

Redaktion: Andreas Böhm, Benigna Brandt, Martin Heinze, Daniela Schmidt

Titelbild: Wortwolke, die aus der Verschriftung der drei Fokusgruppen und der 11 Interviews der Studie gewonnen wurde. Die Größe der Wörter signalisiert Häufigkeiten im Gebrauch (erstellt mit MAXQDA 2022)

Inhalt

1	Hintergrund	4
2	Projektziele.....	6
3	Methoden	7
3.1	Perspektive der Helfenden - Fokusgruppen	7
3.2	Perspektive der Betroffenen - Interviews	9
4	Ergebnisse	11
4.1	Sogenannte Systemsprenger aus der Sicht der Helfenden	11
4.1.1	Die Betroffenenengruppe	12
4.1.2	Hilfen für psychisch kranke Menschen passend machen	14
4.1.3	Lebensverläufe – Systemsprenger wird man über Jahre	22
4.1.4	Was die Passung zwischen Hilfen und Personen erleichtert oder erschwert ...	23
4.2	Wie (ehemalige) Betroffene das psychiatrische Krankenhaus und die Hilfen der Eingliederungshilfe sehen.....	28
4.2.1	Erfahrungen in psychiatrischen Kliniken	30
4.2.2	Erfahrungen mit Hilfen der EGH.....	33
4.2.3	Übergänge zwischen Psychiatrischer Klinik und EGH.....	36
4.2.4	Patientenorientierung und Teilhabe.....	37
4.3	Die Sicht der Helfenden und ehemaligen Betroffenen im Vergleich.....	38
5	Ansätze für Lösungsvorschläge der Versorgungsproblematik	39
6	Zusammenfassung der Ergebnisse	42
7	Literatur.....	45

1 Hintergrund

Das MSGIV hat 2021 die Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. mit einem Zuwendungsbescheid gefördert, um das Projekt „Verzahnung der psychiatrischen Versorgung mit dem System der Eingliederungshilfe“ in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Brandenburg durchzuführen. Zur Projektdurchführung ist Gesundheit Berlin-Brandenburg eine Kooperation mit einem wissenschaftlichen Partner, der Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB, Leitung Prof. Dr. Martin Heinze) eingegangen.

2022 hat das MSGIV eine Fortführung des Projekts aus Lottomitteln gefördert, um nach der Expertenperspektive auch Betroffene zu Wort kommen zu lassen. Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse beider Forschungsphasen zusammen.

Das Projekt steht im Kontext folgender, übergeordneter Ziele:

1. Für geistig und seelisch wesentlich behinderte, erwachsene Menschen (EinglHVO, §3), die einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben (SGB IX, §99), sind die Angebote von Trägern unterstützender Wohnformen mit den Angeboten der psychiatrischen Versorgung (Krankenhäuser, Fachabteilungen, psychiatrische Institutsambulanzen) so abgestimmt, dass eine bedarfsgerechte Versorgung erfolgt. Damit wird im Interesse der geistig und seelisch wesentlich behinderten, erwachsenen Menschen und im Sinne des Bundesteilhabegesetzes eine selbstbestimmte Lebensführung im Sozialraum ermöglicht. (§104 Abs. 1 SGB IX; §117 SGB IX, (§76 Abs. 1, §113 Abs. 1 SGB IX).
2. Der Wissensstand bei den Akteuren über die jeweiligen Handlungslogiken und rechtlichen Regelungen der Systeme psychiatrische Versorgung und Eingliederungshilfe ist verbessert.
3. Bestehende Regelungen (z.B. stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V) sind auf ihre flächendeckende Umsetzbarkeit geprüft.
4. Es liegen Handlungsempfehlungen für dezentrale und sozialraumorientierte Versorgungsmodelle vor.
5. Die Versorgungsmodelle leisten einen wesentlichen Beitrag, dass Unterbringungen nach § 1906 BGB weitgehend vermieden werden.

In dem Projekt werden zentrale Ziele des MSGIV in den Bereichen Psychiatrie und Eingliederungshilfe ersichtlich, die auch im Interesse der Kooperationspartner stehen: bedarfsgerechte

Versorgung über Sektorengrenzen hinweg, Ermöglichung einer selbstbestimmten Lebensführung und Prüfung innovativer Versorgungsmodelle, die dezentral und sozialraumorientiert sind und Unterbringungen reduzieren.

Der Fokus im Projekt ist auf Erwachsene (>18 Jahre) gerichtet, die als sogenannte Systemsprenger auffallen und möglicherweise nicht bedarfsgerecht versorgt werden. Der gewählte Projekttitel „Verzahnung...“ legt nahe, dass die Erwartung besteht, durch eine engere Verzahnung der (akut-) psychiatrischen Versorgung und der Eingliederungshilfe Versorgungsdefizite der betroffenen Patientengruppen verringern zu können. Als Hintergrund kann man eine in Brandenburg langandauernde Diskussion sehen, wie mit einer kleinen, aber in der Versorgung aufwändigen Gruppe von Patient:innen umgegangen werden kann, die als sogenannte Systemsprenger in Erscheinung treten.

Es gibt keine verlässlichen Angaben darüber, wie viele erwachsene, sogenannte Systemsprenger es in Brandenburg gibt. Das ist einerseits dem vagen Begriff Systemsprenger geschuldet und andererseits ein Defizit der empirischen Forschung. Wenn man davon ausgeht, dass etwa 1 bis 2 Prozent der erwachsenen Menschen an schweren und langanhaltenden Auswirkungen ihrer psychischen Erkrankungen leiden und einen komplexen Behandlungsbedarf mit medizinischen und psychosozialen Hilfen aufweisen (Giertz, Speck & Steinhart 2022, DGPPN 2018), bedeutet dies auf Brandenburg bezogen, dass mit etwa 18.000 schwer psychisch kranken Personen gerechnet werden muss (bezogen auf die Bevölkerung Brandenburgs 18-60 Jahre; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2022). In einer Befragung von Pflegeeinrichtungen für psychisch Kranke in Mecklenburg-Vorpommern zeigte sich, dass etwa jede/r 10. Klient/in zur Gruppe der sogenannten Systemsprenger gezählt wurde (Giertz & Gervink 2018). Das heißt, es geht hier nur um einen Bruchteil der schwer und chronisch psychisch Kranken. Verengt man die Frage nach der Zahl sogenannter Systemsprenger auf die Personen, die mit einem Beschluss für eine zivilrechtliche Unterbringung nach § 1906 BGB nicht in Brandenburg sondern in der Regel wohnortfern in anderen Bundesländern versorgt werden, ergibt sich eine kleine Zahl: eine Abfrage der örtlichen Sozialhilfeträger des Landes Brandenburg ergab 2016 nur 51 Fälle, was sicherlich eine Unterschätzung ist (MASGF 2017 unveröffentlichtes Manuskript).

2 Projektziele

Nach einer Literaturanalyse über die verschiedenen, international gehandhabten Modelle zur Versorgung von Menschen mit sehr hohem und komplexem Hilfebedarf (siehe nähere Erläuterung der Klientel) wurde eine qualitative Erhebung der Ausgangslage im Land Brandenburg durch Befragung wesentlicher Akteur:innen der Versorgung durchgeführt. Es sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Perspektive die Helfenden auf sogenannte Systemsprenger haben und wie die Versorgung beschrieben und bewertet wird.

Dieser zunächst deskriptive Ansatz passt zu einer Forderung einer aktuellen Studie der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, BAGüS (2021). In den Schlussfolgerungen einer Erhebung über geschlossen geführte Einrichtungen in der Eingliederungshilfe wird betont, „dass es einen deutlichen Bedarf gibt, sich mit der Thematik vertieft auseinanderzusetzen. Dazu ist es erforderlich, **das Wissen um die Bedarfe der Zielgruppe zu erweitern** (Hervorhebung durch die Autoren), unterschiedliche Instrumente zur Bedarfsdeckung (s.o.) weiterzuentwickeln und die Datenqualität erheblich zu verbessern.“ (BAGüS 2021, S. 17).

Vor dem Hintergrund der Diskussion in der Steuerungsgruppe des Projektes, bestehend aus Vertreter:innen des MSGIV sowie der Kooperationspartner am 5. Mai 2021 wurde die zentrale Fragestellung im Projekt angepasst. Es bestand Konsens darüber, dass eine präzisere Beschreibung der gesamten Problematik einer Lösungssuche zur Verbesserung der Versorgung vorausgehen soll. So heißt es im Protokoll der Steuerungsgruppe: „Im Projekt soll es darum gehen, das Problem zu verstehen und nicht darum, konkrete Vorschläge zur Lösung zu erarbeiten. Diese Frage könnte in einem weiteren Projekt bearbeitet werden.“ (S. 2),

In der ersten Projektphase stand die **Perspektive der Helfenden** im Vordergrund. Die Problematik „Systemsprenger“ wurde damit durch die Brille der Akteur:innen im Versorgungssystem gesehen. Das ist insofern gerechtfertigt, als die Akteur:innen des Versorgungssystems die Situation von sogenannten Systemsprengern maßgeblich beeinflussen. Verbesserungen für alle Beteiligten können nur mit den Helfenden verwirklicht werden. Spätestens seit Diskussion und Verabschiedung des BTHG, Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, ist es Konsens, dass eine paternalistisch-fürsorgliche Gestaltung des Hilfesystems weder sinnvoll noch erträglich ist. Daher wird eine wesentliche Vollständigkeit unserer Ergebnisse durch den Einbezug der Betroffenen erwartet.

2022 wurde das Projekt mit dem Fokus auf die **Perspektive von (ehemaligen) Betroffenen** fortgesetzt. Mit qualitativen Interviews wurden Personen interviewt, die bereits Erfahrungen

mit Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (Unterbringungen, Fixierungen) wie auch mit der Eingliederungshilfe gemacht hatten. Betroffene sind Expert:innen aus Erfahrung. Vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen soll sichtbar werden:

- wie und inwieweit Unterstützung und Hilfen in beiden Feldern erlebt wurden
- was als weniger hilfreich, belastend oder sogar als schädigend wahrgenommen wurde und
- wie die Übergänge zwischen medizinischen und sozialen Hilfen erlebt wurden.

Nach Auswertung der Interviews mit ehemaligen Betroffenen werden die Ergebnisse der Expertenperspektive mit den Ergebnissen der Betroffenen-Befragungen in Verbindung gesetzt.

Die Forschungsergebnisse werden die Erkenntnisse über den Umgang mit sogenannten Systemsprengern bereichern und Möglichkeiten für Verbesserungen aufzeigen, die schließlich sowohl der Personengruppe wie auch den Akteur:innen im Hilfesystem zu Gute kommen können.

Die Ergebnisse beider Forschungsphasen sollen als ein Baustein einer systematischen Verbesserung der Versorgung in Brandenburg genutzt werden. Sie können als Input und Verständigungsgrundlage in regionalen Workshops verwendet werden. Wenn möglich in Zusammenarbeit mit den in diesem Gebiet ansässigen Sozialpsychiatrischen Diensten unter Einbindung der Akteure der ambulanten psychiatrischen Versorgung soll ein Dialog der Akteur:innen, insbesondere an der Schnittstelle von Eingliederungshilfe und SGB-V-Versorgung, etabliert werden. In dessen Ergebnis werden konkrete und regional umsetzbare Lösungsschritte definiert, plausibilisiert und für eine pilothafte Umsetzung vorbereitet.

3 Methoden

Um die Forschungsfrage(n) adäquat bearbeiten zu können, wurde zunächst eine wissenschaftliche Recherche zu Fachpublikationen über sogenannte „Systemsprenger“ durchgeführt. Für den empirischen Teil des Projekts wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt.¹

3.1 Perspektive der Helfenden - Fokusgruppen

Expert:innen von Verwaltung, Versorgung (psychiatrisch, Eingliederungshilfe) Interessenvertretungen von Betroffenen und Angehörigen sowie Experten von außerhalb Brandenburgs

¹ Interviewleitfäden, Flyer zur Werbung für Interviews, Ethikantrag und Ergebnistabellen mit Codes und Kategorien können bei den Autor:innen angefordert werden

wurden zu drei themenzentrierten Fokusgruppen eingeladen. Mit diesem methodischen Vorgehen war eine frühzeitige und mitgestaltende Einbeziehung der im fokussierten Kontext Handelnden möglich. Der explorative Charakter der Studie wie auch das Forschungsinteresse machten ein qualitatives Design erforderlich: *Wie* sehen die Akteur:innen die Gruppe der Betroffenen? *Welche* Faktoren leiten die Akteur:innen in ihrem Handeln? *Was* wird als günstig oder weniger günstig für eine gelingende Versorgung betrachtet? *Wie* sieht die Passung bzw. wie sehen die Passungsprozesse² zwischen Betroffenen und Versorgungssystem aus?

Für die Gewinnung der Teilnehmenden für die Fokusgruppen wurde die fachliche Expertise der Studiengruppe genutzt. Mit Hilfe des Schneeballverfahrens wurden Akteur:innen angesprochen. Zur Einbindung der Träger der überörtlichen und örtlichen Eingliederungshilfe (Landkreistag, Städte- und Gemeindebund sowie Landesamt für Soziales und Versorgung) wurden ein Schreiben und eine Projektskizze über die Projektziele sowie das Vorgehen im Projekt verfasst und versandt.

Die Ansprache zur Teilnahme an den Fokusgruppen erfolgte durch die Projektpartner, wodurch eine Einbindung aller Ebenen sichergestellt werden konnte. Schließlich wurden so eine Reihe von Expert:innen gewonnen: Sozialverwaltung der kommunalen und Landesebene, Leistungserbringer:innen in der EGH, Psychiater:innen aus der stationären Versorgung, SPDi, Betreuer:innen, Vertreter von Angehörigen und Psychiatrieerfahrene sowie Experten von außerhalb Brandenburgs.

² Wir nutzen den Begriff der Passung aus der Entwicklungspsychologie. Passung bezeichnet das Zusammenwirken von unterschiedlichen Faktoren, die auf eine Person (Kind/Jugendlicher oder Erwachsener) einwirken, wenn diese eine Entwicklungsaufgabe zu bewältigen hat. Wenn man von Wechselwirkungsprozessen ausgeht, ist ein problematisches Verhalten nicht auf Ursachen in der Person oder in der Umwelt zurückzuführen, sondern das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels verschiedener Faktoren.

Tabelle 1: Teilnehmende der drei Fokusgruppen

Bereich	Anzahl
Leitungen Psychiatrischer Kliniken	2
LASV Aufsicht für unterstützende Wohnformen	1
Sozialamt Leitung und Sachbearbeitung EGH	2
Heime / Einrichtungen / Betreuende	3
Vertreter Betroffene und Angehörige	2
Sozialpsychiatrischer Dienst	1
Experten von außerhalb Brandenburgs (Einrichtungen, Psychiatrie, Fachsteuerung Eingliederungshilfe)	4

Die drei Fokusgruppen wurden im Juli 2021 mit Videokonferenzen durchgeführt. Mit Zustimmung der TN wurden die Gespräche aufgezeichnet und verschriftet.

Die Analyse orientierte sich an bewährten Methoden von Mayring, Kuckartz und Schmidt (Mayring 2008, Kuckartz 2010, Schmidt 2008). Zur Unterstützung der Auswertung wurde die Software MAXQDA genutzt. Die Daten wurden gemeinsam in der Studiengruppe analysiert und interpretiert (Steinke 2008).

3.2 Perspektive der Betroffenen - Interviews

Methodischer Zugang war eine Querschnittstudie mit qualitativer Datenerhebung bei (ehemaligen) Betroffenen. Die Datenerhebung wurde mit einem Ethikantrag bei der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) unter dem Aktenzeichen E-02-20211129 vorbereitet (Studieninformationen, Interviewleitfaden, Datenschutzkonzept und Einwilligungsf formular). Die Ethikkommission befürwortete die Studie und bewertete den Ethikantrag am 28.1.2022 positiv.

Zur Gewinnung der Gesprächspartner:innen wurden Einrichtungen und Einzelpersonen angesprochen (SPDi, Einrichtungen des betreuten Wohnens, forensische Ambulanz). In einem Flyer wurde unser Anliegen dargestellt und ein Honorar in Höhe von 100 Euro in Aussicht gestellt. Ein- und Ausschlusskriterien:

- Aufenthalt(e) auf geschlossenen Stationen (möglichst mit richterlichem Beschluss)
- Erfahrungen mit dem System der Eingliederungshilfe
- Aktuell keine Krisensituation.

Insgesamt wurden 11 Personen per Videokonferenz oder live befragt (vgl. Tabelle unten). Die Befragten waren zum Großteil zeitweise sogenannte Systemsprenger. Im Sinne des Theoretical Samplings wurden Personen ausgewählt, die absehbar verschiedene Erfahrungen gemacht hatten. Nicht oder weniger repräsentiert sind Personen, deren kognitive Fähigkeiten und Erinnerung stärker eingeschränkt sind.

Tabelle 2: Interviewte nach Alter, Geschlecht und anderen Merkmalen

Nr.	Geschlecht	Alter	live/ online	Schulbildung in Jahren	Erfahrungen mit Unterbrin- gungen	Erfahrungen mit EGH
1	m	41	online	10	ja	ja
2	f	55	online	>10	ja	ja
3	f	39	online	10	ja	nein
4	m	37	live	<10	ja	ja
5	m	38	live	10	ja	ja
6	f	33	live	>10	ja	ja
7	f	36	live	<10	Ja	ja
8	f	37	live	10	ja	ja
9	m	27	online	10	ja	ja
10	m	52	live	10	ja	ja
11	f	58	online	10	nein	nein

Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der Befragten aufgezeichnet, verschriftlicht und mit Hilfe der Software MAXQDA analysiert. Die Analyse erfolgte mit der qualitativen, zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2022). Die Hauptkategorien waren mit der Fragestellung vorgegeben, jeweils positive und negative Erfahrungen:

- mit Aufhalten in psychiatrischen Kliniken
- mit Eingliederungshilfe (Wohnen und andere Bereiche)
- mit den Übergängen zwischen Krankenhaus und EGH.

4 Ergebnisse

4.1 Sogenannte Systemsprenger aus der Sicht der Helfenden

In der **Auswertung der Expertengespräche** wurden insbesondere die Abschnitte berücksichtigt, die die Projektfragestellungen berührten:

- Charakterisierungen der Personen, die die Helfenden als Systemsprenger charakterisieren;
- Aspekte, die eine Passung zwischen Hilfen und Personen eher erleichtern oder erschweren;
- Besonderheiten der Institutionen (Behörden, Einrichtungen, Kliniken etc.), die wirksame Hilfe eher fördern oder behindern;
- Verzahnung, Vernetzung, Kooperation.

Die inhaltsanalytische Auswertung führte zu fünf Hauptkategorien (Abb. unten), d. h. die meisten Redebeiträge ließen sich diesen Kategorien zuordnen. An erster Stelle steht die Passung / Nichtpassung von Hilfeangeboten. An zweiter Stelle in den Häufigkeiten finden sich Merkmale und Beschreibungen zu sogenannten Systemsprengern. Schließlich folgen die Kategorien Lebens- und Behandlungspfade, die Versorgenden im Hilfesystem und Fragen der Finanzierung. Das letztere Thema wurde häufig im Zusammenhang mit der Passung / Nichtpassung von Hilfeangeboten besprochen. Von daher könnten Fragen der Finanzierung auch der ersten Kategorie zugeordnet werden.

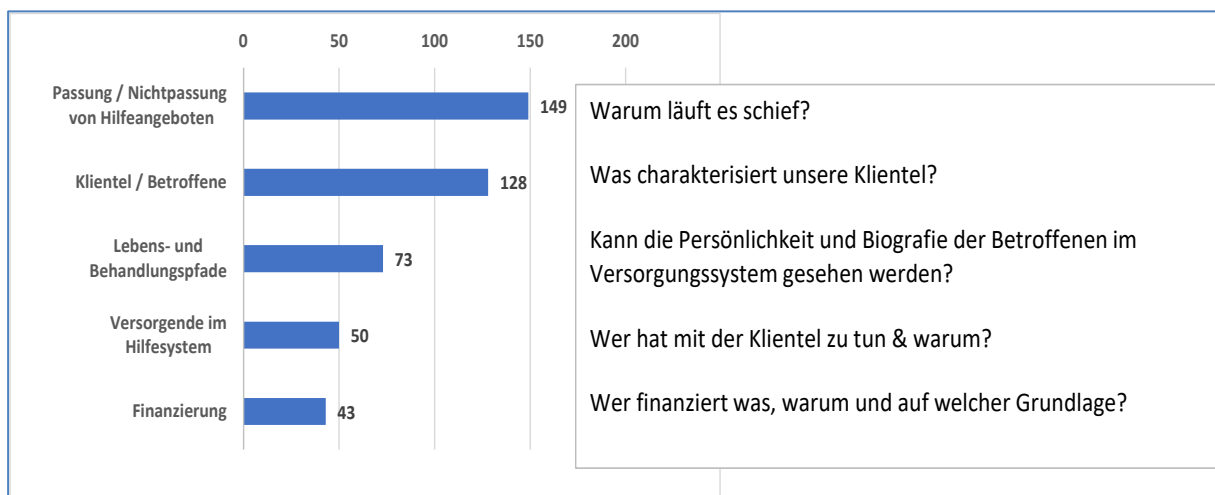


Abbildung 1: Die Hauptkategorien aus der Auswertung der drei Fokusgruppen – Häufigkeiten und Leitfragen

4.1.1 Die Betroffenenengruppe

Wie die Betroffenenengruppe im Einzelnen beschrieben werden kann, was sie charakterisiert, wurde in allen Fokusgruppen (FG) diskutiert. Gemeinsam ist den Personen, dass für sie ein Hilfebedarf gesehen wird, der schwer zu realisieren ist. Die Personen gefährden sich und andere und sind durch Hilfen schwer zu erreichen.

Die Bezeichnung von Menschen bzw. die Zuordnung zu Gruppenbezeichnungen hat psychologisch gesehen bereits einen Einfluss auf die Bewertung von Menschen. Dies wird bei der Bezeichnung Systemsprenger deutlich. Der Bedeutungshof enthält Sprengstoff, die Störung und Zerstörung des Hilfesystems. Der Systemsprenger ist Täter und nicht Opfer.

Den Bezeichnungen in der Fachliteratur ist gemeinsam, dass zwischen psychiatrischem System bzw. dem Hilfesystem insgesamt auf der einen Seite und deren Nutzern auf der anderen Seite Probleme bestehen.

In den FG wurden die aus der (vornehmlich psychiatrischen) Fachliteratur bekannten Bezeichnungen genannt: Systemsprenger (Giertz und Gervink 2017), Menschen mit hohem und komplexem Hilfebedarf (Giertz und Gervink 2017), schwierige Patienten (Weig 2009), Difficult-to-Treat Patient (Munich und Allen 2005), High Utilizer, Heavy User (Fleischmann 2015; Rittmannsberger et al. 2014; Roick et al. 2002).

Einerseits wurden die aus der Literatur bekannten Zuschreibungen bestätigt (u.a. psychiatrische Diagnosen, Gewalt gegen sich und andere, Konsum von psychotropen Substanzen, Manipulation und Belästigung). Andererseits werden aber auch Arbeitslosigkeit, Isolation und Wohnungsverlust als weitere soziale Probleme genannt. Hinzu kommen Schäden, die erst durch gescheiterte Hilfen entstanden sind („schlechte Psychotherapie“ und lange Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken). Es bestand Konsens darüber, dass die Personengruppe heterogen ist. Als eine wichtige Gemeinsamkeit werden allerdings starker Substanzkonsum bzw. Sucht und in vielen Fällen eine kognitive Beeinträchtigung betont.

In den FG wurde die Auffassung vertreten, dass gängigen Benennungen der Personengruppe spezielle Eigenschaften der Personen nahelegen, die sie „schwierig“ machen. Mehrere Teilnehmer wendeten sich gegen die Bezeichnung „Systemsprenger“ und argumentierten so:

... Ich würde nicht sagen, das sind Merkmale, die in der Person liegen, sondern dass keine passgenaue, personenzentrierte Leistung für diese Person vorhanden ist. Die Person reizt unser Leistungssystem so, dass wir glauben, sagen zu können, sie ist ein Systemsprenger (Leistungserbringer:in EGH).

... wir haben den Begriff der Systemsprenger durch den Begriff der Netzprüfer ersetzt, weil all die Menschen, die uns damals herausgefordert haben, uns immer an der Stelle herausgefordert haben, wo es darum ging gut miteinander zusammenarbeiten zu können und wenn uns das gelungen ist, gut miteinander zusammenarbeiten zu können, dann haben wir damals eigentlich wirklich fast alle Menschen versorgen können. ... Netzprüfer erkennen wir immer daran, wenn wir nicht gut im Hilfesystem zusammenarbeiten. Das hat wesentlich mehr mit unseren Kooperationsformen als mit individuellen Merkmalen der Patienten zu tun (Leistungserbringer:in EGH).

Wenn Zuschreibungen von Eigenschaften verwendet werden, wird implizit Dauer nahegelegt. Das wird als falsch und riskant angesehen:

... ich glaube auch diese Eigenschaft wohnt jemandem nicht andauernd inne ... Sondern das sind Situationen, in denen sich Menschen befinden, manchmal halten die länger an, Aber so etwas verändert sich auch. Man muss aufpassen, keine Zuschreibung für Menschen vorzunehmen, die dann sozusagen für alle Zeiten gelten (externe Expert:in, Leistungserbringer:in EGH).

Da die Akteure im Hilfesystem meistens nur über kurze Zeitspannen mit schwierigen, fordernden Menschen zu tun haben, liegt es für sie nahe, Eigenschaften in den Beschreibungen zu verwenden. Wo eine langfristige Perspektive, womöglich über Jahre, im Berufsalltag der Helfenden gegeben ist, werden Veränderungen von Umfeld und Personen eher in den Blick genommen. Das gilt beispielsweise für den SPDi und Einrichtungen der EGH.

Unter dem Gesichtspunkt von Hilfebedarf, der nicht realisiert wird, grenzen die TN der FG zu sogenannten Systemsprengern verwandte Personengruppen ab:

- Schwer dementiell Erkrankte
- ältere Menschen, die in Pflegeeinrichtungen nicht aufgenommen werden, weil sie sich nicht an Regeln halten
- zurückgezogene (junge) Menschen, die nichts wollen, die Hilfen ablehnen. Oft werden sie von Angehörigen unterstützt
- Personen, sich nicht um sich selbst kümmern, sich vernachlässigen und verwahrlosen
- Personen, die EGH nicht in Anspruch nehmen, weil sie keine Ziele und Entwicklungsbedarf beschreiben können oder wollen oder nicht dazu in der Lage sind
- Personen, die nur eine Wohnung wollen und ansonsten in Ruhe gelassen werden wollen.

4.1.2 Hilfen für psychisch kranke Menschen passend machen

Im Folgenden geht es darum, was „passgenaue, personenzentrierte Leistungen“ möglich macht und was eher zum Scheitern beiträgt. Hierbei werden einerseits Bedingungen im eigenen Tätigkeitsbereich genannt wie auch andererseits das Zusammenwirken zwischen verschiedenen Zweigen des Hilfesystems.

4.1.2.1 *Wo die stationäre psychiatrische Behandlung an Grenzen stößt*

Die stationäre Psychiatrie ist darauf eingerichtet, dass Patienten mit einem psychiatrischen Behandlungsanlass aufgenommen werden (Indikation). Durch die stationäre Behandlung soll eine Heilung oder zumindest eine Besserung erreicht werden, die es erlaubt, die Kranken zu entlassen, wobei sich das Krankenhaus um eine ambulante Weiterbehandlung bemühen und auch Schritte zu einer sozialen Eingliederung organisieren soll. Die stationäre Behandlung ist nicht auf Dauer angelegt, was in einer FG anschaulich mit der Metapher eines Abflusses beschrieben wird. Implizit gibt es damit auch einen Zufluss (die Patientenaufnahme) und einen Durchfluss (die Behandlung bzw. der Aufenthalt).

... Die Akutpsychiatrie oder die Aufgabe der Akutpsychiatrie stößt an die Grenzen und wo es einfach auch um langfristige Wiedereingliederung, um Teilhabe am Leben, auch um Erfolgserlebnisse geht (Leitung psychiatrische Klinik)

... Die Klinik ist oft der Ausgangspunkt dann sozusagen für diese Menschen und immer wieder dann auch der Zwischenanlaufpunkt. Manchmal eben auch sozusagen die vermeintlich letzte Wiese und dann ärgern sich die Kliniken immer. ... Ärgern sich die Kliniken immer, dass die Kliniken zuständig sind, aber keinen Abfluss gewissermaßen haben (Leitung psychiatrische Klinik).

Einige Patient:innen verstopfen bildlich gesprochen die Abläufe der stationären Psychiatrie. Dabei sehen sich die Behandelnden in der Psychiatrie überfordert und in einer Zwangslage. Es geht um Monate lange Aufenthalte, von denen die Patient:innen immer wieder Zeiten fixiert verbringen. Die Behandelnden müssen feststellen, dass sie keine Besserung erreichen und sie finden nur schwer eine Institution für weitere Behandlung und Versorgung und wissen, dass der lange Aufenthalt insgesamt für die Patienten nicht hilfreich ist. Ein Chefarzt resümiert: „ich sage mal, das ist ein Versagen des Hilfesystems, was kümmerlich ist“. Die stationäre Psychiatrie aber auch die SPDi geraten mit den schwierigen Patienten in ein Dilemma, weil in sie Erwartungen gesetzt werden, die sie nicht erfüllen können.

4.1.2.2 Eingliederungshilfe und Bundesteilhabegesetz – Gehen diese Hilfemöglichkeiten an Bedarf und Bedürfnissen unserer Zielgruppe vorbei?

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen ist seit 2017 in Stufen in Kraft getreten. Der Gesetzgeber hatte das Ziel, Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) umzusetzen und dabei mehr Nutzerorientierung und Zugänglichkeit sowie eine höhere Effizienz der deutschen Eingliederungshilfe zu erreichen. Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden. Allerdings werden Leistungen auch in Typen klassifiziert, was wiederum eher in Richtung einer Vereinheitlichung geht (Anlagen zum Rahmenvertrag gemäß § 131 SGB IX des Landes Brandenburg Teil A (RV § 131 SGB IX)).

Für die in unserem Projekt im Zentrum stehende Gruppe und generell Menschen mit chronischen psychischen Störungen scheinen die Ziele der Reform teilweise schwer umsetzbar. So kritisiert die Vertreterin einer Einrichtung:

... Also in der Eingliederungshilfe ist das ... mit dem BTHG noch viel schwieriger geworden, wo es um die Wünsche geht, die die Patienten oder zu Betreuenden haben. Und die, die das nicht formulieren können oder auch gar nichts wollen, die fallen auch aus dem System raus. ... Das, was aus unserer Sicht gebraucht wird, nämlich Beziehungsarbeit, die sehr, sehr zeitaufwändig ist, (scheitert) auch häufig an der Finanzierung und an den sehr rigiden ... Einstufungsmechanismen (Leistungserbringer:in EGH / Leitung Pflegeheim).

Einrichtungen der EGH stellen Ansprüche, denen die Menschen aus der hier betrachteten Gruppe nicht genügen. Die im Sinne seelisch behinderter Menschen eigentlich fortschrittlichen Konzepte des BTHG greifen nicht:

... Der junge Mann ist seit über einem Jahr jetzt in einer Klinik zwangsuntergebracht nach BGB. ... Die Einrichtung nimmt ihn nicht mehr zurück, die hat geschrieben, die Eingliederungshilfe ist erschöpft, wir müssen ihm kündigen, die anderen Bewohner und die einzelnen Mitarbeitenden sind überfordert mit der Situation, der Herr ist nicht mehr gemeinschaftsfähig, das Ziel der Eingliederungshilfe kann nicht mehr erreicht werden, denn das Ziel der Eingliederungshilfe ist nämlich ein Leben in der Gemeinschaft und in

der Gesellschaft. ... Der Druck auf sozialpsychiatrische Dienste und auch auf die Kliniken ist immens, weil es dann nämlich heißt: "Tut doch was! Der kann doch nicht einfach beißen, das geht doch nicht" (SPDi).

... Diese Innovation, die es aus dem BTHG eigentlich gibt, die verläppert sich gerade und das schadet auch den leistungsberechtigten Menschen (EGH Leistungserbringer:in).

Den Helfenden ist bewusst, dass die alltäglichen Anforderungen in Einrichtungen der EGH unter Umständen als unangemessene Zumutungen empfunden werden können, dass unpassendes Verhalten auch mit nicht gewollten Lebensbedingungen zusammenhängen kann.

... Ich würde nicht in einer Wohngemeinschaft leben, auch wenn ich psychisch krank bin. Aber in dem Moment, wo ich psychisch krank werde und aus dem Krankensystem rausfalle, komme ich in eine Wohngemeinschaft irgendwie. Das müssen Sie sich mal vorstellen. Das gleiche im Maßregelvollzug. Maßregelvollzugsleute leben acht Jahre in WGs in irgendwelchen Krankenhausbetten mit irgendeinem anderen im Zimmer, den sie nicht mögen, der jede Nacht furzt. Also ich weiß nicht, ob Sie das wollten und wir sind gesund. Wir erwarten von Menschen mit seelischen Besonderheiten, so möchte ich es mal bezeichnen, eine Verhaltensweise, die hoch adaptiv ist, sozial angemessen ist. Das kann doch so gar nicht funktionieren, finde ich

... Ich glaube auch, dass das einfach nicht sehr zielführend ist, Menschen an Regelsysteme gewöhnen zu wollen, die sich nicht an Regelsysteme gewöhnen möchten. Ich glaube, dass es einfach viel vielfältigere Lösungsmöglichkeiten gibt. Ich bin auch dort eher einem inklusiven Ansatz geneigt und sage, vielleicht sind Wohnstätten und Einrichtungen gar nicht die richtige Lösungsmöglichkeit (externe Expert:in SPDi).

Anders als die psychiatrischen Kliniken, die eine regionale Versorgungsverpflichtung haben, können die Einrichtungen der EGH Personen abweisen. Sie werden dann „übergangsweise in der Psychiatrie geparkt, zwischengeparkt“, wie eine Vertreter:in EGH formulierte.



Abbildung 2: Verzahnung von Psychiatrie und EGH: die Handlungsspielräume von Psychiatrie, Sozialamt und Erbringern von Leistungen der EGH in den Zwängen eines Räderwerkes

4.1.2.3 Ringen um Vereinbarungen für passgenaue Angebote in der Eingliederungshilfe

Sozialhilfeträger erbringen nicht selbst die Leistungen der EGH sondern beauftragen damit im Regelfall Einrichtungen der Wohlfahrt. Es ist naheliegend, dass es Auseinandersetzungen um knappe Ressourcen gibt. Der Gesetzgeber hatte mit dem BTHG auch das Ziel verfolgt, einen Bürokratieabbau und eine Beschränkung der Ausgaben zu erreichen. Mechanismen des Marktes sollen regulierend und optimierend zum Vorteil der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen greifen. In den Diskussionen der FG zeigten sich unterschiedliche Positionen gemäß der Rolle von (sparsamen) öffentlichen Geldgebern und Einrichtungen, die einen umfassenden, kostspieligen Bedarf decken wollen. Dabei gab es durchaus einen Konsens darüber, dass die hier im Mittelpunkt stehende Gruppe, einen hohen Hilfebedarf hat. Inwieweit der Hilfebedarf auch für den Leistungsträger der EGH teurer werden darf, muss allerdings immer geprüft werden:

... Wir legen da den Fokus ... auf Personen, zu denen man keinen Zugang mehr bekommt, also die im Prinzip von sich aus jegliche Hilfe und jegliche Unterstützung ablehnen. Wie die Fälle bei uns auf den Tisch kommen: Wir haben natürlich in der Regel die Personen schon in der Leistungsgewährung, das heißt, es gibt eine stationäre Hilfe, die installiert ist, und dann kommt es zu einer Krisensituation. ... Und in der Regel ist es so, dass man dann wirklich im Einzelfall schauen muss: Wo sind jetzt die Grenzen in der Einrichtung? (Leitung Sozialamt).

Wenn das eigene Amt bzw. die Vorgesetzten den Spielraum für eine Finanzierung nach dem Bedarf weiter fassen, gelingt eine bessere Qualität der Arbeit:

... Ich habe einige Budgets gemacht. Man kann einiges machen, wenn man die entsprechende Hilfe im eigenen Amt hat, um Einzelvereinbarungen treffen zu können, die normalerweise nicht getroffen werden können, weil die rechtlichen Vorgaben nun mal anders sind (Aufsicht unterstützende Wohnformen).

Auch wenn sich in den FG ein Tauziehen um Ressourcen zwischen Sozialamt bzw. öffentlicher Verwaltung und Einrichtungen der EGH zeigt, besteht Einigkeit darüber, dass die gemeinsame Beratung von Einzelfällen sehr wichtig ist:

... Ansonsten ist es so, dass ... wirklich mit der Einrichtung gemeinsam geguckt wird: Wo konkret ist jetzt ein Hilfebedarf da, wo sind Lösungen notwendig, die das Konstrukt oder das Konzept der Einrichtung nicht hergeben bzw. überfordern? Und da gibt es in der Regel wirklich Einzelfallbesprechungen, teilweise unter Beteiligung des sozialpsychiatrischen Dienstes. Wir hatten vor gut einem halben Jahr auch eine Situation, wo auch die Klinik Unterstützung angeboten hat für die Einrichtung, bevor die Bewohnerin entlassen wurde. Also das ist so aus unserer Sicht nochmal ein wichtiger Punkt, dass die jeweiligen Versorgungssegmente gut miteinander im Gespräch sind und wirklich einfach schauen, was konkret notwendig ist (Leitung Sozialamt).

Aus der Perspektive der Einrichtungen der EGH geht es auch darum, Sicherheit und Lebensqualität der anderen Bewohner zu erhalten:

... Und wenn ich jemanden habe, der hochaggressiv ist, der nächtelang nicht schläft, sich in andere Bewohnerzimmer begibt, sich in andere Bewohnerbetten - selbst, wenn da noch jemand liegt - legt, inkontinent ist und so weiter, dann ist das ein riesenproblem (Leistungserbringer:in EGH).

Dieselbe Sorge gibt es in der stationären Psychiatrie. Gewalttätige, nicht berechenbare Patienten belasten Mitpatient:innen und Beschäftigte.

Zur Frage, ob die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur psychosozialen Versorgung unzureichend sind, wird differenziert argumentiert und Verantwortung bzw. Verantwortlichkeit der Akteure betont:

... die Gesetze sind nicht grundlegend schlecht, wenn wir sie ordentlich umsetzen. ... Es liegt an Personen, die dahinterstehen und dafür alles tun, dass es wirklich funktioniert. Wenn wir all das, was im Gesetz steht, Teilhabeplanverfahren und so weiter, Versorgungsauftrag, Versorgungsverpflichtung, wirklich ernst nehmen würden, dann würde es auch funktionieren (Leistungserbringer:in EGH).

4.1.2.4 Vernetzung und gemeindepsychiatrische Strukturen

Passung wird erleichtert, wenn Strukturen für eine verbindliche Kommunikation und Koordination vorhanden sind. In der psychiatrischen Versorgung wird hierfür auf ein gemeindepsychiatrisches System verwiesen. D. h. es geht um dauerhafte Strukturen und Regeln für die Kommunikation und Lösungssuche für die schwer psychisch kranken Menschen in einer Region. In einem Beispiel erläutert eine externe Expert:in, dass der SPD_i hier eine Schlüsselfunktion einnimmt, weil die Mitarbeitenden langdauernde Beziehungen zu den Personen pflegen können:

... Dienste und Einrichtungen in der Region H, benachrichtigen den SPD_i, wenn ein junger Patient die Betreuung beendet und abgebrochen hat, ohne dass die weitere Versorgung trotz entsprechender Notwendigkeit gesichert ist. Dann wird eben in dem Moment der zuständige sozialpsychiatrische Dienst verständigt und dort gibt es dann eine Bezugsperson, die langfristig ansprechbar ist für den Klienten und alle Beteiligten im System, und der sich darum bemüht, auch über Sektorengrenzen hinaus diesen Patienten nicht aus den Augen zu verlieren. Und wir haben das auch versucht zu messen über die regionale Psychiatrieberaterstättung. Was wir sehen können, ist, dass wir tendenziell einen Effekt sehen können, dass diese Patienten auch mehr in ambulante Behandlungsangebote integriert werden können, und das nicht nur, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, dann in der Klinik oder in den stationären Hilfen aufschlagen (externe Expert:in Sozialverwaltung EGH).

Die herausragende Stellung des SPD_i kommt auch daher, dass diese Institution Personen aktiv aufsuchen kann und soll. Der SPD_i soll ein Fallmanagement betreiben – vor, während und nach Krisen und Unterbringungen der Personen. Im Land Brandenburg sind die Aufgaben

im BbgPsychKG, §§ 3 bis 7 geregelt. Die organisatorische Umsetzung und Ressourcenunterstützung für die Aufgabenerfüllung vor Ort sind allerdings unterschiedlich.

Verstärkte Kooperation und ein größerer Aufwand, der auch finanziert sein muss, wird in den Phasen des Überganges gesehen, insbesondere nach der stationären Behandlung. Der Übergang will gut vorbereitet sein. Es sollen „Probezeiten mitgedacht werden und mitfinanziert werden“. Konkret wird genannt:

... dass die Träger vorher schon in die Klinik kommen, die Menschen kennenlernen, die sich das vorher angucken können, vielleicht auch mal zur Probe wohnen können... Auch andersrum, wenn es zu Eskalationen in der Einrichtung kommt, also in der Eingliederungshilfe, dass es dann möglich ist, eine Auszeit zu nehmen, dass es möglich ist, ... dass (nicht) sofort wieder droht, den Platz zu verlieren (externe Expert:in)

Passung wird durch **Zusammenarbeit im Hilfesystem** hergestellt. Dieser Punkt wurde in allen Fokusgruppen von allen Teilnehmern betont und in vielen Beispielen illustriert. Zur Zusammenarbeit, die die Verzahnung zwischen Psychiatrie und EGH fördert, gehört beispielsweise, dass Beschäftigte des psychiatrischen Krankenhauses Einrichtungen der EGH besuchen und unterstützen. Die stationäre Behandlung wird durch externen Einsatz ergänzt.

... Wir haben in der sozialpsychiatrischen Poliklinik, in der ich früher gearbeitet an der Medizinischen Hochschule, sehr gute Erfahrungen damit gemacht, dass einzelne Leute, einzelne Mitarbeiter, ärztliche Mitarbeiter zum Beispiel oder auch Sozialarbeiter, häufig auch im Tandem dann rausgefahren sind in die Einrichtungen und dort beraten haben und mitgeholfen haben. An der medikamentösen Einstellung, aber auch in der Teamsupervision. Das hatte einen spürbaren Erfolg. Oder wenn ich jetzt an die Patienten auch denke, die noch in der privaten Wohnform sind, auch da ist es wichtig, dass es Krisenprogramme gibt, dass es aufsuchende Hilfe gibt in engmaschiger Zusammenarbeit mit Ärzten. Das war jetzt so mit StäB ein bisschen angedeutet, um halt hier Behandlungs-Compliance herzustellen und so weiter (externe Expert:in)

Die Voraussetzung für Netzwerkarbeit ist, einander zu kennen. So wird beklagt, dass sich verschiedene Leistungserbringer von Hilfen, insbesondere im Bereich geistiger Behinderung, selbst innerhalb einer Region nicht oder zu wenig kennen:

... (Anlässlich einer Tagung einer psychiatrischen Klinik) kam heraus, dass sich die Einrichtungen untereinander überhaupt nicht kennen. Dass es da kein Netzwerk gibt und ich glaube, das wäre etwas, was ganz, ganz dringend wichtig wäre, Netzwerkarbeit zu fördern (Leitung Psychiatrische Klinik).

Unter Netzwerkarbeit verstehen die Beteiligten nicht immer dasselbe. Und regelmäßig ist es auch ein Konfliktfeld, wenn es darum geht, wer wieviel Verantwortung trägt, etwas auf sich nimmt oder eben vom Netz profitiert. Das Problem wurde in einer Fokusgruppe diskutiert. Eine Chefärzt:in skizziert die Sicht auf Vernetzung im Hinblick darauf, dass die Klinik Organisationsvermögen und Wissensschatz eines Netzes nutzen kann:

Aus der Sicht der Kliniken ist es ganz häufig so, dass nicht erkennbar ist, dass da irgendwo ein Netz wäre, was man sozusagen ansteuern kann, weil sie unglaublich diversifiziert sind und das eigentlich dann exklusives Wissen einiger engagierter Sozialarbeiterinnen ist, die sich dann wiederum vernetzen müssen, um zu gucken, wo kann man vielleicht noch mal anrufen. Aber ein richtiges Netz würde ich mir so vorstellen, dass man da wirklich Strukturen hat, wo man anfragt und das Netz dann ein bisschen sozusagen untereinander arbeitet (Leitung Psychiatrische Klinik).

Weil feste Strukturen für die Koordination nicht vorhanden sind, versuchen Helfende selbst, informell überregionale Netzwerke zu schaffen. Da wird von der hochengagierten Sozialarbeiter:in in der Klinik berichtet, die im Laufe der Arbeitsjahre eine umfangreiche Kartei mit Einrichtungen zusammengetragen hat, in die sie vermittelt und zu denen sie einen persönlichen Kontakt pflegt. Eine regional für alle zugängliche Kartei, etwa in Form einer Datenbank, existiert aber nicht. Es hängt am persönlichen Engagement einer Einzelnen und ist nicht ohne weiteres reproduzierbar.

Als weiteres Beispiel sei die Kontaktpflege und -suche zu Maßnahmeträger:innen mit flexibleren Aufnahmekonzepten in anderen Bundesländern genannt. Auch dies hängt an einzelnen Personen, die teilweise lange Fahrten auf sich nehmen, um Einrichtungen kennenzulernen, in die sie eventuell vermitteln können.

Ein weiterer Kompensationsversuch durch professionell Helfende stellt das Verschweigen von Mehrfachdiagnosen dar. Ist beispielsweise die Alkoholsucht eines Hilfesuchenden ein Ausschlusskriterium für die Unterbringung in einer Wohnform, so wird diese bei Vermittlungsgesprächen ausgeklammert, um eine Aufnahme zu erreichen. Da diese Strategie jedoch Netzwerke der guten Zusammenarbeit gefährdet, zeugt ihre Anwendung vom hohen Maß an Verzweiflung auf Seiten der Helfenden.

Aber auch kreative Konzepte der Versorgung kommen zum Tragen. Die Versorgung von Patienten kann im Einzelfall für die Kommunen so teuer werden, dass neue Wege möglich sind. Ein auswärtiger Experte berichtete in der Fokusgruppe, dass nach langem Hin- und Her die

Kommune zustimmte, einem Betroffenen ein kleines Haus zu bauen, in dem er ambulant versorgt wird, was schließlich günstiger war als die vorherige Versorgung.

4.1.3 Lebensverläufe – Systemsprenger wird man über Jahre

Psychisch kranke Menschen sind nicht plötzlich „Systemsprenger“ oder „Netzprüfer“. Die Expert:innen sprechen von zeitlichen Verläufen, Phasen und kritischen Passagen im Lebenslauf. In der Soziologie abweichenden Verhaltens spricht man von Karrieren. Häufig beginnt eine „Karriere“ im Kindes- und Jugendalter und insbesondere der Übergang ins Erwachsenenalter gilt wegen der alterstypischen Anforderungen und Entwicklungsaufgaben als kritisch. Hinzu kommt noch, dass das Hilfesystem aufgrund der Trennung zwischen Angeboten für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene oft keine kontinuierliche, zugehende Begleitung auf der Schwelle vom Jugend- ins Erwachsenenalter anbietet. Empfindliche junge Menschen bleiben in dieser Phase daher eher unterversorgt und laufen Gefahr stigmatisiert zu werden.

... die jungen psychosekranken Männer mit einer funktionellen Psychose ... das ja so häufig vor dem 25. Lebensjahr los und dann ist unsere Erfahrung hier, dass die dann besonders schwierig sind und Behandlungsabbrüche (häufig sind) und Versorgungsanspruchnahme nur im Notfall im stationären Bereich, aber so gut wie gar nicht im ambulanten Bereich (Leitung Psychiatrische Klinik).

... das ist ja nicht so, dass die Menschen plötzlich Netzprüfer sind. Es gibt ja eine Entwicklung dahin. Für mich ist es so-, uns fallen sicher ganz vielen Merkmale ein, Sie haben ja auch einige beschrieben. Für mich ist aber zentral, dass unser Leistungssystem an dieser Grenze nicht funktioniert (Leistungserbringer:in EGH).

Die „Karrieren“³ sind gekennzeichnet durch wiederholte Aufenthalte in der stationären Psychiatrie gefolgt von (scheiternden) Versuchen einer Integration in Wohnformen der EGH (Drehtüreffekte). Lange, mehrmonatige, Aufenthalte in der Psychiatrie verfestigen die Karrieren.

... Drehtüreffekt, so würde ich den jetzt mal nennen. Also ... dass nach Aufhalten in der Psychiatrie dann die Integration wieder in die Wohnform gelingen soll und das oft dann nicht gelingt und dann wieder in die Psychiatrie zurücküberwiesen wird. Und wir

³ In der Medizinsoziologie wird von Krankenkarrerien gesprochen und damit betont, dass der Verlauf von Krankheiten auch durch soziale Prozesse, Erwartungen und Stigmatisierungen bestimmt wird

dann Bewohner auch kennen lernen, die halt häufig sozusagen diese beiden Institutionen in kurzer Abfolge kennen lernen. ... wenn Sie da einen jungen Menschen haben, der ein Dreivierteljahr geschlossen untergebracht auf einer Aufnahmestation ist, dann ist der traumatisiert für den Rest seines Lebens, muss man auch mal so sagen. Dann wird es ganz schwer, das nochmal anders mit ihm zu bearbeiten (Leistungserbringer:in EGH).

Die hier skizzierten Karrieren können auch ein gutes Ende finden. Personen, die mit Mitte 20 als besonders schwierig gelten, sind etwa 10 Jahre später gefestigter. Sie haben gelernt, ihre Krankheit zu akzeptieren und Hilfen in Anspruch zu nehmen.

... Was wir eigentlich regelhaft bei diesen Patienten sehen - es gibt einige Ausnahmen, klar, aber wenn die so statt Mitte 20 Mitte 30 geworden sind, so 35 oder so, dass sich dann die ganze Sache beruhigt und die teilweise besser gelernt haben, zu akzeptieren, dass sie krank sind, und nicht so sein können wie andere und auch die Akzeptanz der Hilfen dann besser wird und zunimmt (externe Expert:in Psychiatrie in der stationären Versorgung).

4.1.4 Was die Passung zwischen Hilfen und Personen erleichtert oder erschwert

Übergreifend werden **langfristige Beziehungsarbeit und Kontinuität** als Voraussetzungen für gelingende psychosoziale Arbeit betont. Beziehungsabbrüche verstärken die Probleme. Wo im Versorgungssystem eher eine Fallorientierung maßgeblich ist, bei der Beginn und Ende der Fallarbeit klar abgegrenzt sind, wird die langfristige Beziehungspflege schwerer gelingen. Vom Ansatz her kann ein SPD_i eher Kontinuität in der Beziehung leisten (vgl. Kap. 4.1.2.4).

Im Folgenden werden weitere Aspekte genannt, die auf die Passungsprozesse zwischen angebotenen Hilfen und den Personen einwirken.

4.1.4.1 Das Engagement der Helfenden

In den FG wird die gemeinsame Verpflichtung aller derer, die mit der Versorgung eines „Netzprüfers“ beauftragt sind, gesehen. Die Notwendigkeit einer übergreifenden Koordinierung wird in den Äußerungen sichtbar.

... Wir haben alle dasselbe Ziel, nämlich mit den Menschen zusammen zu überlegen und dann eben nicht zu sagen, da stehen unterschiedliche Fronten zueinander, sondern genau zu sagen: Okay, wir sitzen ja alle im selben Boot, wir kommen jetzt mit einer Situation nicht weiter und wir müssen uns gemeinsam überlegen, was können wir für die Personen tun.

Es liegt an Personen, die dahinterstehen und dafür alles tun, dass es wirklich funktioniert. Wenn wir all das, was im Gesetz steht, Teilhabeplanverfahren und so weiter, Versorgungsauftrag, Versorgungsverpflichtung, wirklich ernst nehmen würden, dann würde es auch funktionieren. Und dann würden wir auch entdecken, dass wenn wir uns als Versorgungsgemeinschaft wahrnehmen, wir alle mehr Selbstwirksamkeit auch erleben. Aber das muss auch politisch gewollt und in Verantwortung genommen werden. Wir brauchen dazu die Ressourcen.

Ich kann sagen, dass unsere Leute das wollen. Also dass es Personen gibt, die das wollen, weil dann erleben sie ihren Beruf auch als wertvoll und sinnbringend. Und sie wissen, sie leisten das als Gemeinschaft (Leistungserbringer:in EGH).

Helpende erleben sich als hilfreich, wenn sie das fehlende Netzwerk und die Versäulung der Hilfebereiche durch Eigeninitiative und originelle Lösungen ausgleichen können.

... Ich habe versucht, sozialgesetzbuchübergreifend zu arbeiten, wenn die Schubladen nicht gepasst haben. Ich habe versucht oder ich muss sowieso ganz oft versuchen, in anderen Bundesländern eine Einrichtung oder eine Hilfeform zu finden. Deswegen habe ich mir so mein eigenes kleines Netzwerk gebastelt, wo ich anrufen kann, wenn ich spezielle Klienten habe oder wo ich mir eine Hilfe holen kann oder eine Empfehlung.

Und ich bin bemüht auch mit den Leistungserbringern und mit den Trägern in Kontakt zu kommen, um zu schauen, wie geht es den Leuten da, was brauchen die dort. Weil es mir dann leichter fällt eine Empfehlung und eine Entscheidung zu treffen. Das ist also auch ganz stark an den Willen und den Wunsch der Mitarbeiter geknüpft, inwieweit sie ihre Arbeit verstehen, verstehen wollen und ausfüllen (Aufsicht unterstützende Wohnformen).

Die Helpenden werden durch das problematische Verhalten immer wieder herausgefordert. Die positive Grundhaltung, der Wunsch zu helfen, wird durch die Spannungen, die sich in der Arbeit mit der Klientel ergeben, „geprüft“.

...Sie erinnern sich vielleicht an den Film Systemsprenger, der auch einen Preis bekommen hat. Die ganze Station ging dahin. Die haben hinterher alle geweint. Die haben gesagt: "Genauso. Das ist unsere Patientin", weil wenn das Pfllegeteam sozusagen sich dauernd Schläge abholen muss, weil sie natürlich auch nicht dauernd den Betroffenen in einer Dauerfixierung haben wollen, dann ist irgendwann auch bei einem Team die Luft raus (Leitung einer psychiatrischen Klinik).

Hinzu kommt immer wieder eine überraschende Unwägbarkeit des Verhaltens. Ein Patient, der bislang in verschiedenen Kontexten als überaus schwierig erlebt wurde, überraschte in einem anderen Setting positiv. Dies machte die negative Erwartungshaltung und Enttäuschung des Teams deutlich.

... Es ist durch einen unglaublichen Umstand einem Team von Kollegen gelungen, ihn mit auf eine Reise zu nehmen, eine Freizeitreise an die Ostsee und wir alle haben gedacht, der ist nach drei Tagen wieder zurück. Der hat die ganze Reise mitgemacht, der hat da sich von seiner sympathischen Seite gezeigt, der ist mit den Kolleginnen und Kollegen und anderen Klientinnen und Klienten in die Sauna gegangen. Alles Dinge, die als unvorstellbar galten. Das hat zu einem Perspektivwechsel geführt, weil man weiß, dieser Mensch hat auch andere Seiten und man kann mit ihm auch gute Erfahrungen machen. Das hat das Team durchaus motiviert zwei weitere Jahre ihn zu begleiten (externe Expert:in, Leistungserbringer EGH).

4.1.4.2 Soziale Ressourcen, Wohnen und Beschäftigung

Soziale Ressourcen im Sinne von Angehörigen, Freund:innen, Nachbar:innen können eine krisenhafte Zuspitzung vermeiden helfen wie auch umgekehrt der Verlust sozialer Unterstützung verschärfend wirken kann. Die Familie kann aber auch auf Dauer überfordert sein, der Stress kann krank machen. In diesem Zusammenhang kann auch das räumliche und soziale Umfeld gesehen werden. Einrichtungen sind erfolgreicher, wenn sie nicht nur mit weiteren Hilfen vernetzt, sondern auch im **Sozialraum** verankert sind.

Da die **Wohnung** eine elementare Ressource ist, bedeutet der Verlust der Wohnung potenziell eine Erschütterung der Person. Wenn Personen durch Nicht-Einhaltung sozialer Regeln die Wohnung verlieren oder verloren haben, fällt es den Helfenden zunehmend schwerer eine neue Wohnung zu vermitteln. Wohnungen werden auch in Brandenburg bereits seit Jahren teurer und vor allem weniger leicht zu bekommen.

... weil wir alle als Anbieter keinen freien Wohnraum mehr zur Verfügung haben. Schon gar keinen Wohnraum, den die Transferleistungsträger bereit sind, zu bezahlen (Leistungsanbieter:in EGH).

Angebote für **Beschäftigung und Tagesstruktur** werden ebenfalls genannt und sollten für die hier im Fokus stehende Gruppe niedrigschwellig angeboten werden. Hierzu liegen Erfahrungen einer/eines Teilnehmer:in vor. Von heute auf morgen werden einfache Arbeitsmöglichkeiten angeboten.

4.1.4.3 Weitere Faktoren, die eine Passung oder Nichtpassung zwischen Personen und Hilfesystem beeinflussen

Im Folgenden werden stichwortartig weitere, in den FG genannte Faktoren aufgeführt, die eine angemessene Versorgung beeinflussen. Es geht hier um eine breite Darstellung von Aspekten, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, Differenziertheit und Richtigkeit für alle Situationen. Das bunte Bild wird in Themenfelder gegliedert (hier: fett gedruckt).

Finanzierung von Maßnahmen und Behandlung:

- Für die Finanzierung einer Maßnahme müssen Anträge gestellt werden. Dies kann ein großes Hindernis sein.
- Um einen Antrag zu stellen, muss eine Person dazu kognitiv und emotional in der Lage sein. Es kann sein, dass dies in der Krise nicht möglich ist.
- Anträge können auch von Helfenden gestellt werden. Hierfür ist jedoch ein Vertrauensverhältnis zwischen Person und Helfendem notwendig.
- Finanzierung setzt explizit oder implizit auf das Prinzip fördern und fordern. Als Gegenleistung wird Anpassung an das Versorgungssystem gefordert.
- Voraussetzung für die Finanzierung ist eine grundlegende emotionale Stabilität.
- Von der Antragstellung bis zur Mittelvergabe können einige Wochen bis Monate vergehen. Notwendige, schnelle Lösungen für Wohnen, Betreuung und Beschäftigung sind nur schwer möglich.
- Finanzierung ist oft auf den Träger- bzw. der Einrichtung und nicht an der Person orientiert.
- Die Behandlung von Suchterkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen läuft nicht über die gleichen Träger und somit nicht über die gleiche Finanzierung. Das macht eine Behandlung von Personen, die von beidem betroffen sind, kompliziert oder nicht möglich.
- Mischfinanzierungen sind aufwändig und problematisch.
- Finanzierung ist dann eher möglich, wenn die geplante Intervention „Erfolg“ verspricht. Bei der hier im Mittelpunkt stehenden Personengruppe ist dies schwer vorherzusagen und schwer zu messen.

Institutionen im Hilfesystem:

- Es gibt kaum Fallsteuerung beim Übergang von einer Institution in die nächste.
- Die psychiatrische Klinik wird von den Versorgenden als letzte Lösung gesehen und genutzt.
- Ein längerer Aufenthalt in einer geschlossenen Klinik kann an sich traumatisch für die Person sein.
- Eine geschlossene psychiatrische Station ist kein „Lebensraum“.
- Das institutionelle Setting fordert hohe Anpassung von den Hilfesuchenden.
- Es gibt nur wenige Wohnformen, die ggf. nicht passen.
- Umgang mit wechselnden Personen im institutionellen Setting birgt Reibungspunkte.
- Die Unterwerfung der Person im Rahmen eines institutionellen Settings kann zur Krise führen.
- Im institutionellen Setting kann Gewalt erlebt werden (von Person gegenüber Versorgenden und „Mitpatient:innen“ und umgekehrt).
- Mangelnde Kooperation zwischen versäulten Systemen erschwert eine personenzentrierte Versorgung.
- Die handelnden Akteur:innen in den verschiedenen Institutionen des Hilfesystems haben folgende Schwierigkeiten:
 - Konkurrenz untereinander
 - Mangelnde Kommunikation und Kooperation
 - Zu wenig Wissen über den jeweils anderen: Arbeitsweise, Kapazität, Regeln.

Personale Faktoren:

- Es kann vorkommen, dass die Versorgenden die hilfesuchenden Personen als unangenehm oder angsteinflößend wahrnehmen.
- Gewalt zwischen Helfenden und Hilfesuchenden (Fixierung, Zwangsmedikation, Einschluss, aggressive Übergriffe der Hilfesuchenden)
- Angst vor Überforderung, „zu viel Arbeit“ mit den Hilfesuchenden
- Verzweiflung über Erfolg- und Ausweglosigkeit bei den Helfenden
- Verzweiflung über mangelnde Kooperationsbereitschaft der Hilfesuchenden
- Das Gefühl alleine zu sein als Helfender, der keine Unterstützung von anderen Kolleg:innen erfährt bei der Hilfestellung für eine Person
- Verantwortung gegenüber dem Konzept (Person passt dann nicht ins Konzept).

4.1.4.4 Ein Modell des Handelns von sogenannten Systemsprengern

In den FG wurden viele Aspekte angesprochen, die mit der Problematik zusammenhängen, dass eine Gruppe von Menschen in Krisen keine ausreichende Versorgung erhält und gleichzeitig für das Hilfesystem als Stress erlebt wird. Um die verschiedenen Aspekte zu ordnen, wurde ein Handlungsmodell entworfen, in dessen Mittelpunkt das problematische Handeln steht (C-Modell in der Grounded Theory Methode nach Glaser 1978, Abb.1). Das problematische Handeln steht im Kontext von Ursachen, Bemühungen des Hilfesystems und des sozialen Umfeldes, den sozialen und gesetzlichen Rahmenbedingungen und den Konsequenzen.

Schließlich können die Konsequenzen wiederum in einer Schleife zu Ursachen und Anlässen des problematischen Handelns werden. Alle Teile des Modells um den Kern „problematische Handlungen“ herum können zur Abmilderung oder Verschärfung der Problematik führen. Die Teilnehmer:innen unserer FG nannten hierzu viele Sachverhalte. Einige davon wurden zur Illustration in der Abbildung aufgenommen. Das Modell liefert keine Erklärung der Problematik, erlaubt aber die vielen Facetten der Beschreibung zu ordnen.

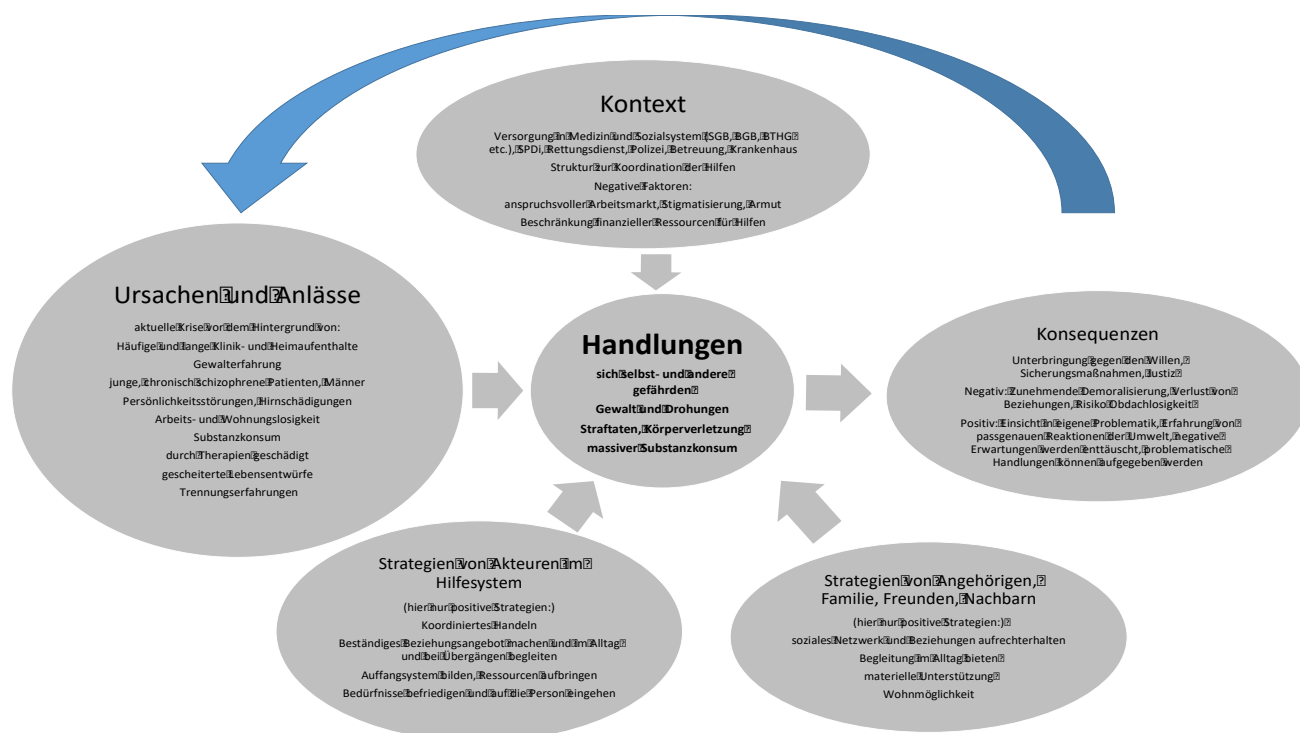


Abbildung 3: Modell des Handelns von Personen, die als Systemsprenger o.ä. bezeichnet werden im Zusammenhang mit Ursachen / Anlässen, Konsequenzen, Rahmenbedingungen und Strategien von Hilfesystem und sozialem Umfeld

4.2 Wie (ehemalige) Betroffene das psychiatrische Krankenhaus und die Hilfen der Eingliederungshilfe sehen

Vergleichbar mit der Auswertung der Fokusgruppen (Kap. 4.1) beginnen wir bei den Ergebnissen mit einem Überblick über die Gesprächsthemen und den Umfang, den sie einnehmen.

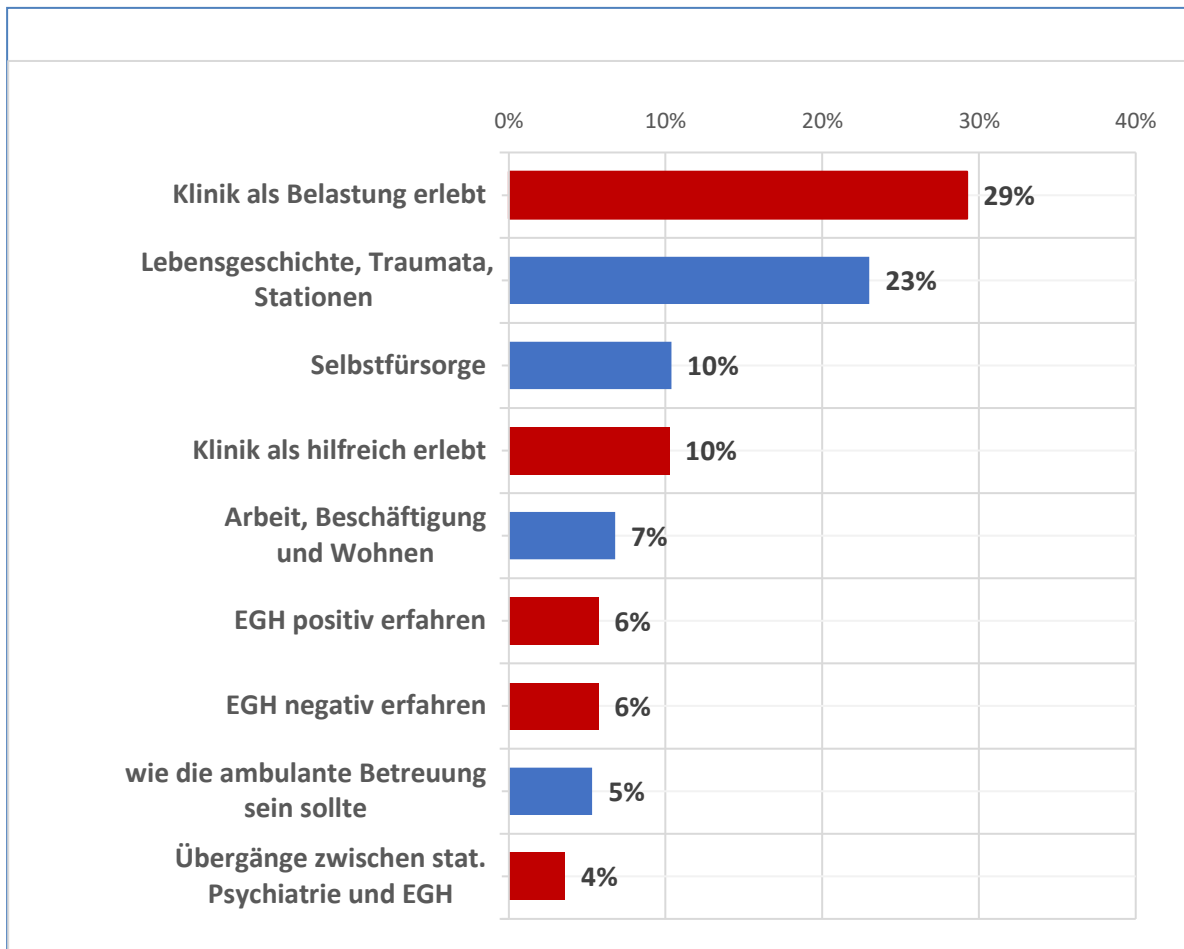


Abbildung 4: Kategorien in der Auswertung und Anteile in den Interviews (N=11, 752 codierte Textstellen). Als rote Balken sind die Hauptkategorien aus unserer Interviewplanung hervorgehoben.

Entsprechend der Forschungsfragen standen im Interview Fragen zu den Erfahrungen mit der psychiatrischen Klinik und den Hilfen der Eingliederungshilfe sowie den Übergängen zwischen den Institutionen im Mittelpunkt. Wie das Diagramm (Abb.4) zeigt, setzten unsere Interviewpartner:innen Schwerpunkte. Die Länge der Balken steht für die Menge an Codes bzw. auch für den Umfang der Redebeiträge der Befragten (Abb. 4).

Das Sprechen über belastende Klinikerfahrungen nimmt mit 29 % den größten Raum ein. Es folgen das Sprechen über die eigene Lebensgeschichte und die Bemühungen für sich zu sorgen mit einem Anteil von 25 % und 10 %. Positive, hilfreiche Erfahrungen mit dem psychiatrischen Krankenhaus kommen auf ebenfalls 10%. Die folgenden Kategorien liegen alle unter 10%. Die für uns konzeptionell wichtige Kategorie „Übergänge zwischen stationärer Psychiatrie und Eingliederungshilfe“, kommt nur auf einen Anteil von 4 %.

In der vorliegenden Rangfolge kommt das Relevanzsystem der Befragten zum Ausdruck. Damit ist gemeint, dass die für die Befragten wichtigen, erinnerten und erzählenswerten Sachverhalte einen größeren Raum einnehmen als andere, die für uns Forschende und auch für die Helfenden wichtiger erscheinen.

4.2.1 Erfahrungen in psychiatrischen Kliniken

Die Interviewpartner:innen haben hilfreiche, unterstützende aber auch negative Erfahrungen im Zusammenhang mit ihren Klinikerfahrungen ausführlich und anschaulich dargestellt, was sich im Umfang der Schilderungen und in der Vielzahl der Codes zeigt, die in der Auswertung vergeben wurden.

Wie Krankenhausaufenthalte erlebt werden können, reicht von Wellnessurlaub bis zum Gefängnis. Eine Vielzahl von Bedingungen beeinflussen die Bewertung. Hierbei spielt die Dynamik der psychischen Störung eine Rolle. Aber auch krisenbedingte Probleme außerhalb der Klinik, die nun aufgrund des Aufenthaltes nicht gelöst werden können, stellen eine zusätzliche emotionale Belastung dar. Sind etwa Kinder nicht ausreichend versorgt oder ist der Erhalt der eigenen Wohnung durch den Klinikaufenthalt bedroht, können sich die betroffenen Personen weniger auf das klinische Setting einlassen und Hilfsangebote wahrnehmen.

Andere Personen schildern, dass eine Akkumulation von Problemen im Leben dazu geführt habe, dass sie sich selbst eine Auszeit in der Klinik verschafft haben. Die Klinik wird als ein Ort zum „Runterkommen“ und „sicher sein“ vor inneren und äußeren Bedrohungen erlebt (sicher vor gewalttätigen Partner:innen oder Familienangehörigen oder ängstigenden Vorgängen in der eigenen Person). Die Klinik kann auch ein Schutzraum sein, um eigene Kinder vor sich selbst zu schützen. Personen, die die Sicherheit und den Schutz der psychiatrischen Station schätzen, schildern sich als hoch motiviert, um „an sich zu arbeiten“ und eine „Heilung“ zu erreichen.

Menschen, die in einer Krise freiwillig auf offenen Stationen aufgenommen waren, schätzen die therapeutischen Angebote und Gespräche mit dem Pflegenden und Ärzt:innen. Bei unfreiwilligen Aufenthalten berichten (teilweise) dieselben Personen negative Erlebnisse:

- Abwertende Bemerkungen von medizinischem und pflegerischem Personal
- Erlebte Demütigung durch
 - Verlust der eigenen Kleidung bzw. tagelanges Tragen derselben Kleidung
 - unfreiwilligen Nikotinentzug
 - Kontaktsperre zu Menschen in der Außenwelt

- Angst vor
 - Mitpatient:innen
 - fixiert werden
 - Anforderung sich „psychisch zu öffnen“
 - Medikamenten und Sanktionen wegen Weigerung, Medikamente einzunehmen
- Angst, wenn andere Patient:innen fixiert werden
- Verlust der Selbstwirksamkeit durch massiv eingeschränkten Handlungsspielraum auf geschlossenen Stationen.

Stimmen der Expert:innen aus Erfahrung:

ich habe auch Psychiatrieerfahrung, also da werden Lämmer gewalttätig. (Interview Hr. G., Pos. 99)

Es gibt eine Psychiatrie, aber es gibt keine Angebote und dir wird nicht geholfen. Dann frage ich mich, wozu gibt es dann die Psychiatrie, außer die Leute quasi wegzusperren in Anführungszeichen? Dann macht es für mich keinen Sinn, weil man soll den Leuten ja auch helfen, denen soll es ja besser gehen. So, und wenn ich nichts mache, dann kann es ihm nicht besser gehen. (Interview Hr. G., Pos. 45)

Ja auf der geschlossenen ist natürlich-, da sind natürlich alle Krankheiten ja durcheinander gewürfelt. Da ist halt alles. Und da hat man halt überhaupt keine Therapie. Man sitzt da wirklich 24 Stunden fest. Man hat nicht wirklich Struktur außer Essenszeiten. Ansonsten hat man da nichts. Man hat keine Struktur, man hat keinen Tagesablauf, man hat keine Therapie, man sitzt da wirklich nur rum und die Zeit vergeht nicht. Und wie gesagt, alle Krankheiten sind da zusammengewürfelt. Und ja, man sitzt da halt einfach nur Zeit ab. (Interview Fr. L., Pos. 15)

Hilfreich wäre für mich gewesen, wenn ein Arzt Zeit gehabt hätte. Ein Psychiater hat 15 Minuten. Wenn eine Gesprächsrunde da ist, dann wartet man zwei bis drei Stunden, bis man dann endlich dran ist. Dann hat man nicht nur einen Pfleger, sondern die Krankenschwestern, die Hilfs-, die Lehrlinge. Und dann sitzen manchmal fünf, sechs Leute im Raum, mit irgendeiner Akte von dir, und wollen irgendwas wissen, und du hast aber bloß fünf Minuten Zeit, dich zu äußern. Wie soll denn das helfen? ... und man sieht die Leute, wie sie fixiert sind, die können sich nicht mehr bewegen und so. Ich finde das schlimm, diesen Anblick, und habe auch immer selber Angst gehabt,

dass sie mich nie wieder rauslassen aufgrund dem, was ich behaupte und so. Ja. (Interview Hr. K., Pos. 23)

Und ich bin ja immer noch ein Mensch. Ich kann ja selbst in einer psychisch schwierigen Phase, kann ich immer noch fühlen. Ich kann immer noch merken, dass mich etwas verletzt. Und ich kann immer noch gerade aussagen, wie ich heiße, wo ich wohne und wie alt ich bin. Und egal, wie viel sie mir reinpumpen, ich bin immer noch ein Mensch. Und ich hatte sehr häufig das Gefühl, dass mich diese Ärzte wie Ware behandeln. (Interview Fr. V., Pos. 216)

Anamnesegespräche wurden teilweise als quälend beschrieben. Einerseits wird kritisiert, immer wieder dasselbe erzählen zu müssen. Andererseits auch, dass die aktuellen Schilderungen entwertet werden, frühere Diagnosen aus den Akten aber ein unverhältnismäßiges Gewicht bei Diagnose und Behandlungsplan erhalten. Betroffene kritisieren, dass die aktuelle Diagnose nicht ausreichend und nicht verständlich genug vermittelt wird. Daher rührt subjektiv die Ablehnung von Medikamenten und ein Vertrauensverlust in die medizinische Behandlung.

Wunsch nach Hilfe und Furcht vor Verletzung der Würde: Die Gesprächspartner:innen berichten, dass sie sich selbst als psychisch Kranke oder ehemals psychisch Kranke sehen. Damit verbunden wird ein großer Wunsch nach Hilfe im Umgang und in der Bewältigung der psychischen Störung formuliert. Mit den Konzepten der medizinischen Soziologie lässt sich sagen, dass sich unsere Gesprächspartner selbst als krank etikettieren und die Patientenrolle einnehmen möchten. Das heißt, im Gegenzug zur geleisteten Compliance erwarten sie Hilfe durch Behandlung.

Gleichzeitig sehen sich unsere Gesprächspartner:innen in einem Spannungsfeld: Sie wünschen die Behandlung und fürchten sich davor. Die Wünsche sind einerseits mit (wahrscheinlich unrealistischen) Erwartungen an Heilung, vornehmlich durch Psychotherapie, verbunden. Andererseits gibt es eine Reihe von Befürchtungen: respektlose Behandlung, Nötigung zu Offenheit in Gruppengesprächen, Nebenwirkungen der Medikamente. Im Kern, so könnte man sagen, geht es um die **Furcht vor einer Verletzung der Würde**.

Könnte man aus psychologischer Sicht sagen, dass dieser Konflikt vordergründig ist und dahinter ein psychischer Mechanismus steht, Widerstand gegen die Veränderung im psychotherapeutischen Prozess? Auch wenn wir einräumen, dass der Widerstand im analytischen Sinne

generell eine wichtige Rolle spielt, greift der Gedankengang zu kurz. Die Gesprächspartner:innen haben tatsächliche Erfahrungen mit Angriffen auf ihre Würde erlebt und das in Phasen ihres Lebens, in denen sie sehr verletzlich waren.

4.2.2 Erfahrungen mit Hilfen der EGH

Ehe einzelne Ergebnisse zur Frage nach den Erfahrungen mit der Eingliederungshilfe dargestellt werden, sollen die Unterschiede zur Bewertung von Klinikaufenthalten Thema sein. Die Klinikaufenthalte ragen in der Erinnerung heraus. Der Fokus ist wahrscheinlich teilweise damit zu erklären, dass die Aufenthalte mit Krisen verbunden waren und diese jeweils den Beginn einer (neuen) Episode in der Krankenkariere darstellen. Kritische Ereignisse haben zum Aufenthalt bzw. einer Unterbringung geführt. Die Erinnerung daran wird unterstützt, weil der Aufenthalt zeitlich einen Anfang und ein Ende hat. Vor diesem Hintergrund können Erlebnisse erinnert, geschildert und bewertet werden.

Im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt gibt es eine eindeutige Rollenverteilung: die kranke Person ist Patient:in, Ärzt:innen und teilweise Pflegende sind die Helfenden. Zur Rollenverteilung gehört, auf die Helfenden zu hören, sich ihnen zu fügen, insbesondere die verordneten Medikamente zu nehmen.

Die EGH wird demgegenüber nicht prägnant und abgegrenzt erlebt. Die Berührung mit EGH ist eng verbunden mit anderen Akteur:innen im Hilfesystem (das Amt, der Träger, die Betreuer:innen, SPD etc.). Für die Interviewten ist die EGH in Bezug auf das (betreute) Wohnen wichtig, der Vermittlungsprozess wird aber kaum problematisiert. **Es scheint so, als gäbe es wenig Kenntnis des Sozialsystems mit Aufgaben und Pflichten einer Kommune, den Aufgaben einer betreuten Wohnform, Kontakt- und Beratungsstellen etc.**

Auch wenn das medizinische Versorgungssystem im Detail in seinen Verantwortlichkeiten und Leistungen tatsächlich unübersichtlich ist, gibt es doch aus der Patient:innensicht eine einfache Konstruktion. Man geht zum/zur Arzt:in, wenn man Beschwerden hat und hofft dann bzw. vertraut darauf, dass man als Patient:in (wörtlich: als Geduldige:r) gut versorgt wird. Versorgt werden, der Begriff signalisiert die passive Rolle des/der Patient:in.

Anders ist es demgegenüber im System der sozialen Teilhabe in der Kommune. Die Regeln der Interaktion sind für beide Parteien (Bürger:innen und Verwaltung) weniger klar umrissen. Die leistungsberechtigte Person wird zum Antragsteller, für den mehrere Instanzen nebeneinander stehen: die EGH, Arbeitsförderung, Beratungsangebote von freien Trägern, Betreuung im rechtlichen Sinne, Schuldnerberatung etc. Daneben gibt es Nachbarschaftsvereine,

Kiezprojekte, Selbsthilfegruppen, die das Angebot erweitern. **Es gibt keine herausragenden Rollen wie z. B. der/die Arzt:in im medizinischen System.**

Positive und negative Erfahrungen mit der EGH werden in etwa gleich häufig berichtet (vgl. Diagramm oben). Wichtige Themen sind das Wohnen als betreutes Wohnen aber auch die Unterstützung bei der Suche nach einer eigenen Wohnung. Positive Aspekte des betreuten Wohnens sind

- Mitsprache bei der Suche und Auswahl einer Einrichtung
- Kontakte, Geselligkeit und Abgrenzung (in Ruhe gelassen werden)
- Unterstützung durch Betreuer:innen, durch Mitbewohner:innen
- Tagesstruktur, Gruppenangebote
- Kontrolle der Medikamenteneinnahme

Versorgt werden im betreuten Wohnen kann als sehr hilfreich erlebt werden:

...Wenn es einem schlechter geht, wird auch entschieden, dass man Hilfe bekommt. Das man zum Arzt geht oder dass die Arztbesuche begleitet werden oder dass man auch notfalls in die Psychiatrie wieder geht. Da wird schon sehr hingeguckt. Und ja, man ist halt nicht alleine. Man wohnt in einer Wohngruppe, kann sich mit den anderen austauschen. (Interview Hr. K., Pos. 51)

Helferkonferenzen mit SPDI, Trägereinrichtungen, EGH und anderen Helfenden werden als hilfreich genannt oder aber als gemeinsamer Übergriff erlebt.

Negative Erfahrungen mit der EGH:

- Langwierige Entscheidungen, Bürokratie
- Bewilligung von benötigten Hilfen abgelehnt, reduziert, gestrichen
- Zu viele und wechselnde Helfende schaden
- Als unangemessene Kontrolle erlebt, „anschwärzen“
- Kein passendes Angebot
- Keine passende Betreuung geboten
- Ungerechte Beurteilungen.

Die Befragten vermischten zu unserer Frage nach den Erfahrungen mit der EGH Erfahrungen mit der rechtlichen Betreuung, mit den Trägern von Maßnahmen und anderer Akteur:innen von sozialen Hilfen. Die Grenzen zwischen den verschiedenen Institutionen sind für Betroffene oft nicht eindeutig. Verglichen mit dem System medizinischer Versorgung sind die sozialen Hilfen weniger prägnant und abgegrenzt. Den Befragten scheint oft nicht klar zu sein, welche Rechte und legitimen Ansprüche sie an das System sozialer Hilfen haben. **Es**

gibt ein Informationsdefizit über die Angebote⁴ und in den meisten Fällen eine geringe Anspruchshaltung. Die Personen formulieren kaum einen expliziten Anspruch auf Teilhabe. Verglichen mit der medizinischen Versorgung fehlen Schlüsselpersonen, wie es die Ärzt:innen sind. Natürlich gibt es immer wieder Personen die viele und unrealistische Ansprüche stellen und die Helfenden im Sozialsystem bedrängen. Aber das ist nicht die Problematik, die hier skizziert wurde.

Stimmen der Expert:innen aus Erfahrung:

Und bei mir ist es ja so, ich war ja mein Leben lang schon irgendwie eingesperrt psychisch und auch körperlich durch die Arznei und alles und ich sehne mich einfach nur nach dieser Freiheit. Dann ist es für mich ganz schwierig, in solchen Einrichtungen zu verweilen. (Interview Hr. U., Pos. 25)

Ja, mit Herrn M., mit dem Therapeuten. Wir haben uns in Potsdam was angeguckt. Das war, so halt für Süchtige haben wir uns da was angeguckt. Die haben mich aber nicht aufgenommen, weil da bloß Männer waren. (Interview Fr. A., Pos. 126)

Also, ich habe mit meiner Familienhilfe damals gesucht. Und Provo e.V. war damals für Mutter-Kind speziell mit Doppeldiagnose. Sonst, Doppeldiagnose hast Du öfters, aber wenn Du alleine bist, jetzt so ohne Kind oder so. Und da war Provo halt damals der einzige Verein gewesen, der es jetzt halt so angeboten hat. Da blieb mir gar keine Alternative, also, entweder Provo e.V., dass das Kind halt zurückkommt, oder (Interview Fr. A., Pos. 118,120)

Mit 14 bin in betreuten Wohnen gekommen, hier in der Altstadt. ... Habe mich immer quergestellt, bin da nächtelang nur weggeblieben und so. Dann war ich auf einmal einen Monat verschwunden gewesen, da haben die mich gesucht. Dann haben die mich gefunden, am 11. September 2001, werde ich nie vergessen, mit dem World Trade Center und so. Da haben die mich gefunden und dann haben die mich rausgeschmissen, weil ich nicht tragbar war. ... ich kann es auch verstehen. Das hat ja auch

⁴ Ein Beispiel zur Bürgerinformation über die EGH für Erwachsene im Internet zeigt, dass die Zielgruppe wohl kaum erreicht wird: „Die Leistungen der Eingliederungshilfe richten sich für Erwachsene mit einer geistigen, körperlichen und / oder psychischen Behinderung nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches – Zwölftes Buch (SGB XII). Die Grundnorm des Leistungsanspruchs ergibt sich dabei aus § 53 SGB XII, welcher nicht nur den Aufgabenkreis der Eingliederungshilfe benennt, sondern ebenfalls den anspruchsberechtigten Personenkreis abgrenzt. Grundsätzlich sind die Leistungen der Eingliederungshilfe gegenüber Leistungen anderer Sozialleistungsträger – wie bspw. der Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung sowie der Bundesagentur für Arbeit – nachrangig (§ 2 SGB XII). (<https://vv.potsdam.de/vv/produkte/17301010000011764.php>)

so was mit den Ämtern und so zu tun. Ich meine, die Leute müssen ja Berichte schreiben, ob du dich machst, oder so. Und wenn halt da drinsteht, „Du hältst Dich an keine Regeln, Du bist tagelang weg oder machst, was Du willst, gehst stiften.“ Also, auch mal eine finanziellen Sache oder so, ob die Ämter das noch tragen. (Interview Fr. A., Pos. 88,92)

Meine Tochter musste mehr durchmachen mit dem Jugendamt, muss ich dazu sagen. Also, die haben da richtig knallharte Regeln jetzt gekriegt. Was ich auch nicht nachvollziehen kann. Also, Betreuung war mal früher was Anderes gewesen als heutzutage, muss ich sagen. Also, da frage ich mich manchmal, „Wo habt Ihr Eure Ausbildung gemacht?“ ... Dann hat sie irgendwie mal irgendwie die Wand eingeschlagen. ... sie war 15 gewesen. Sie haben sie dann hier aus dem betreuten Wohnen einen Tag vor Weihnachten rausgeschmissen. Dazwischen hat sie Zeit gehabt, ihre Sachen zu packen. Und dann so nach dem Motto, „Na, guck mal zu, wie Du klarkommst, Mädchen.“ Und sie war minderjährig. (Interview Fr. A., Pos. 96-100)

Also vorher noch mit meinem Betreuer, gesetzlichen Betreuer, habe ich telefoniert des Öfteren und der hat versucht einen Wohnplatz erstmals zu finden. Ich hatte ja keinen Wohnplatz. Und dann bin ich nach-. Also er hat in F. was, ist er fündig geworden. (Interview Hr. K., Pos. 27)

4.2.3 Übergänge zwischen Psychiatrischer Klinik und EGH

Die Gesprächspartner:innen berichten insgesamt nicht viel und auch nicht ausführlich von Übergängen vom betreuten Wohnformen (stationär und ambulant betreut) der EGH zum psychiatrischen Krankenhaus und umgekehrt. Ob und in welchen Konstellationen sich ein Krankenhausaufenthalt bzw. eine Unterbringung hätte vermeiden lassen, bleibt in den Schilderungen offen.

...Ich hatte nach eineinhalb Wochen hatte ich hier quasi schon den Platz zugesichert und von der WG aus. Aber noch nicht vom Sozialamt aus. Und ich glaube, ich habe fast dreieinhalb Wochen gewartet, bis das Sozialamt mir den Platz gegeben hat. Und das fand ich schon, also in meiner Situation echt, echt scheiße. Weil das Sozialamt wusste, dass ich obdachlos bin (Interview Hr. G., Pos. 151)

Ein langer Aufenthalt im Krankenhaus kann den Wechsel nach draußen schwer machen:

...Ja, ich habe das auch nur kurz vorher, ganz kurz gesagt bekommen, mit den Sätzen: „Sie kriegen jetzt einen gesetzlichen Betreuer, Sie gehen jetzt in die Wohnstätte" und ja, das war es dann schon. Es gab eine große Runde von Veranstaltung, ich glaube, vier-zehn Mann waren da. Ich war allerdings draußen, ich war nicht mit dabei. Man hat mich dann irgendwann dazu geholt und mir eröffnet: „Ja, es ist jetzt so, Sie gehen in die Wohnstätte und" ... dann hieß es am Mittwoch, das war für mich, ja, ich konnte das überhaupt nicht aufnehmen und verarbeiten. Inzwischen war ja die Psychiatrie fast mein Wohnort geworden und dann auf einmal hieß es: „Ja und ab Mittwoch gehen Sie jetzt in die Wohnstätte", das war schon schwer, sehr schwer. (Interview Fr. N., Pos. 19)

... dass man vielleicht gar nicht gesund werden will, weil man will ja in der Klinik bleiben. Das habe ich nicht bloß bei mir festgestellt, sondern auch bei vielen anderen festgestellt. Gerade in der Intervall-Therapie. Die hatten eigentlich in der Zeit, wo sie zu Hause waren, immer nur gehofft und gewartet, dass die Intervall-Therapien wieder weitergehen, weil man sich eben dort so wohl fühlte und ja, man war so ein bisschen betudelt und ja, das ist ja draußen nicht. (Interview Fr. N., Pos. 23)

4.2.4 Patientenorientierung und Teilhabe

Die Konzepte der Patientorientierung und Teilhabe können als Referenz für die Bewertung der Aussagen der Gesprächspartner:innen über ihre Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung und der EGH verwendet werden. Beide Konzepte bilden einen positiven Maßstab für gutes Handeln der Helfenden in der medizinischen und sozialen Versorgung (Klemperer 2000, Stötzner 2001, ÄZQ 2007). Die Schilderungen der Interviewten zeigen, in welchem Maß die Ansprüche eingelöst werden bzw. wo und wie stark die Ansprüche an Patientorientierung und Teilhabe nicht eingelöst werden.

Patientenorientierung zeigt sich u.a. in folgenden Aspekten (nach Stötzner 2001; ÄZQ 2007):

- Der Arzt hört zu, nimmt sich ausreichend Zeit
- Der Patient erhält von seinem Arzt eine ausführliche und verständliche Aufklärung und Beratung, auch weiterführende Informationen sowie Hilfs- und Beratungsangebote
- Der Arzt vermeidet eine unverständliche Wissenschaftssprache
- Der Arzt übt keinen Druck in Richtung bestimmter Behandlungsmethoden aus
- Der Arzt nimmt den Patienten und sein spezielles gesundheitliches Problem ernst
- Der Arzt bezieht den Patienten in alle Entscheidungen bezüglich seiner gesundheitlichen Situation mit ein
- Der Patient wird von Arzt und Praxispersonal / Pflegekräften freundlich und respektvoll behandelt

- Der Patient erhält ohne Probleme Zugang zu seinen Patientenunterlagen
- Der Arzt akzeptiert, dass der Patient im Zweifelsfall eine zweite Meinung einholen möchte
- Der Schutz der Person und Intimsphäre des Patienten gewahrt
- Der Schutz der persönlichen Patientendaten ist gewahrt.

Wie oben berichtet haben die Interviewten vergleichsweise ausführlich über negative Erfahrungen mit Krankenhausaufenthalten gesprochen. Bei Zugrundelegung der Merkmale von Patientenorientierung müssen wir feststellen, dass unsere Gesprächspartner:innen in den meisten Fällen wenig oder sogar das Gegenteil von Patientenorientierung erlebt haben.

Analog zur Patientenorientierung in der medizinischen Praxis kann **Teilhabe oder Teilhabeorientierung** als Maßstab für gute Hilfeleistung im System sozialer Hilfen betrachtet werden. Das Konzept der Teilhabe ist aus den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) abgeleitet und soll der EGH im Bundesteilhabegesetz (BTHG) eine bessere Nutzerorientierung, Zugänglichkeit und eine höhere Effizienz verschaffen. Ziele des BTHG sind:

- Menschen mit Behinderung erhalten Leistungen, die ihre Selbstbestimmung und volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gesellschaft fördern
- Benachteiligungen vermeiden oder ihnen entgegenwirken (§ 1 BTHG)
- dazu ist die Partizipation der Leistungsberechtigten unabdingbar, wie in den Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes und BAGüS zu Vereinbarungen zw. Leistungsträgern vom April 2018 vorgesehen.

Die EGH zeigt eine gute Ergebnisqualität, wenn die Nutzer (1) mit der Leistung zufrieden sind, (2) die Symptombelastung erträglich ist und (3) die erlebte Lebensqualität dauerhaft verbessert ist (Giertz, Speck & Steinhart 2022). Für alle drei Bereiche gibt es Erhebungswerkzeuge.

Ähnlich wie bei der Patientenorientierung in der Medizin müssen wir feststellen, dass die Teilhabe im System sozialer Hilfe, und dabei insbesondere der Eingliederungshilfe, aus Sicht der Betroffenen eher lückenhaft verwirklicht wird.

4.3 Die Sicht der Helfenden und ehemaligen Betroffenen im Vergleich

Die Projektinterviews mit ehemaligen Betroffenen sollten die Sichtweisen der Experten ergänzen. Es war nicht zu erwarten, dass ein Vergleich unmittelbar möglich ist, da sich die Erfahrungshorizonte beider Gruppen nur teilweise überschneiden. Die folgende Tabelle stellt Helfende und Betroffene pointiert einander gegenüber.

Tabelle 3: Sichtweisen von Helfenden und (ehemaligen) Betroffenen

Helfende	Betroffene
Beschreiben Personen mit Hilfe von Diagnosen und zugeschriebenen negativen Eigenschaften	Sicht auf die eigene Biografie – Wunsch nach Hilfe und Unterstützung
Neigen dazu, eine Gruppe abzugrenzen, um ein Hilfeangebot entwickeln zu können. Die Diagnosestellung bzw. Definition von Indikatoren erleichtern die Zuordnung zur Gruppe	Sehen sich nicht als Mitglied einer Gruppe. Erleben ein individuelles Schicksal. Fühlen sich mit Freunden, Angehörigen und Episoden der eigenen Biografie verbunden
Trennen zwischen Leistungen der EGH und medizinischen Versorgung	Die Hilfen EGH erscheinen unübersichtlich, schwer zugänglich und schwer berechenbar. Medizinische Hilfen sind dagegen klarer umrissen. Das psychiatrische Krankenhaus kann sofort aufgesucht werden bzw. man wird dorthin gebracht
Versuchen wohlwollend, Einzelfalllösungen durch besonderes Engagement	Fühlen sich vom Wohlwollen und Engagement der Helfenden abhängig und wissen über ihre Rechte bezüglich der sozialen Hilfen nicht Bescheid
Erfolgreiche Hilfemaßnahmen befriedigen, missglückte bedrücken und führen langfristig zu Burnout	Sehen sich über längere Zeit als abhängig von Hilfemaßnahmen oder schätzen die Fürsorge als Erleichterung im Alltag
Sehen Ressourcen und Defizite der Person auf der Basis eines aktuellen Eindrucks oder der vorliegenden Akten	Wollen nicht nur vor dem Hintergrund vergangener Handlungen und missglückten Geschickes beurteilt werden. Beanspruchen, sich und ihr Leben auch verändern zu können und auch schon verändert zu haben
Repressive Haltung zum Konsum von Drogen; Entzug und Abstinenz werden als (oft) Voraussetzung für Hilfen gesehen	Nehmen Drogen als eine Form der Selbstmedikation, um innere Unruhe, Leere etc. zu bewältigen
Betonen der sozialen Hilfen, die im eigenen Wirkungsbereich möglich sind	Betrachten ihre Lebenssituation und wissen, welche Hilfen nötig sind

5 Ansätze für Lösungsvorschläge der Versorgungsproblematik

Wenngleich die Analyseschritte, wie oben beschrieben, nicht abgeschlossen sind, kann die Richtung möglicher Ansätze beispielhaft grob skizziert werden. Gliedern kann man diese nach den Kategorien der qualitativen Analyse.

Versorgende

Die Frage der Motivation der Versorgenden ist noch weitgehend ungeklärt und dennoch enorm einflussreich auf die Versorgungssituation. Häufig sind es Einzelinitiativen höchst engagierter Mitarbeiter:innen, die zu individuellen Lösungsansätzen für die Betroffenen führen. Inwieweit die eigene Zufriedenheit in der Arbeit mit geglückten Begleitungen zusammenhängt und wie Frustration vermieden werden kann, könnte Gegenstand einer **trägerübergreifenden, regional organisierten Coachingrunde** werden, die die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften ergänzt und stärkt. Hier sollte ohne das Label einer Fortbildung oder eines offiziellen Rahmens gegenseitiger Austausch, Stärkung und gegebenenfalls auch das Loslassen von Einzelkämpferrollen ermöglicht werden. Da die Haltung der Versorgenden häufig institutsbezogen und wenig vermittelt mit Haltungsweisen anderer Akteur:innen bzw. auch den Erwartungen der Betroffenen ist, sollten diese Coachingsrunden zur Entwicklung gemeinsamer Sichtweisen ergänzend in **triologischer Besetzung** (Patienten, Angehörige und Therapeuten) durchgeführt werden.

Lebens- und Behandlungspfade

In diesem Bereich wurde vor allem deutlich, dass das Wissen der Versorgenden (im SGB-V-Bereich) über biografische Zusammenhänge der betroffenen Personen durch den Fallbezug zu wenig in die Versorgungskonzepte einbezogen wird. Hier sollte **problemorientierte Fallarbeit stattfinden (regional- und institutionsübergreifend)**.

Da die Akteur:innen im Hilfesystem nur über kurze Zeitspannen mit schwierigen, fordernden Menschen zu tun haben, liegt es für sie nahe, Menschen mithilfe von kurzzeitig beobachteten Verhaltensweisen zu beschreiben. Dabei gerät aus dem Blick, dass sowohl Verhalten als auch Problematik oftmals situativ und vorübergehend sind.

Hilfekonzeptionen sollten daher nicht auf diese Momentaufnahmen ausgerichtet sein. Die Berücksichtigung der Biografie der Betroffenen ist konzeptionell zu verankern. Dies sollte Gegenstand von **Fortbildungen mit Einbezug von Betroffenenperspektiven** werden. Das Schulungskonzept einer solchen Fortbildung sollte partizipativ entwickelt werden. Biographiearbeit und Einbeziehung der Klient:innenperspektive sind in der professionellen Versorgung inzwischen verbreitet, insbesondere für die Bedarfsermittlung in der EGH (BTHG, Gesamtplanverfahren). Daher könnten Fortbildungen mit Einbezug von Betroffenenperspektiven daran anknüpfen.

Passung-Nichtpassung

Unter dieser Kategorie werden Aussagen getroffen, dass die bereitgestellte Hilfe nicht individuell genug geplant und ausgeführt werden kann. Es fehlen sozialgesetzbuchübergreifende Vernetzungen, die eine **personenbezogene Lösung** ermöglichen. Hier entstehende Versorgungslücken werden häufig von bemühten Angehörigen und / oder Freund:innen gefüllt.

Wünschenswert wäre eine **flächendeckende und ausreichend finanzierte Koordination der Hilfen durch den sozialpsychiatrischen Dienst**. Eine mögliche Ergänzung der personellen Ausstattung des sozialpsychiatrischen Dienstes wäre der Einsatz von Genesungsbegleiter:innen. Der „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ bietet eine Chance dafür, die Dienste dahingehend zu modernisieren.

Viele Angehörige oder Freund:innen leisten Versorgungsarbeit, wobei sie selbst sich z. T. überfordern. Diese informelle Quelle von Hilfen kann durch **Unterstützungsnetze** stabilisiert und gefördert werden. Sie sollten daher in die interprofessionelle Versorgung adäquat einbezogen werden.

Bestehende Hilfsangebote richten sich häufig an eine vorab-definierte Klientel. Schwer betroffene Menschen passen teilweise in keines der vorgegebenen Schemata, sodass ihre Versorgung aufgrund der Passung (denkbar ist auch eine Begründung, z. B. Störung der anderen Bewohner:innen in der Einrichtung) nicht erfolgen kann. Die Konzeptionierung von Hilfsangeboten sollte sich daher weniger an eine fiktive Klientel, als vielmehr an real existierende Hilfebedürftige wenden. Hierfür ist zunächst eine **flexible Finanzierung von Hilfeleistungen** (z. B. Baukastensystem) erforderlich.

Die Betroffenen verlieren im Laufe der Zeit oft ihre sozialen Ressourcen (Beschäftigung, Wohnung, Arbeitsplatz, soziale Kontakte). Hilfen sollten daher diese sozialen Aspekte immer berücksichtigen und insbesondere zur Stärkung von sozialen Ressourcen (Wohnung, Beschäftigung, Arbeit) beitragen. Dadurch soll vor allem vermieden werden, dass soziales Elend und Defizite zur weiteren Psychiatrisierung führen.

Institutionelle Rahmenbedingungen/ Finanzierung

Der Fallbezug von Leistungen aus SGB-V sowie die Trennung der Krankenhausversorgungsbereiche (stationär, teilstationär, ambulant) sind oft hinderlich. Im Land Brandenburg können politische Anstrengungen zusammen mit den Kostenträgern unternommen werden, die bisher geringe Zahl an **Modellprojekten (nur eines) gem. § 64b SGB-V** im Land zu erhöhen.

Die adäquate Behandlung der betroffenen Personen kann nur gelingen, wenn eine Beziehungskontinuität, über viele Jahre hinweg und unabhängig von Krankheitsepisoden, erfolgen kann. Den Sozialpsychiatrischen Diensten sollten auch hier ausreichende Kapazitäten zur Verfügung stehen, auch und vor allem für therapeutisch-orientierte Gesprächsführung im unmittelbaren Lebensumfeld der Betroffenen. Auch die SGB-V-Träger sollten sich dahingehend orientieren, Leistungen über längere Lebensphasen zu planen.

Viele Personen des beschriebenen Betroffenenkreises haben aversive Erfahrungen mit klassischen Versorgungsroutinen gemacht und lehnen die Behandlung im Krankenhaus, auch ambulant, ab. Hier sollten lebensweltbezogene Ansätze, vor allem die Behandlung in der Häuslichkeit der Patient:innen ausgebaut werden. Dazu kann der **§116d SGB-V (StäB)** durch weitere Kliniken in Anspruch genommen werden. Dabei sollten regionale Leistungsträger und -erbringer:innen der Eingliederungshilfe beteiligt werden.

Viele Krankenhauseinweisungen, mit möglicherweise negativen Erfahrungen, finden in Krisensituationen und häufig nachts und / oder am Wochenende statt.

Hier ist die **Einführung von regionalen Krisendiensten mit 24/7-Arbeitsbereitschaft** zu prüfen.

6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Mit den drei Fokusgruppen, an denen insgesamt 15 Expert:innen der psychosozialen Versorgung teilnahmen, wurden wesentliche Ergebnisse erzielt, die durch die 11 Interviews mit Betroffenen ergänzt werden.

Expert:innen:

- Die Zuschreibungen aus der Fachliteratur („Systemsprenger“ etc.) werden einerseits bestätigt (u.a. psychiatrische Diagnosen, Gewalt gegen sich und andere, Konsum von psychotropen Substanzen, Manipulation und Belästigung), andererseits werden aber auch Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit, Isolation und Wohnungsverlust als soziale Probleme betont. Hinzu kommen Schäden, die erst durch gescheiterte Hilfen entstanden sind („schlechte Psychotherapie“ und lange Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken). Als wichtige Gemeinsamkeiten werden starker Substanzkonsum bzw. Sucht und in vielen Fällen eine kognitive Beeinträchtigung betont.

- Die Expert:innen waren sich einig darüber, dass diagnostische Kategorien und der Fokus auf Eigenschaften der Personen zu kurz greifen. Die Problematik ist nicht auf Ursachen in der („kranken“ oder „abweichenden“) Person oder in psychiatrischer Behandlung bzw. Eingliederungshilfe zurückzuführen, sondern das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels verschiedener Faktoren über die Zeit. Hierbei wirkt die Qualität der Kooperation und Koordination zwischen stationärer Psychiatrie und Eingliederungshilfe als Moment des Gelingens oder Scheiterns.
- Übergreifend werden langfristige Beziehungsarbeit und Kontinuität als Voraussetzungen für gelingende psychosoziale Arbeit hervorgehoben. Wo im Versorgungssystem eher eine Fallorientierung maßgeblich ist, bei der Beginn und Ende der Fallarbeit klar abgegrenzt sind, wird die langfristige Beziehungspflege schwerer gelingen. Vom Ansatz her kann ein SPDi eher Kontinuität in der Beziehung leisten.
- Für eine effektive Verzahnung von psychiatrischer Versorgung und Eingliederungshilfe gibt es in Brandenburg noch keine ausreichenden Strukturen, die eine verpflichtende Kooperation und Koordination für die Behandlung und Betreuung sicherstellen. Vielfach liegt es am individuellen Engagement von Mitarbeitenden aus Kliniken, Kommunen und Einrichtungen, eine informelle Kooperationsstruktur herzustellen.
- Mit dem BTHG sollen Teilhabe, Selbstbestimmung und Nutzerorientierung in der EGH bestimmend werden. Für chronisch und schwer psychisch Kranke bzw. Behinderte sind aber die Ansprüche bei einer Antragstellung hoch. Sie und insbesondere sogenannte Systemsprenger brauchen geduldige Assistenz, um eigene Bedürfnisse zu formulieren.
- Zwischen den Kostenträgern der EGH und den Einrichtungen, die Betreuung realisieren können, gibt es ein Ringen um die Finanzierung der Leistungen. Es geht beispielsweise um Einstufungen und Einzelvereinbarungen. Einigkeit besteht darüber, dass die gemeinsame Beratung von Konzepten und Einzelfällen notwendig sind.

Ehemalige Betroffene:

- Vornehmlich schlechte Erfahrungen mit psychiatrischer Versorgung im Krankenhaus prägt die Schilderungen der ehemals Betroffenen. In den retrospektiven Schilderungen wird insbesondere eine Gefährdung der eigenen Würde betont, was mit Zwangsmaßnahmen aber auch mit alltäglichen Dingen in Verbindung gebracht wurde. Personen litten beispielsweise darunter, dass tagelang keine eigene saubere Kleidung zur Verfügung stand.

- Die ehemaligen Betroffenen sahen sich fast ausnahmslos als psychisch Kranke, die Hilfe benötigen, wobei insbesondere an die Psychotherapie große Erwartungen gerichtet werden. Implizit wird eine patientenorientierte Behandlung gewünscht und oft nicht erlebt.
- Während das System der medizinischen Versorgung mit den Ärzten/Ärztinnen als zentrale Figuren für die Befragten klar konturiert ist und in den Erinnerungen eine große Rolle spielt, sind die sozialen Hilfen der Eingliederungshilfe weniger prägnant in der Erinnerung. Die verschiedenen Institutionen sozialer Hilfeleistungen und deren Mitarbeitende werden oft nicht unterschieden (rechtliche Betreuung, Sozialarbeiter:innen in Einrichtungen und Ämtern, Mitarbeiter:innen der SPD etc.) und für die Befragten sind die eigenen Rechte im Sinne von Rechten auf Teilhabe wenig bekannt.
- Fragen der Verzahnung von medizinischem und sozialem Hilfesystem sind für die Betroffenen wenig präsent. Die eigenen Rechte auf Leistungen für seelisch behinderte Personen sind wenig bekannt. Patientenorientierung und Teilhabeorientierung sind positive Konzepte zur Bestimmung guter Qualität in medizinischer und sozialer Versorgung. Unsere Gesprächspartner:innen haben in ihren Schilderungen kaum Hinweise darauf gegeben, dass diese Konzepte bereits mit Leben gefüllt sind.
- Die Interviews mit Betroffenen ergänzen unsere Erkenntnisse aus den Fokusgruppen in dem Sinne, dass eine Betonung hinzukommt. Es geht um die Wahrung der Würde psychisch kranker Menschen.

7 Literatur

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2022): Statistischer Bericht AI3 – j/21 (<https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/a-i-3-j>).
- ÄZQ (2007): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? Checkliste für Patientinnen und Patienten. ÄZQ, Berlin.
- Fleischmann, H (2015): „High utilizer“ in der Suchtpsychiatrie – Häufigkeit und Verlauf, Suchttherapie, 16, S 01.
- Giertz, K, Speck, A & Steinhart, I (2022): Soziale Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen - Daten und Fakten. In: Giertz, K., Große, L. & Röh, D. (Hrsg.): Soziale Teilhabe professionell fördern - Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Publisher: Psychiatrie Verlag
- Giertz, K (2016): Die „Systemsprenger-Problematik“ in den ambulanten psychosozialen Versorgungssystemen von Berlin. Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase. Forschungsbericht der VIA Perspektiven gGmbH.
- Giertz, K, Gervink, T (2017a): „Man wird sich seinen eigenen gesunden Menschenverstand nicht dadurch beweisen können, dass man seinen Nachbarn einsperrt.“ Kritik am Auf- und Ausbau geschlossener Heiminstitutionen. Soziale Psychiatrie, 3, 20–23.
- Giertz, K, Gervink, T (2017b): „Systemsprenger“ oder eher PatientInnen mit einem individuellen und komplexen Hilfebedarf? Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Erkenntnissen der Forschung zur „Systemsprenger-Problematik“ für die psychiatrische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung? Psychotherapie Forum, 22, 105–112.
- Glaser, BG (1978): Theoretical sensitivity. The Sociology Press, Mill Valley, CA.
- Klemperer, D (2000): Patientenorientierung. Stichwort aus "Handwörterbuch Gesundheitspolitik". NOMOS-Verlag
- Kuckartz, U (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3. Aktualisierte Auflage, Wiesbaden.
- Mayring, P (2008): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim und Basel.
- MASGF (2017): Empfehlungen für die zivilrechtliche Unterbringung gem. § 1906 Abs.1 BGB. Referat 41 (unveröffentlichtes Manuskript).
- MSGIV (2017): Menschen in schweren psychischen Krisen mit Respekt behandeln. 178/2017 Pressestelle MSGIV. (<https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/presse/pressemitteilungen/detail/~23-11-2017-arbeit-der-besuchskommission-2017>)
- Munich, RL, Allen, J G (2003): Psychiatric and Sociotherapeutic Perspectives on the Difficult-to-Treat Patient. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 66, No. 4.
- Rittmannsberger, H et al. (2014): Heavy User stationärer psychiatrischer Behandlung: Vergleich nach Diagnosegruppen. Neuropsychiatrie, 28, 169–177.
- Roick, C et al. (2002): Heavy User psychiatrischer Versorgungsdienste. Ein Überblick über den Stand der Forschung. Psychiatrische Praxis 29, 334–342.
- Schmidt, C (2008): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick U., von Kardorff E., Steinke I. (2008): Qualitative Forschung – ein Handbuch. Hamburg, 447-455.

- Steinke, I (2008): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E. von, Steinke, I. (2008): Qualitative Forschung – ein Handbuch. Hamburg, 319 – 331.
- Stötzner K (2001): Einbindung von Patienten und ihren Anliegen in die evidenzbasierte Medizin. Z Arztl Fortbild Qualitätssich, 95, 131–136
- Weig, W. (2009): Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung. Der Nervenarzt, 80, 847-854.