diesem Kreis kommt man nicht heraus!

Für wen besteht ein hohes Risiko, arm zu werden?

Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Erwerbslose, gering qualifizierte Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund. Es gibt keine ausgewiesene Armutsquote für psychisch erkrankte Menschen.

Wie viele Menschen leiden insgesamt unter materiellen Entbehrungen?

Im Jahr 2020 litten 6,6 % der deutschen Bevölkerung unter erheblichen materiellen Entbehrungen, 9 % der deutschen Haushalte konnten nicht ausreichend heizen - das betraf 2 Millionen Menschen.

Im Teil B seines Vortrages geht Herr Dr. von Gliszczynski der Frage nach:

Macht Armut psychisch krank?

In der Gesundheit gibt es einen sozialen Gradienten: ***Je ungünstiger die soziale Situation, desto schlechter der Gesundheitszustand.*** Dieser Zusammenhang wird durch Einflussfaktoren wie Bildungsniveau, Einkommen, Arbeitsbedingungen, gesundheitsrelevantes Verhalten oder Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflusst.

"Armut macht krank" oder "Krankheit macht arm"?

Schätzungsweise 30 bis 40 % der ALGII-Empfänger hatten 2013 eine psychiatrische Diagnose. Von den psychisch schwer erkrankten Erwachsenen waren 2016 geschätzt circa 30 % erwerbstätig.

Ursachen von "Krankheit durch Armut": Starke Belastungen durch chronischen Stress. Armut macht Stress! Dabei weisen Frauen einen höheren Stresslevel auf als Männer.

Eine Längsschnittstudie (2019 - 2022) wies auf einen "Mangel an Schutzfaktoren" hin - defizitäre personale, soziale und familiäre Ressourcen abhängig vom jeweiligen Sozialstatus.

Hinsichtlich der ALGII-Empfänger ist folgende Frage wichtig:

Welche Auswirkungen haben Sanktionen (durch das Jobcenter) auf das psychosoziale Wohlbefinden?

Der Kontakt mit dem Jobcenter wird als kontrollierend und stigmatisierend wahrgenommen. Es zeigt sich, dass Personen mit psychischen Erkrankungen die Betreuung durch das Jobcenter als besonders schlecht einschätzen.

Was kann man tun, bevor Menschen überhaupt krank werden?

Kinder, die in Armut groß werden, werden dementsprechend geprägt. Wichtig ist daher die Einbindung in integrierte kommunale Strategien: Prävention und frühe Hilfen, Stärkung von Schutzfaktoren, Niedrigschwelligkeit und Empowerment, Armutssensibilität. Ein praktisches Beispiel: Die Fachkräfte in Einrichtungen, wie etwa in Kitas, in ihrer Haltung schulen.

Nach einem Dank von Herrn Schlieckau für diesen Beitrag von Herrn Dr. von Gliszczyński erteilt er das Wort

Herrn Dr. Ivo-Aleksander Heitland, Psychologischer Psychotherapeut in der Medizinischen Hochschule Hannover, Leiter und Koordinator der MHH-Projekte zur integrierten Versorgung und Projektleiter von "**ReHaTOP**".

Eine kurze Sachdarstellung durch die Protokollantin - zum Projekt ReHaTOP:

ReHaTOP steht für **Region Hannover Teilhabe - Orientierung - Prävention** - ein Projekt des Jobcenters Region Hannover in Zusammenarbeit mit dem Bildungswerk der Niedersächsischen Wirtschaft - Ziel: Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung.

Zielgruppe dieses Projekt sind Menschen mit (diagnostizierter) psychischer Erkrankung und / oder Suchterkrankung im ALGII-Bezug. Beginn war am 01.02.2022 mit einer Laufzeit von 2 Jahren (Zielsetzung: dauerhafte Verstetigung). Aktuell gibt es 180 Plätze, perspektivisch nach Umzug zum neuen Standort 240. Die Teilnahme beruht auf Freiwilligkeit und Veränderungsbereitschaft. Die Teilnehmenden werden aktiv vom Jobcenter eingeladen oder können alternativ auch eigenständig/durch Dritte Kontakt zum Projekt aufnehmen. Der Maßnahmenzeitraum für die Teilnehmenden ist auf 12 Monate angelegt - bei Verlängerungsmöglichkeit auf 18 Monate, Altersstruktur: ab 18 Jahren, nach oben nicht begrenzt. Das interdisziplinäre Team besteht neben administrativem Personal und Netzwerkkoordinator*innen u. a. aus 12 Sozialpädagog*innen/Fallmanager*innen, 3 Fachleitern, 1 Ergotherapeutin, 3 Psycholog*innen und 1 Psychiaterin.

Der Unterschied zu anderen Maßnahmen des Jobcenters ist, dass die Eingliederung auf den ersten Arbeitsmarkt nicht zwingend das Ziel sein muss. Das Ergebnis der Maßnahme ist offen! Es geht darum, die Lebenswirklichkeit der Betroffenen in den Blick zu nehmen, eine med.-psychiatrische Diagnostik durch die kooperierende MHH im Rahmen des Projektes durchzuführen und zu schauen, was es braucht, um die allgemeine Lebenssituation positiv zu verändern. Vorrangig ist die Beziehungsarbeit durch multiprofessionelle Betreuungsteams und die allgemeine Ressourcenstärkung in unterschiedlichen Themenfeldern (Modulstruktur).

Herr Dr. Heitland führt aus, dass sich die Teilnehmenden in der Regel im gesamtgesellschaftlichen Spannungsfeld befinden, der wechselseitigen Beeinflussung von "Armut macht krank - krank durch Armutssensibilität".

Die sozialpsychiatrische Gesamtsituation ist dadurch gekennzeichnet, dass es zu wenige Psycholog*innen und Psychotherapeuten gibt für die stetig steigende Anzahl von psychisch beeinträchtigten Menschen. In der MHH gibt es ca. 65 psychologisch/psychiatrische Fachkräfte, die Wartezeit bis zum Beginn einer Psychotherapie beträgt ca. 14 Monate - zurzeit ist die Warteliste geschlossen! Es gibt in der MHH also eine massive Unterversorgung, aber auch im gesamten Bereich der Psychotherapieplätze landesweit.

Herr Dr. Heitland führt aus, dass Armut aus psychologischer Sicht beim Betroffenen Stress erzeugt. Damit kann der Therapeut dann schlecht arbeiten, denn dieser auf Armut basierende Stress hat ja eine reale Basis. Es ist kein einfach zu lösendes Problem! Der kontinuierliche Stress bleibt bestehen und macht die psychotherapeutische Arbeit schwierig.

So könnte beispielsweise mit der betroffenen Person, die sich aufgrund ihrer psychischen Belastung zurückgezogen hat, therapeutisch erarbeitet werden, wieder einmal rauszugehen. Aber: Dazu gehören in der Regel ausreichende finanzielle Ressourcen! Auf diese Weise ist Armut ein Faktor, der die sowieso schon vorhandenen psychologischen Probleme noch weiter verstärkt.

Erschwerend für die seelische Situation der Betroffenen kommt hinzu, dass psychische Krankheiten noch immer stigmatisiert sind. Ein weiteres Problem stellt die chronische Belastungssituation dar, in der sich die teilnehmenden psychisch Erkrankten im ALGII-Bezug befinden. Das ist natürlich auch dem Jobcenter bekannt. Bezogen auf die Gesamtzahl an Arbeitsuchenden haben 30 bis 40 % eine psychische Erkrankung. Im vorgestellten Projekt ReHaTOP haben 91 % eine psychiatrische Diagnose, die einer Behandlung bedarf - aber nur 25 % sind in einer Behandlung. In der MHH bekommen wir grundsätzlich die am schwersten von psychischer Erkrankung Betroffenen. Wenn wir die Mehrfachdiagnosen mit dazu rechnen würden, wären es ca. 142 %, die behandelt werden müssten.

Für Herrn Dr. Heitland ist es problematisch, dass im ReHaTOP-Projekt die in der MHH behandelten Teilnehmenden natürlich einer Erwartungshaltung von Seiten des Jobcenters ausgesetzt sind, wieder eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen. Die am Projekt beteiligten Akteure setzen sich zusammen und beraten gemeinsam zum Wohle der betreffenden Person. Wörtliches Zitat: "Es geht nicht, dass jemand in eine Arbeitssituation geschubst wird!" Wenn eine volle Integration in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nicht möglich sein sollte, kann die Projektarbeit mit der betreffenden Person auch beispielsweise in der Unterstützung bestehen, den Weg in eine Frühverrentung zu ebnen.

Vielleicht, so Herr Dr. Heitland, findet auf verschiedenen Ebenen ein "Umdenken" statt, was man tun kann, dass diese Menschen wieder an der Gesellschaft teilnehmen können. Verschiedene Fachgruppen müssen an einem Strang ziehen, um wirkliche Teilhabe zu erreichen, dass diese Menschen auch selbst aus der Armut herausfinden. Diese in der Region Hannover immer noch vorhandene Versorgungslücke versuchen die am Projekt beteiligten Psychologen an 12 Regionsstandorten der Jobcenter zu schließen. Und Herr Dr. Heitland gibt seiner Hoffnung Ausdruck, in den kommenden Jahren die Arbeit auf diese Weise fortführen zu können.

Herr Schlieckau weist darauf hin, viele Leute hätten erkannt, dass es im Bereich der angestrebten Teilhabe Missstände gibt und Versorgungslücken und wollen diese schließen.

Bisher ist die **Grundsicherung** und **Erwerbsunfähigkeitsrente** noch nicht angesprochen worden. Das Projekt ReHaTOP richtet sich nur an Arbeitsuchende. Herr Schlieckau fordert auf, Fragen dazu an die beiden Referenten zu richten.

Herr Dr. Heitland: Im Rahmen des Projektes wird von psychologischer Seite gefragt, was der einzelne Mensch braucht. Wenn klar wird, dass dieser Mensch nicht in die Erwerbstätigkeit gehen kann, können wir ihn unterstützen, in die Erwerbsunfähigkeitsrente hineinzukommen - wir werden ihn dazu psychologisch begleiten. Die Projektbeteiligten in der MHH unterstützen auch bzw. ebnen den Weg in eine Schuldnerberatung.

Frau Seelhorst wendet sich mit der Frage an das Plenum, welche/r der Angehörigen eigentlich Betroffene habe, die im Rentenbezug sind oder Grundsicherung erhalten. Menschen zu etwas zu zwingen, was diese nicht wollen, ist kontraproduktiv.

Herr Schlieckau betont aber auch, dass die Betroffenen in der Regel durchaus etwas leisten und nicht mit 25 Jahren in Rente gehen wollen. Er richtet die Frage an das Plenum: "Wie ist Ihre Erfahrung mit Armut?"

Eine Angehörige: Diese Menschen haben nur die Möglichkeit, über das Ehrenamt etwas dazu-zuverdienen. Der Verdienst genügt natürlich nicht. Daher ist dies auch nicht unbedingt befriedigend, weil der Mensch nicht das Gefühl hat, ein wertvolles Mitglied der Gesellschaft zu sein. Und: Wie wirkt sich das dann auf die eigenen Kinder und Enkelkinder aus?

Ein Angehöriger: Die psychisch erkrankten Menschen befinden sich in einem Teufelskreis. Gemäß des seit 2020 inkraftgesetzten Bundesteilhabegesetzes (BTHG - "Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung") besteht die Pflicht der Reha-Träger, Krankenkassen usw., dass diese Ansprechstellen sein müssen. Beim Anfangsverdacht einer sich anbahnenden Armut ist der Sozialpsychiatrische Dienst verpflichtet, Wege aufzuzeigen. Aber: **Gibt es diese Pflicht in der Realität?**

Sein Sohn war obdachlos geworden, er hatte im erlernten Beruf gearbeitet, war jedoch arbeitslos geworden und die psychische Krankheit war ausgebrochen. Das Jobcenter hat ihm nur ein Formular gegeben und ihn zur Rentenversicherung geschickt. Sein Sohn hat es nicht geschafft, dieses auszufüllen.

Der Rettungsanker für den Angehörigen war die von ihm besuchte Angehörigen-Gruppe und auch der Sozialpsychiatrische Dienst. Sein Sohn ist dann in einer besonderen Wohnform gelandet. Was wäre, wenn sein Sohn heute krank geworden wäre? Würde das Jobcenter etwas machen? Anscheinend ist man dort jetzt motivierter!

Auch fragt er sich als Angehöriger: Wie können wir Angehörigen erreichen, den so wichtigen Schutzfaktor zu bilden für unser erkranktes Familienmitglied?

Er ist ein Kritiker des BTHG - es hat die Situation der Betroffenen nicht verbessert. Heute haben die Grundsicherungsempfänger teilweise weniger Geld zur Verfügung als früher. Das Gros der Betroffenen ist doch dauerhaft erwerbsunfähig, kann nicht mehr arbeiten. Und wenn doch ein Zuverdienst erlangt werden kann, wird dieser dann größtenteils wieder vom Grundsicherungsbetrag abgezogen! Das BTHG hat Verbesserungen gebracht (u. a. ist das "Schonvermögen" erhöht worden), die finanzielle Lage hat sich allerdings nicht verändert. Früher gab es Taschengeld, heute haben die Menschen weniger.

Eine Angehörige äußert dazu, das BTHG sollte, wie sie es verstanden hat, die Betroffenen aus dem bisherigen Fürsorgesystem herausführen, hin zur Priorität der Unterstützung gemäß den Wünschen und dem Wollen. Aber es war auch ein Anliegen, die Ausgabendynamik bei den Eingliederungshilfeleistungen zu begrenzen ("diese drohten aus dem Ruder zu laufen!"). Doch bei einigen schweren psychischen Erkrankungen ist ja gerade das Wollen und Handelnkönnen stark beeinträchtigt. Darum ist es evtl. auch etwas zynisch, Unterstützungsleistungen nur für das zu gewähren, was ausdrücklich vom Betroffenen gefordert wird! Mehr Fürsorge wäre da dann wohl doch passender und zielgenauer!

Herr Schlieckau fasst kurz die Änderungen zusammen, die das BTHG gebracht hat - wie z. B. neue Regelungen zur Teilhabe und Rehabilitation, weg vom bisherigen "Fürsorgesystem" hin zur Orientierung am persönlichen Bedarf und der Betonung des Wunsch- und Wahlrechts.

Ein Angehöriger moniert, das Gesetz hätte Verbesserungen versprochen, monetär aber eine Verschlechterung geschaffen!

Daraufhin fordert Herr Schlieckau auf, dass der Angehörigenverband daran arbeiten solle, dies zu ändern!

Der Angehörige betont, die Unterstützung sei vorher eine Komplexleistung gewesen, jetzt sei diese aber getrennt in die Fachleistung und existenzsichernde Leistung - der Grund sei, dass

eine Personenzentrierung erreicht werden soll. Die Fachleistung soll vom Betroffenen selbst beantragt und überwiesen werden an den Leistungserbringer. Dies sei ein großer Verwaltungsaufwand - sein Sohn habe viele Bescheide bekommen. Der Angehörige zeigt zur Verdeutlichung eine Broschüre, in der auf eine "Regelbedarfsstufen-Fortschreibungs-Verordnung" hingewiesen wird.

Eine Angehörige bestätigt, dass der Verwaltungsaufwand beim neuen Bedarfsermittlungsverfahren B.E.Ni sehr hoch ist. Daneben macht sie als Angehörigenvertreterin im Regionalen Fachbeirat Psychiatrie noch auf eine andere Problematik aufmerksam: Beim vor kurzem stattgefundenen Treffen der Klinikleitungen, regionalen Anbietern und des Sozialpsychiatrischen Dienstes wurden mangelnde Ressourcen für die ausreichende Versorgung der psychiatrischen Patienten beklagt. Hier entsteht Armut als Versorgungsarmut im therapeutischen Bereich.

Herr Schlieckau nimmt daraufhin Bezug zu der von Herrn Dr. Heitland genannten Anzahl von 65 Therapeuten in der MHH und stellt fest, dass natürlich 120 Therapeuten viel besser wären! Hier ist aber das Krankenkassensystem gefragt, die Grundsicherung hat einen anderen Adressaten!

Ein Angehöriger äußert dazu, dass wir eine Erhöhung der Grundsicherung fordern können - beispielsweise durch das Gremium "Landesfachbeirat Psychiatrie". Früher war das SGB XII sozialer angelegt. Wenn wir unsere Betroffenen zusätzlich versorgen mit Lebensmitteln, wird das auf die Grundsicherung angerechnet!

Herr Schlieckau entgegnet, dass es die "Anrechnung von Sachzuwendungen" in der Grundsicherung noch in Niedersachsen gibt - Berlin und Hamburg hat dies bereits abgeschafft! Als Beispiel nannte er auch die Sachzuwendung eines geschenkten Pullovers. Man sollte bestimmte Forderungen - Vorschriften aus den 60er-Jahren - auch in Niedersachsen aus dem SGB XII streichen. **Das sei doch eine Aufgabe für den Angehörigenverband, hier die Änderung anzustreben!**

Herr Dr. von Gliszczynski dazu: Gesetze müssen verbessert werden. Verbände, wie z. B. auch die AANB, könnten auf kommunaler Ebene etwas erreichen. **Daneben fordert er dazu auf, der Verein könne etwas tun mit den Präventionsleistungen!**

Im **Bundespräventionsgesetz** seit 2015 stehen Milliarden von Euros zur Verfügung - damit könne man konkret vor Ort etwas tun! Wir als Angehörige sind ja auch stark finanziell beteiligt! Die Krankenkassen haben selbst auch Gelder, die sie ausgeben können. Selbstverständlich sind die zögerlich, denn sie haben die Verantwortung für die Ausgaben für Präventionsleistungen vom Bund übertragen bekommen. Aber: Alle Erkrankungen, die nachher aufgrund der mangelhaften materiellen Situation der psychisch Kranken entstehen, müssen von den Kassen ja auch bezahlt werden!

Eine Angehörige teilt mit, ihr psychisch erkrankter Sohn sei im Hartz-IV-Bezug - er ziehe sich zurück von der Familie und leide an einer Sozialphobie. Sie fragt: Wieso sitzen im Jobcenter keine Psychologen? Die Scham ihres Sohnes ist so groß, dass er noch nicht mal zu Ärzten geht!

Herr Dr. Heitland bestätigt, dies war vor einem Jahr hier auch so! Das Jobcenter arbeitet nach dem SGB II. Bei den Folgen der psychischen Erkrankung ist das Jobcenter eigentlich raus, der Fallmanager überfordert! Daher hat jetzt das Jobcenter die MHH mit ins Boot genommen.

Herr Dr. von Gliszczynski bestätigt, es gibt ja jetzt das Projekt ReHaTOP, bei dem die Jobcenter begleitet werden von Psychologen. Dieses Projekt gibt es in anderen Regionen auch.

Herr Dr. Heitland weist noch darauf hin, dass im Projekt auch die Fallmanager entsprechend geschult werden.

Ein Angehöriger wirft ein, es müsse auch eine "befugte" Weitergabe von Daten geben. Da dies aber wohl nicht so einfach ist, wäre es besser, selbst Kontakt aufzunehmen z. B. mit der Klinik wegen der Schweigepflichtentbindung.

Herr Dr. Heitland entgegnet, dass wir Psychologen von der MHH im Rahmen des Projektes keine Daten direkt weitergeben an das Jobcenter.

Eine Angehörige regt an bzw. würde es sehr gut finden, wenn auch die Angehörigen der Projekt-Teilnehmenden geschult würden von den Psychologen der MHH (Schulung im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen).

Herr Dr. Heitland bestätigt: "Das machen wir gerne!" Aber: Die Zustimmung des Patienten/der Patientin ist erforderlich.

Herr Schlieckau stellt die Frage, ob eine **Schulung der Angehörigen auch als Präventionsprojekt von der AANB** durchgeführt werden könnte?! Es wäre zu prüfen, ob die Finanzierungsmöglichkeit durch die Krankenkassen als Präventionsprojekt möglich wäre. Dies sollte vom Angehörigenverband verfolgt werden.

Herr Schlieckau kommt noch einmal zurück auf die Sachzuwendung innerhalb der Grundsicherungsleistungen. Dass eine Sachzuwendung, wie das genannte Beispiel mit dem geschenkten Pullover, angerechnet wird auf die Grundsicherung, sei so nicht hinnehmbar. Eine Sachzuwendung hat nur eine ergänzende, aber nicht eine ersetzende Funktion.

Ein Angehöriger teilt mit, es gebe eine namhafte Literaturstelle, nach der Sachgegenstände, die ergänzt/ersetzt werden, nicht auf die Grundsicherungsleistungen angerechnet werden, wenn man in diesem Falle "gutgläubig" handele.

Ein Angehöriger äußert, dass er dagegen ist, die Angehörigen systematisch in die finanzielle Absicherung der Betroffenen einzubinden. Dies würde von beiden Seiten als entwürdigend empfunden. Es wäre besser, Informationen zur Thematik allgemein zu sammeln und allen Beteiligten zur Verfügung zu stellen, damit alle "rechtssicher" handeln können. Insgesamt wäre die Einführung des "Bedingungslosen Grundeinkommens" sehr hilfreich.

Herr Schlieckau merkt an, die noch immer vorherrschende Grundhaltung entstammt historisch der katholischen Sozialethik - jeder soll sehen, wie er selbst zurechtkommt!

Herr Dr. von Gliszczynski wirft ein, eigentlich sollten Steuern angehoben werden sowie ein (bedingungsloses) Grundeinkommen eingeführt werden - dies müsste eigentlich unsere Forderung sein! Dabei sollte bei der Ausgestaltung aber aufgepasst werden: Menschen sollten nicht mit Geld "abgespeist" werden, sonst aber allein gelassen werden - z. B. mit ihren psychischen Problemen!

Ein/e Angehörige äußert sich zum "Bedingungslosen Grundeinkommen" - bei Einführung würden bei manchen Betroffenen dann alle sozialen Leistungen wegfallen. Aber Dienstleistungen sollten weiterhin vorhanden sein. Auch bestünde die Gefahr, dass sich der Staat ganz zurückzieht.

Dazu entgegnet Herr Schlieckau, dass in dieser Hinsicht wohl in den nächsten 5 Jahren nichts passieren wird aufgrund der Finanzierungsprobleme hinsichtlich des (bedingungslosen) Grundeinkommens!

Abschließend dankt Herr Schlieckau den Teilnehmenden, den Referenten und dem Angehörigenverband. Wir sollten die hier entstandene "Connection" aufrechterhalten, vor allem auch zur Landesarmutskonferenz. Unsere dringlichen Wünsche, die nur auf politischer Ebene angegangen werden können, sollten wir noch jetzt im Zeitraum der niedersächsischen Regierungsbildung an den Ministerpräsidenten schicken. Das Thema "Armut" hat viele Aspekte, heute haben wir viele Hinweise erhalten. Im kommenden Jahr sollten wir uns wieder dazu in einer Veranstaltung treffen!

Protokoll: Birgit Kleeblatt