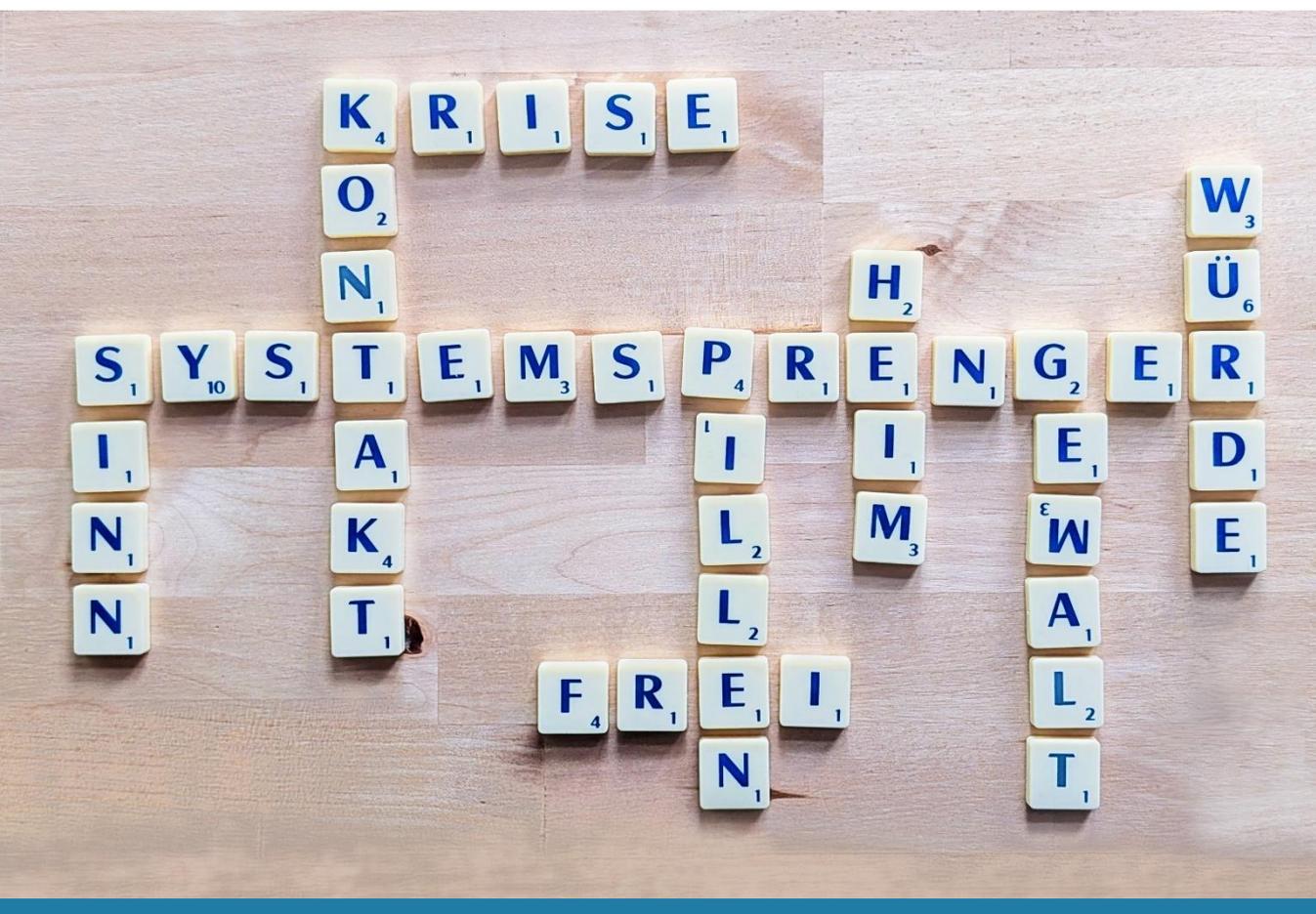


# PROJEKTBERICHT

| Dezember 2024

Verzahnung der psychiatrischen Versorgung mit dem System der Eingliederungshilfe



**Redaktion:** Andreas Böhm, Benigna Brandt, Elke Franke, Caroline Heide, Martin Heinze, Yuriy Ignatyev, Anja Mielke, Stefan Pospiech, Daniela Schmidt

**Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.**

Stefan Pospiech, Geschäftsführer

E-Mail: [pospiech@gesundheitbb.de](mailto:pospiech@gesundheitbb.de)

**Medizinische Hochschule Brandenburg**

Theodor Fontane

Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Immanuel Klinik Rüdersdorf

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Heinze

E-Mail: [martin.heinze@mhb-fontane.de](mailto:martin.heinze@mhb-fontane.de)

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Das MSGIV hat Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. und die Medizinische Hochschule Brandenburg seit 2021 durch Zuwendungen gefördert, um das Projekt „Verzahnung der psychiatrischen Versorgung mit dem System der Eingliederungshilfe“ durchzuführen. Im Hintergrund stand die Erfahrung, dass einerseits sogenannte Systemsprenger häufig keine ausreichende soziale und psychiatrische Versorgung erhalten und andererseits dieser Personenkreis von den Helfenden als stark belastend erlebt wird. Eine verbesserte Kooperation und Koordination von Leistungen der psychiatrischen Versorgung mit Leistungen der Eingliederungshilfe sollte die Situation sowohl für sogenannte Systemsprenger wie auch für Helfende aus gesundheitlicher und sozialer Versorgung verbessern. Der vorliegende Bericht fasst die Forschungsergebnisse zum Thema aus Experten- und Betroffenenperspektive wie auch einer angeschlossenen Transferphase im Land Brandenburg zusammen und schließt mit empirisch begründeten Empfehlungen ab.

**Methoden:** Um vielfältige Aspekte der Thematik zu erschließen, wurde ein Mixed Methods Ansatz gewählt mit unterschiedlichen Einzelmethoden und Erkenntnisquellen. Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die Methoden und Formate der Forschung.

Methoden	Fragestellungen
Recherche der Fachliteratur	Kennzeichen sogenannter Systemsprenger und Versorgung der Personengruppe
Fokusgruppen mit Helfenden	Perspektive der Helfenden aus verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen
Fallvignetten Psychiatrie	(Behandlungs-) Empfehlungen aus Sicht der Psychiatrie im Krankenhaus
Interviews mit ehemaligen Betroffenen	Selbtsicht ehemaliger sogenannter Systemsprenger, Erfahrungen mit der medizinischen und sozialen Versorgung
Workshops zum Transfer	Transfer von Forschungsergebnissen und Anstoß zur Verbesserung der Versorgung durch je zwei Workshops in den 5 Versorgungsgebieten Brandenburgs
Fragebogen zur Verzahnung	Motivation, berufliches Selbstverständnis, Kooperation, Sicht auf sogenannte Systemsprenger und deren Versorgung

**Ergebnisse:** In der ersten Forschungsphase diskutierten Expert:innen aus Brandenburg in Fokusgruppen über die Problematik. Sie waren sich weitgehend einig: Diagnosen und Zuschreibungen von Eigenschaften greifen zu kurz. Das Problem liegt in einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren über die Zeit, wobei die Qualität der Kooperation und Koordination zwischen stationärer Psychiatrie und Eingliederungshilfe oft entscheidend ist. Langfristige, kontinuierliche Beziehungsarbeit gilt als Voraussetzung für gelingende psychosoziale Arbeit.

Ehemalige sogenannte Systemsprenger aus Brandenburg wurden in ausführlichen Interviews befragt. Sie hatten sowohl Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen in der stationären Psychiatrie wie auch mit Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Schlechte Erfahrungen mit psychiatrischer Versorgung im Krankenhaus prägen die Schilderungen der Betroffenen. Es geht um Zwangsmaßnahmen aber auch um alltägliche Dinge in der Klinik, z. B. saubere Kleidung, Zigaretten oder Langeweile. Die ehemaligen Betroffenen sahen sich im Rückblick fast ausnahmslos als psychisch Kranke, die Hilfe benötigen. Implizit wird eine patientenorientierte Behandlung gewünscht und oft nicht erlebt. Für die ehemaligen Betroffenen sind existenzielle Fragen und das Verstehen der eigenen Biographie wichtig. Der Unterschied zwischen den verschiedenen Institutionen sozialer Hilfeleistungen und deren Mitarbeitende wird oft nicht verstanden (Betreuer:innen, Sozialarbeiter:innen in Einrichtungen und Ämtern, Mitarbeiter:innen der SPD<sub>i</sub> etc.).

In einer Transferphase wurden die Ergebnisse der Forschung (insbesondere Expertensicht, und Perspektive von ehemaligen Betroffenen) den Akteuren der gesundheitlichen und sozialen Versorgung zugänglich gemacht. Mit je zwei Workshops pro Versorgungsgebiet sollte Wissen zur Problematik vermittelt, in Kleingruppen reflektiert und auf die konkreten regionalen Bedingungen bezogen werden. Insgesamt 316 Teilnehmende (TN) aus allen Landkreisen Brandenburgs in den fünf Versorgungsgebieten haben eine Reihe von Ideen und Lösungsvorschläge für eine verbesserte soziale und gesundheitliche Versorgung von sogenannten Systemsprengern erarbeitet und teilweise bereits Initiativen zur Umsetzung ergriffen.

**Empfehlungen:** Auf der Grundlage der empirischen Forschung und der Transferphase hat das Projekt Empfehlungen für Land, Kommunen, Krankenhäuser und Träger in sechs Handlungsfeldern erarbeitet.

1. **Verbesserung der Netzwerkarbeit und Kommunikation:** Regelmäßige, strukturierte Austauschformate sollten verpflichtend eingerichtet bzw. weiterentwickelt werden. Institutionell kommt hierfür der ÖGD mit seinem Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD<sub>i</sub>), den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAGs) und der Psychiatriekoordination in Frage.
2. **Genesungsbegleitung:** Ehemals Betroffene (z. B. Genesungsbegleiter:innen) sollten an der Versorgung mitwirken, um den Zugang zu den betroffenen Personen zu erleichtern und die Kultur des Umgangs miteinander zu prägen. Dies sollte in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung geschehen, beginnend bei den Kliniken, den SPD<sub>i</sub>s und bei den Trägern der Eingliederungshilfe.
3. **Ambulante und niedrigschwellige Angebote:** Insbesondere Möglichkeiten zur aufsuchenden ambulanten Behandlung und Betreuung sollten die Versorgung sowohl im SGB-V-Bereich als auch in der Eingliederungshilfe ergänzen und verbessern. Empfohlen wird, dass sich Kommunen zusammenschließen, um einen regionalen Krisendienst aufzubauen (24 Stunden und 7 Tage/Woche). Wünschenswert wäre eine Finanzierung der Konzeptentwicklung durch das Land und beispielhaft sollte

dieses Konzept dann in einer noch zu definierenden Region Brandenburgs erprobt werden.

4. **Wohnen:** Es wird empfohlen, spezielle Wohnangebote zu schaffen, die Pflegemöglichkeiten und eine intensive Betreuung z. B. auch für Menschen mit Intelligenzminderung, schwerer psychischer Erkrankung, Mehrfachdiagnosen und/oder Neigung zu sexualisierter Gewalt bieten. Wohnplätze sollten dabei in bestehenden Einrichtungen geschaffen werden, die auch vorübergehend genutzt werden und eng an die psychiatrische Akutversorgung angebunden sind. Die Schaffung von intensiv betreuten Wohnplätzen sollte regional und überregional organisiert sein. Empfohlen wird auch, Krisenwohnungen zu schaffen und dazu Finanzierungsmöglichkeiten im Gespräch zwischen Kommunen und Land zu finden.
5. **Bedürfnisse und Wünsche von Betroffenen und Angehörigen:** Von den Betroffenen wird oft erlebt, dass sie sich konform verhalten müssen, um Hilfe zu bekommen. Wichtig ist die Vermeidung von Zwang in der psychiatrischen Behandlung. Sie wünschen sich mehr Patienten- und Teilhabeorientierung sowie Unterstützung bei der Bewältigung von chronischen Krankheiten. Deshalb sollte die Patienten- und Teilhabeorientierung in der Praxis gefördert werden, um einen individuellen Hilfebedarf herausarbeiten und an den Bedürfnissen der Personen orientieren zu können (gemeinsame Entscheidungsfindung). Auch hierzu können mit Beteiligung von Betroffenen Workshops zur Arbeitskultur in psychiatrischer und sozialer Versorgung durchgeführt werden.
6. **Übergreifende Empfehlungen:** Den SPDIs kommt bei der Verbesserung der Lage von Menschen mit komplexem Hilfebedarf eine besondere Rolle zu. Sie können Hilfen und koordinierende Leistungen übernehmen, die andere Akteure nicht leisten können. Der ÖGD sollte konzeptionell und von den Ressourcen her gestärkt werden. Schließlich sollte auch die Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich seelischer Erkrankung und die Entstigmatisierung von Betroffenen verbessert werden (z. B. Mental-Health-Erste-Hilfe-Kurse bei Arbeitgebern und Aufklärung in Schulen). In diese Aktivitäten sollten Berufsgenossenschaften, das Bildungsministerium, die Schulämter, die Polizei, die Ordnungsbehörden und die Feuerwehr mit einbezogen sein.

Die Projektgruppe empfiehlt, eine Umsetzung der Empfehlungen mit anderen Stakeholdern unter Einbeziehung von Betroffenen- und Angehörigenvertretern zu diskutieren. Hierbei können Prioritäten, Umsetzbarkeit, Aufwand und Erfolgsaussichten innerhalb festzulegender Zeiträume leitend sein. Bestimmte Empfehlungen können in Modellregionen des Landes erprobt werden, wobei die Prozesse mit praxisbezogenen, aber evidenzbasierten Projekten begleitet werden können.

## Inhalt

1	Hintergrund.....	1
2	Projektziele.....	2
3	Methoden und Teilnehmende.....	3
3.1	Literaturrecherche .....	4
3.2	Perspektive der Helfenden – Fokusgruppen.....	5
3.3	Perspektive von ehemaligen Betroffenen – Interviews.....	6
3.4	Fallvignetten Psychiatrie.....	7
3.5	Regionale Workshops – Transfer von Wissen und Anstoß zur verstärkten regionalen Koordination.....	9
3.6	Fragebogen zur Zusammenarbeit in der Versorgung .....	12
4	Ergebnisse .....	13
4.1	Ergebnisse der Literaturrecherche .....	13
4.2	Sogenannte Systemsprenger aus der Sicht der Helfenden .....	18
4.2.1	Wer ist ein sogenannter Systemsprenger? .....	19
4.2.2	Wo die stationäre psychiatrische Behandlung an Grenzen stößt.....	20
4.2.3	Eingliederungshilfe und Bundesteilhabegesetz – Gehen diese Hilfemöglichkeiten an Bedarf und Bedürfnissen der Zielgruppe vorbei?.....	21
4.2.4	Ringeln um Vereinbarungen für passgenaue Angebote in der Eingliederungshilfe.....	23
4.2.5	Vernetzung und gemeindepsychiatrische Strukturen .....	24
4.2.6	Lebensverläufe – Systemsprenger wird man über Jahre .....	26
4.2.7	Was die Passung zwischen Hilfen und Personen erleichtert oder erschwert .....	27
4.2.8	Das Engagement der Helfenden.....	27
4.2.9	Soziale Ressourcen, Wohnen und Beschäftigung .....	28
4.2.10	Weitere Faktoren, die eine Passung oder Nichtpassung zwischen Personen und Hilfesystem beeinflussen.....	29
4.2.11	Ein Modell des Handelns von sogenannten Systemsprengern.....	31
4.2.12	Die Perspektive der Helfenden – kurzgefasst.....	31
4.3	Wie (ehemalige) Betroffene sich und die Versorgung sehen .....	32

4.3.1	Erfahrungen in psychiatrischen Kliniken .....	33
4.3.2	Erfahrungen mit Hilfen der Eingliederungshilfe.....	36
4.3.3	Übergänge zwischen psychiatrischer Klinik und Eingliederungshilfe.....	38
4.3.4	Patientenorientierung und Teilhabe.....	39
4.3.5	Die Sicht der Helfenden und ehemaligen Betroffenen im Vergleich .....	40
4.3.6	Die Perspektive der Erfahrenen - kurzgefasst .....	42
4.4	Ergebnisse aus den Fallvignetten aus psychiatrischen Krankenhäusern in Brandenburg .....	42
4.5	Ergebnisse der Workshops.....	43
4.5.1	Die Workshops in den einzelnen Versorgungsgebieten .....	44
4.5.2	Charakterisierung von sogenannten Systemsprengern .....	45
4.5.3	Problembeschreibungen.....	45
4.5.4	Lösungsansätze für eine bessere Versorgung.....	46
4.5.5	Übergreifende Aspekte: Prävention, Online-Angebote, Gewinnung von Fachkräften und Verbesserung der Datenlage .....	50
4.5.6	Lösungsvorschläge: Unterschiede zwischen Versorgungsgebieten? .....	51
4.6	Ergebnisse des Fragebogens zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen und Akteure in der Versorgung .....	52
4.6.1	Auswertung.....	52
4.6.2	Diskussion: Unterschiede zwischen Helfenden.....	55
5	Empfehlungen.....	57
5.1	Verbesserung der Netzwerkarbeit und Kommunikation .....	58
5.2	Genesungsbegleitung.....	59
5.3	Ambulante und niedrigschwellige Angebote.....	60
5.4	Wohnen.....	62
5.5	Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und Angehörigen .....	63
5.6	Übergreifende Empfehlungen .....	64
5.7	Weitere Schritte und Priorisierungen .....	66
6	Literatur .....	67
7	Anhang.....	71
7.1	Bewertung der Workshops durch die Teilnehmenden Lime Survey .....	71

7.2 Auswertungen des Fragebogens zur Kooperation..... 74

# 1 Hintergrund

Das MSGIV hat Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. – Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (GesBB) seit 2021 mit Zuwendungen gefördert, um das Projekt „Verzahnung der psychiatrischen Versorgung mit dem System der Eingliederungshilfe“ 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.

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse aus der Forschung des Projekts und einer Transferphase im Land Brandenburg zusammen. Der Bericht zu den ersten Forschungsphasen ist zugänglich (Gesundheit Berlin-Brandenburg & Medizinische Hochschule Brandenburg 2022, <https://tinyurl.com/3ypd6zh7>).

Der Fokus im Projekt ist auf Erwachsene (>18 Jahre) gerichtet, die als sogenannte Systemsprenger<sup>1</sup> auffallen und möglicherweise nicht bedarfsgerecht versorgt werden. Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit demenziellen Erkrankungen oder starken kognitiven Einschränkungen sind nicht Gegenstand der Forschung. Im vorliegenden Bericht sprechen wir von sogenannten Systemsprengern. Der Begriff Systemsprenger ist umstritten aber vergleichsweise weit verbreitet. Teilweise werden auch die Bezeichnungen Systemprüfer oder Netzprüfer verwendet.

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 Personen 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, 2023). In einer Befragung von Pflegeeinrichtungen für psychisch Kranke in Mecklenburg-Vorpommern wurde etwa jede 10. Person zur Gruppe der sogenannten Systemsprenger gezählt (Giertz & Gervink, 2018). Verengt man die Frage nach der Zahl sogenannter Systemsprenger auf die

---

<sup>1</sup> Wir verwenden im Bericht die etablierte Bezeichnung Systemsprenger, weil sie allen Akteur:innen bekannt ist. Weil es jedoch gleichzeitig eine Fremdzuschreibung ist, gehen wir stets mit „sogenannt“ auf Distanz. Darüber hinaus haben wir in diesem Zusammenhang auf das Gendern verzichtet, da es ohnehin eine Gruppenzuweisung ist, die Individualität ausblendet.

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 wahrscheinlich eine Unterschätzung ist (LIGA der Freien Wohlfahrtspflege, 2023). Es ist davon auszugehen, dass es sich bei der Gruppe sogenannter Systemspringer nicht um eine klar abgrenzbare Gruppe handelt. Vielmehr ist von einem Kontinuum auszugehen, das je nach Schweregrad von einigen Dutzend Personen bis zu mehreren hundert Personen in Brandenburg reicht.

## 2 Projektziele

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).<sup>2</sup>
2. Der Wissensstand bei den Akteuren über die jeweiligen Handlungslogiken und rechtlichen Regelungen der Systeme psychiatrische Versorgung und Eingliederungshilfe ist verbessert.
3. Es liegen Handlungsempfehlungen für eine dezentrale und sozialraumorientierte Versorgung vor.
4. Die Empfehlungen leisten einen wesentlichen Beitrag, um Unterbringungen nach § 1906 BGB und BbgPsychKG zu vermeiden.

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.

---

<sup>2</sup> Leistungen der Eingliederungshilfe werden erbracht, um eine drohende Behinderung zu verhindern oder um eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und so Chancen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten. Eingliederungshilfe erhält derjenige, der die erforderliche Leistung nicht von anderen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält. (SGB IX).

### 3 Methoden und Teilnehmende

Nach einer Literaturanalyse zur Beschreibung und Versorgung von Menschen mit sehr hohem und komplexem Hilfebedarf 2022 wurde eine qualitative Erhebung durch Befragung wesentlicher Akteur:innen der Versorgung durchgeführt. Es sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Perspektive die Helfenden im Land Brandenburg auf sogenannte Systemsprenger haben und wie die Versorgung beschrieben sowie bewertet wird.

Dieser deskriptive Ansatz entspricht einer Forderung einer Studie der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS). 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, unterschiedliche Instrumente zur Bedarfsdeckung (s.o.) weiterzuentwickeln und die Datenqualität erheblich zu verbessern.“ (BAGüS 2021, S. 17).

In der ersten empirischen Projektphase stand die Perspektive der Helfenden im Vordergrund. Die Problematik der sogenannten Systemsprenger wurde damit durch die Brille der Akteur:innen im Versorgungssystem betrachtet. 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.

Fallvignetten aus psychiatrischen Krankenhäusern in Brandenburg sollten die Perspektive von Helfenden speziell ergänzen.

Spätestens seit Diskussion und Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) 2016, Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, ist es Konsens, dass eine paternalistisch-fürsorgliche Gestaltung des Hilfesystems weder sinnvoll noch wünschenswert ist. Daher wurde eine wesentliche Vervollständigung 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 befragt, die bereits Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (Unterbringungen, Fixierungen) wie auch mit der Eingliederungshilfe gemacht hatten.

Tabelle 1: Methoden und Formate der Forschung

Methoden	Fragestellungen
Recherche der Fachliteratur	Kennzeichen sogenannter Systemsprenger und Versorgung der Personengruppe
Fokusgruppen mit Helfenden	Perspektive der Helfenden aus verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen

Methoden	Fragestellungen
<b>Fallvignetten Psychiatrie</b>	(Behandlungs-) Empfehlungen aus Sicht der Psychiatrie im Krankenhaus
<b>Interviews mit ehemaligen Betroffenen</b>	Selbtsicht ehemaliger sogenannter Systemsprenger, Erfahrungen mit der medizinischen und sozialen Versorgung
<b>Workshops zum Transfer</b>	Transfer von Forschungsergebnissen und Anstoß zur Verbesserung der Versorgung durch je zwei Workshops in den 5 Versorgungsgebieten Brandenburgs
<b>Fragebogen zur Verzahnung</b>	Motivation, berufliches Selbstverständnis, Kooperation, Sicht auf sogenannte Systemsprenger und deren Versorgung

Die Ergebnisse der beiden ersten Forschungsphasen wurden in der folgenden Transferphase als Input und Verständigungsgrundlage in regionalen Workshops verwendet. In Zusammenarbeit mit den SPDIs wurde ein Dialog der Akteur:innen der psychiatrischen und sozialen Versorgung, insbesondere an der Schnittstelle von Eingliederungshilfe und SGB-V-Versorgung, initiiert. In den regionalen Workshops sollten auch die Selbsthilfe, ehemalige Betroffene und Angehörige psychisch Kranker mitwirken. Ziel war die Gewinnung von konkreten und regional umsetzbaren Lösungsschritten.

Die wissenschaftliche Forschung mit Expert:innen und ehemaligen Betroffenen sowie die begleitende Evaluation der regionalen Workshops sollten schließlich für den Entwurf eines Fragebogens genutzt werden, der auf die differenzierte Beschreibung der Motivation, des beruflichen Selbstbilds und der Kooperation der Akteur:innen in der Versorgung von sogenannten Systemsprengern abzielt.

### 3.1 Literaturrecherche

Am Anfang des Forschungsvorhabens stand eine Literaturrecherche, mit der relevante Studienergebnisse erfasst und die Thematik weiter eingegrenzt wurde. Eine Orientierung in nationaler und internationaler Literatur sollte daher Anregungen für Beschreibungen der Zielgruppe sowie möglicher Versorgungsmodelle liefern. Die Literaturrecherche basierte auf den Schlagwörtern „Systemsprenger“, „Heavy User“, „Drehtürpatient“, „psychiatrische Versorgungsdefizite“, „schwierige Patienten in der Psychiatrie“ sowie „hard-to-reach-Patient“ in einschlägigen Datenbanken (PubMed, Cochrane Library, Google Scholar) und wurde durch eigene Kenntnis der Literatur in der Arbeitsgruppe ergänzt. Durch die Verarbeitung der Literatur schärfte sich zwar die Sicht auf die Gruppe von Menschen, die im Rahmen des Brandenburger Versorgungssystems beschrieben werden sollten. Gleichzeitig taten sich neue Fragen bezüglich der Forschungsfrage und auch des geplanten Forschungssettings auf. Konsequenz der Literaturanalyse war u. a. die Befragung der professionellen Helfer bezüglich

ihrer Sicht auf die Personengruppe und ihre Beschreibung der Problemsituation. Als zweites ist die eigene Perspektive von sogenannten Systemsprengern auf ihre Krisen, die psychiatrische Behandlung und das Klient:innensein in der Eingliederungshilfe als Desiderat der Forschung erkannt worden.

### 3.2 Perspektive der Helfenden – Fokusgruppen

Expert:innen von Verwaltung und Versorgung (psychiatrisch, Eingliederungshilfe), Interessenvertretungen von Betroffenen und Angehörigen sowie Expert:innen von außerhalb Brandenburgs (s. Tabelle 2) wurden zu drei themenzentrierten Fokusgruppen eingeladen. 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 Passungsprozesse zwischen Betroffenen und Versorgungssystem aus? 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.

Für die Gewinnung der TN für die Fokusgruppen wurde die fachliche Expertise der Studiengruppe genutzt. Mit Hilfe des Schneeballverfahrens wurden Akteur:innen angesprochen. Zur Information und Einbindung der Träger der überörtlichen und örtlichen Träger der Eingliederungshilfe (Landkreise und kreisfreie Städte, Landesamt für Soziales und Versorgung) sowie ihrer Interessenverbände (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 wurde so eine Reihe von Expert:innen gewonnen: Sozialverwaltung der kommunalen und Landesebene, Leistungserbringer:innen der Eingliederungshilfe (EGH), Psychiater:innen aus der stationären Versorgung, SPDi, Betreuer:innen, Vertreter:innen von Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen sowie Expert:innen von außerhalb Brandenburgs (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Teilnehmende der drei Fokusgruppen

Bereich	Anzahl
Leitungen Psychiatrischer Kliniken	2

Bereich	Anzahl
LASV (Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg), Aufsicht für unterstützende Wohnformen	1
Sozialamt Leitung und Sachbearbeitung EGH	2
Heime / Einrichtungen / Betreuende	3
Vertreter:innen Betroffene und Angehörige	2
Sozialpsychiatrischer Dienst	1
Expert:innen von außerhalb Brandenburgs (Einrichtungen, Psychiatrie, Fachsteuerung Eingliederungshilfe)	4

Die drei Fokusgruppen wurden im Juli 2021 online durchgeführt. Mit Zustimmung der TN wurden die Gespräche aufgezeichnet und verschriftet. Die Datenanalyse orientierte sich an bewährten Methoden der qualitativen Auswertung 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).

### 3.3 Perspektive von ehemaligen 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 Einwilligungsförmular). Die Ethikkommission befürwortete die Studie und bewertete den Ethikantrag am 28.1.2022 positiv.<sup>3</sup>

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

<sup>3</sup> Interviewleitfäden, Flyer zur Werbung für Interviews, Ethikantrag und Ergebnistabellen mit Kodes und Kategorien können bei den Autor:innen angefordert werden.

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 3: Interviewte nach Alter, Geschlecht und anderen Merkmalen

Nr.	Geschlecht	Alter	Live/ online	Schulbildung in Jahren	Erfahrungen mit Unterbringungen	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, Erfahrungen (positiv, negativ, neutral):

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

### 3.4 Fallvignetten Psychiatrie

Um die Herausforderungen der sogenannten Systemsprenger an die soziale und klinische Wirklichkeit beurteilen zu können, wurden von uns Fallvignetten als methodisches Instrument im Projekt eingesetzt. In sozialwissenschaftlichen Zusammenhängen dient die Methode der Fallvignetten bei empirischen Untersuchungen zur Bezeichnung von Szenarien, die bei der Datenerhebung, -analyse oder -interpretation in der empirischen quantitativen oder -qualitativen Forschung verwendet werden (Peterlini, 2020). Darüber hinaus ermöglicht die Methode, nicht-expliziertes Wissen und Sinnggebungsmuster der Befragten zu

rekonstruieren (Schnurr, 2003). Die im Laufe der Exemplifikation entstandenen Kurztexte wurden als „Schnappschüsse, die dynamisches Handeln von Personen in konkreten Situationen heraus-nehmen und im Festhalten fixieren“ begriffen (Schratz, Schwarz & Westfall-Greiter, 2012, S. 103). Allen Fallvignetten lagen reale klinische Fälle und teilnehmende Erfahrungen der Stake-holder zugrunde.

Die Leitungen aller psychiatrischen Kliniken in Brandenburg (N=19) wurden gebeten, die in den Einrichtungen behandelten Patient:innen, die als sogenannte Systemsprenger definiert werden konnten, als Vignetten standardisiert zu beschreiben. Die Beschreibung sollte die folgenden Abschnitte enthalten: 1) Kurze Angaben zur Person und psychiatrischer Vorgeschichte; 2) Problematische Verhaltensweisen; 3) direkte Folgen; 4) soziale Folgen; 4) Behandlungs-folgen; 5) nach Stabilisierung; 6) hilfreiche Strategien. Nur drei Kliniken nahmen mit insgesamt acht Vignetten teil.

Die Fallvignetten wurden zunächst deskriptiv dargestellt und dann aus der anthropologischen Perspektive mit Hilfe einer semiotischen Methode analysiert (Köngäs, 1961; Köngäs-Maranda & Maranda, 1971).

Tabelle 4: Soziodemographische und klinische Charakteristika der Fälle aus Fallvignetten

Fallvignette-Nr.	Alter (Lebensjahr)	Geschlecht	Beginn der Erkrankung (Lebensjahr)	Schulbildung in Jahren	Erfahrungen mit Unterbringungen	Gefährdung und Diagnosen (ICD 10)							
						FG	EG	F1	F2	F4	F6	F7	F8
1	41	m	25	13	1	1	1	0	1	0	0	0	0
2	19	w	K	10	1	1	1	1	0	0	1	0	1
3	37	m	21	k. A.	1	1	0	1	1	0	0	0	0
4	36	m	31	9	1	1	0	1	1	0	0	1	0

Fallvignette-Nr.	Alter (Lebensjahr)	Geschlecht	Beginn der Erkrankung (Lebensjahr)	Schulbildung in Jahren	Erfahrungen mit Unterbringungen	Gefährdung und Diagnosen (ICD 10)							
						FG	EG	F1	F2	F4	F6	F7	F8
5	58	m	K	8	0	0	0	0	0	1	0	1	0
6	19	w	17	10	1	0	1	0	0	1	1	0	0
7	36	w	22	k. A.	1	0	1	1	0	1	1	0	0
8	18	m	K	k. A.	1	1	0	0	0	0	0	1	1

FG-Fremdgefährdung, EG-Eigengefährdung, F1-Psychische und Verhaltensstörungen durch psycho-trope Substanzen, F2-Paranoide Schizophrenie, F4- Neurotische, Belastungs- und somatoformen Störungen, F6-spezifische Persönlichkeitsstörungen, F7- Intelligenzstörungen, F8-Entwicklungsstörungen, m=männlich, w=weiblich, K=Beginn im Kindesalter, k.A.=keine Angabe. 1=Merkmal vorhanden, 0=Merkmal nicht vorhanden.

### 3.5 Regionale Workshops – Transfer von Wissen und Anstoß zur verstärkten regionalen Koordination

Die Ergebnisse der Forschung (Expert:innensicht, Perspektive von ehemaligen Betroffenen) wurden den Akteur:innen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in den Brandenburgischen Versorgungsgebieten zugänglich gemacht. Der Transfer sollte Wissen zur Verbesserung der Versorgung bereitstellen und Versorgungsprobleme auf die fachliche und politische Agenda bringen. Wissenschaftliche Erkenntnisse in der Gesundheitsforschung lassen sich nicht wie in einem Technologietransfer übertragen, sondern sie müssen in gemeinschaftlichen Prozessen reflektiert, auf die konkreten regionalen Bedingungen bezogen und angepasst werden. Der Transfer ist eine ständige Übersetzungsleistung und benötigt Austausch in einem Rahmen, der eine vertrauensvolle Verständigung aller Beteiligten fördert (Warsewa, Bleses & Güldner, 2020).

Zur Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit der sozialen und gesundheitlichen Versorgung gehört die Perspektive der Betroffenen im Prozess der Forschung und des Transfers. Im Feld der Psychiatrie und der Eingliederungshilfe muss daher selbstverständlich sein, dass die (ehemaligen) Betroffenen, Angehörige, Selbsthilfegruppen etc. im Transferprozess mitwirken.

Die regionalen Workshops lassen sich als zentrale Transferaktivität verstehen. Hinzu kommen noch die Zugänglichkeit der Forschungsergebnisse der MHB, die Begleitung von fachlichen Debatten und die Beratung von Politik und Verwaltung. Die Workshops fanden von Herbst 2022 bis Sommer 2024 in den 5 Versorgungsgebieten Brandenburgs statt (<https://www.patientenrechte-brandenburg.de/psychiatrie-eingliederungshilfe>).

Kennzeichen der regionalen Workshops:

- Teilnehmende Institutionen waren vor allem: Landkreisverwaltung (Sozial- und Gesundheitsdezernent:innen, ÖGD mit SPD i und Psychiatriekoordination; Leistungsträger der EGH), psychiatrische Kliniken, Leistungserbringer der EGH (vorrangig im Bereich Wohnen), Betroffene und Angehörige (teilweise aus Betroffenen- und Angehörigenorganisationen), EUTBs (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatungen), Besuchskommissionen, LASV, LAVG (Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit), Gesundheits- und Sozialministerium
- zwei Workshops je Versorgungsgebiet in mehrwöchigem Abstand
- fachliche Inputs zu den bisherigen Projektergebnissen, Möglichkeiten des Einsatzes von Genesungsbegleitung in Einrichtungen, Vorschläge für neue Versorgungsstrukturen (insbesondere Krisenangebote)
- Diskussionen und Austausch in Kleingruppen unter Akteur:innen verschiedener Landkreise und kreisfreier Städte zu Problematik, Lösungsansätzen, Gestaltung von Kommunikationswegen zwischen den Akteur:innen, Krisenangeboten und Einbeziehung ehemals Betroffener in die Versorgung
- Mitwirkung von ehemaligen Betroffenen und Angehörigen
- Online-Format der Workshops mit Dokumentationen für alle TN
- Evaluation mit Kurzfragebogen (LimeSurvey).

Zentral im Workshopkonzept sind einerseits Inputs von Seiten der Projektdurchführenden beziehungsweise Referent:innen und dazugehörige Diskussionsmöglichkeiten und andererseits ein Austausch in Kleingruppen, damit die Akteur:innen Probleme und Lösungsmöglichkeiten ihres Versorgungsgebiets untereinander diskutieren können. Weiterhin gehört es zum Workshopkonzept, jeweils 2 Workshops in mehrwöchigem Abstand in den Versorgungsregionen durchzuführen, wobei der erste Workshop vornehmlich der Problementfaltung und der zweite Workshop dem Suchen nach Lösungswegen und ersten Absprachen der Akteur:innen dienen sollte.

Die Workshops wurden in einem Online-Format durchgeführt und mit einer wissenschaftlichen Evaluation der MHB begleitet. Alle TN der Workshops wurden gebeten,

nach den Workshops einen kurzen Fragebogen zur Bewertung auszufüllen (LimeSurvey). Darüber hinaus wurden informelle Rückmeldungen der TN aufgenommen.

Insgesamt wurden mit den Workshops 316 TN aus den fünf Versorgungsgebieten Brandenburgs erreicht.

Tabelle 5: Beteiligung an den Workshops

Versorgungsgebiete	Landkreise/ kreisfreie Städte	Teilnehmende		
		Workshop 1	Workshop 2	Gesamt
Uckermark-Barnim	Barnim	11	7	18
	Uckermark	16	8	24
	weitere Landkreise*	10	13	23
Prignitz-Oberhavel	Prignitz	1	0	1
	Ostprignitz-Ruppin	6	2	8
	Oberhavel	5	7	12
	weitere Landkreise*	18	12	30
Oderland-Spree	Märkisch-Oderland	4	5	9
	Oder-Spree	10	11	21
	Frankfurt (Oder)	3	1	4
	weitere Landkreise*	15	10	25
Lausitz-Spreewald	Elbe-Elster	1	5	6
	Spree-Neiße	1	2	3
	Cottbus	6	5	11
	weitere Landkreise*	22	18	40
Havelland-Fläming	Teltow-Fläming	11	4	15
	Havelland	5	3	8
	Potsdam-Mittelmark	8	7	15
	Brandenburg a. d. H.	2	0	2
	Potsdam	5	7	12
	weitere Landkreise*	18	11	29
<b>TN Gesamt</b>		<b>178</b>	<b>138</b>	<b>316</b>

\*: TN, deren Arbeitsfeld landkreisübergreifend ist

### 3.6 Fragebogen zur Zusammenarbeit in der Versorgung

Zum Zweck einer quantitativen Bewertung von Motivation, beruflichem Selbstverständnis, Kooperation, Sicht auf sogenannte Systemsprenger und deren Versorgung wurde vom MHB-Team ein Fragebogen entwickelt, der aus sechs aufeinander folgenden Teilen bestand. Der kurze einleitende Fragebogenteil beinhaltete Fragen zur Soziodemographie und einige kontextuelle Fragen (ordinalskaliertes Alter, Geschlecht, Beruf [sieben Kategorien], Standort [fünf Kategorien], Kontakt zu sogenannte Systemsprengern [fünf Grade], Art der Organisation [acht Kategorien] und Anzahl der Kontakte zu Patient:innen/ Klient:innen pro Quartal [Mittelwert als absolute Zahl]).

Der erste Teil des Bogens (34 Items) umfasste verschiedene Verhaltensstrategien der wichtigen Berufsgruppen zu Hilfen für sogenannte Systemsprenger. Er lehnte sich im Kern an den Leadership Behavior Description Questionnaire (Luthans, Luthans & Luthans, 2021) an, der sich auch im Bereich Gesundheitsversorgung bewährt hat. Das Instrument erfasste insbesondere personenzentrierte und aufgabenorientierte Verhaltensstrategien. Personenzentriert heißt ein Führungsverhalten, bei dem die zwischenmenschlichen Beziehungen bei der Aufgabenerfüllung besonders betont werden. Der Mensch wird als Individuum mit eigenen Bedürfnissen und Zielen ernst genommen, und seine persönliche Entwicklung wird gefördert. Leistungsorientiert heißt ein Führungsverhalten, bei dem die technischen und Leistungsaspekte der Aufgabe besonders betont werden. Der Mensch wird lediglich als Mittel zum Erreichen der Organisationsziele gesehen. Die genannten Strategien schließen sich nicht aus, sodass sich ihre gemeinsame Ausprägung auch als Totalwert darstellen lässt. Der zweite und der dritte Teil des Instrumentes bestanden jeweils aus den vom MHB-Team speziell für das Projekt entwickelten Items zu möglichen Barrieren (20 Items) und Maßnahmen zur Verbesserung der Hilfen für sogenannte Systemsprenger (22 Items). Auch der vierte Fragebogenteil wurde gänzlich vom MHB-Team entwickelt. Er erfasste verschiedene Aspekte der Kommunikation und Zusammenarbeit der Helfenden mit anderen Berufsgruppen (9 Items). Der fünfte Teil bestand aus 15 Items zur Erfassung von Motiven der Berufswahl und Arbeitsmotivation sowie der Religiosität bzw. Spiritualität in einem helfenden Beruf von Mitarbeitern in der Psychiatrie (Hoppig, 2015). Der sechste Teil des Instrumentes enthielt die vom MHB-Team entwickelten 46 Items zur Sicht auf sogenannte Systemsprenger<sup>4</sup>.

Die Verteilung des sechsteiligen Fragebogens an die Teilnehmer:innen der versorgenden Einrichtungen erfolgte vom 13.6. bis 15.8.2024 online auf der Basis der LimeSurvey-Applikation nach dem Schneeballverfahren. Der Rücklauf der online ausgefüllten Fragebögen erfolgte anonym.

Alle Antworten der Teilnehmer:innen, die im Format verbaler Ratingskala erfasst worden waren, wurden ins Format numerischer Ratingskala umgewandelt.

Die statistische Auswertung erfolgte in fünf Schritten, wobei nicht alle Teile des Fragebogens auf die gleiche Weise analysiert werden konnten. Zuerst wurden die Daten allgemein

---

<sup>4</sup> Bei Interesse am Fragebogen wenden Sie sich bitte an die Studienautor:innen.

betrachtet, um einen Überblick zu bekommen. Dann wurde geprüft, wie gut die einzelnen Fragen eines bestimmten Teils des Fragebogens miteinander zusammenhängen. Hierfür wurde Cron-bachs Alpha verwendet. Der Kennwert gibt an, ob die Fragen zuverlässig und sinnvoll miteinander in Beziehung stehen. Ein Wert über 0,7 gilt als zufriedenstellend (Bühner, 2011). Fragen, die entweder wenig Zusammenhang mit anderen Fragen hatten oder nicht wirklich zum Thema beitrugen, wurden entfernt.

Im dritten Schritt wurde untersucht, wie ähnlich die Teilnehmer:innen in Bezug auf ihre Antworten waren. Dazu wurde eine Methode von Borg & Groenen (2005) verwendet, die es ermöglicht, die Beziehungen zwischen den Teilnehmer:innen grafisch darzustellen. Je ähnlicher die Antworten einer Gruppe waren, desto näher lagen sie auf der Grafik als Punkte zusammen.

Im vierten Schritt wurde eine Clusteranalyse (MacQueen, 1967; Jain, 2010; Malik, 2019) durchgeführt. Dabei wurde die Grafik weiter untersucht, um Gruppen von Teilnehmer:innen zu identifizieren, die ähnliche Antwortmuster zeigten. Es wurde geprüft, wie gut diese Gruppen zueinander passten und welche Merkmale mit diesen Gruppen in Verbindung standen.

Im letzten Schritt wurden dann die Unterschiede in den Antworten zwischen den verschiedenen Gruppen der Teilnehmer:innen genauer analysiert. Hierfür wurden statistische Tests (Ostertagova & Ostertag, 2014; Conover, 1999) verwendet, um zu sehen, ob es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gab.

Das Signifikanzniveau wurde allgemein auf 5% festgelegt. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie verzichteten wir auf eine Adjustierung des Signifikanzniveaus der Einzeltests bei multiplen Tests.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

In der Literatur sind zahlreiche Bezeichnungen zu finden, mit denen diese Personengruppe assoziiert wird: Systemsprenger, Netzwerkprüfer, Extremindividualisten, neue chronisch psychisch Kranke, Patienten mit einem komplexen Hilfebedarf, die Schwierigsten, „hard-to-reach“ (Freyberger et al., 2008; Gervink & Giertz, 2018; Giertz & Große, 2019; Giertz & Große, 2020; Weig, 2009). Durch die Forschungsarbeiten von Freyberger et al. (2008) hat sich in den letzten Jahren in Deutschland der umstrittene Begriff Systemsprenger durchgesetzt (Freyberger et al., 2008; Gervink & Giertz, 2018).

Bei der Literaturrecherche zeigte sich, dass das Thema Passgenauigkeit zwischen Menschen mit psychosozialen Hilfebedarf und deren Versorgung im psychiatrischen System in vielerlei Hinsicht unzureichend sein kann (Giertz & Gervink, 2017). Es überrascht daher nicht, dass die Definition und Bezeichnung der Klientel der Hilfesuchenden in den verschiedenen

Publikationen voneinander abweichen (Giertz & Gervink, 2017). Weig (2009) schreibt vom „schwierigen Patienten“, Munich und Allen (2005) vom „Difficult-to-Treat Patient“. Für die Gruppe „mit einem rezidivierenden hochfrequenten Behandlungsbedarf“ wird vom „High Utilizer“ (Fleischmann, 2015) oder „Heavy User“ (Böhm, 2016; Rittmannsberger et al., 2014; Roick et al., 2002) gesprochen. Die Bezeichnungen „Heavy Users“ und „High Utilizers“ kommen aus der englischen Fachliteratur, beeinflusst durch zahlreiche Studien im englischsprachigen Raum zur Inanspruchnahme sowohl medizinischer als auch psychiatrischer Einrichtungen. Die übereinstimmende Beobachtung, dass etwa 10-30% der Patienten 50-80% der psychiatrischen Leistungen beanspruchen, belegt eine große Variabilität der Nutzungsintensität (Kent et al., 1995; Spießl et al., 2002). Aufgrund der ökonomischen Bedeutung dieser Patienten, sprechen einige Autoren auch von „High Cost Users“ (Roick et al., 2002; Spießl et al., 2002).

Ziel der Versorgenden in den verschiedenen internationalen Settings ist es, jeweils eine inadäquate, inhumane sowie hospitalisierende Art der Versorgung zu vermeiden und gesellschaftliche Teilhabe sowie Empowerment der einzelnen Betroffenen zu fördern (Nordentoft et al., 2013). Besonders Zwangsunterbringungen sollen vermieden werden (Schöttle et al., 2019).

Mueser et al. (1998) beschreiben ein Konzept der aufsuchenden Sozialhilfe für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Auch Schöttle et al. (2019) beschreiben, wie sich Zwangsunterbringungen mit Hilfe einer aufsuchenden Hilfeleistung in Kombination mit einem systematischen Therapieprogramm für Menschen mit Erkrankungen aus dem Bereich der Schizophrenie sowie der bipolaren Störungen vermeiden lassen.

Auch in den Niederlanden werden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ambulant in der eigenen Häuslichkeit therapeutisch versorgt. Sytema et al. (2017) weisen darauf hin, dass die aufsuchende, ambulante Versorgung für viele Menschen notwendig ist, um einem individuellen Versorgungsbedarf gerecht zu werden, der möglicherweise in einem stationären Setting nicht berücksichtigt werden könnte.

Nitschke et al. (2018) widmen sich dem Thema, welche präventiven Schritte unternommen werden können, um psychisch kranke Menschen davor zu bewahren, straffällig zu werden. Eine Unterbringung dieser Menschen in einer forensischen Einrichtung soll so vermieden werden.

Die hier lediglich auszugsweise aufgeführten Studien fokussieren jeweils unterschiedliche Gruppen von Menschen mit psychosozialen Hilfebedarf. Auch das angestrebte Versorgungsziel ist jeweils verschieden. Das breite Spektrum an Beispielstudien zeigt jedoch, dass das Thema der Passgenauigkeit in der psychiatrischen Versorgung wiederkehrend ist. Diese Passgenauigkeit bezieht sich auf die Passung zwischen Hilfebedarf eines von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen und der Hilfeleistung, die er oder sie erhält (nicht erhält). Die Passgenauigkeit kann für jeden und jede von psychischer Krankheit Betroffenen anders erlebt werden. Hilfefragen sind immer individuell und mehr oder weniger komplex. Da wo Hilfefragen jedoch multiple und weitreichend sind, und diese bei der Versorgung nicht berücksichtigt werden (können), kann dies Grundlage für extremes

menschliches Leid sein und zu extremen Reaktionen vonseiten der Betroffenen (fremd- oder selbstschädigendes Verhalten) führen.

Da bisher eher die professionellen Versorgenden aus den Bereichen soziale Arbeit, Psychiatrie und kommunale Verwaltung zu dem Thema Versorgung von Menschen mit hohem und komplexem Hilfebedarf publiziert haben, ist es nicht verwunderlich, dass die Bezeichnung der sehr heterogenen Klientel als sogenannte Systemsprenger etabliert wurde.

Eine Nichtpassung einer komplexen Hilfefrage mit einem Versorgungssystem wird gerade bei extremem Verhalten wie Selbst- oder Fremdverletzung als Systemsprengung wahrgenommen. Es steht zur Diskussion, ob es sich bei den sogenannten Systemsprengern um eine besonders schwer beeinträchtigte Gruppe psychisch kranker Menschen mit hohem spezifischen Behandlungsbedarf handelt, die das psychiatrische Versorgungssystem sprengen, oder ob die erhöhte Inanspruchnahme besonders stationärer Leistungen auf strukturelle Defizite der psychiatrischen Versorgung hinweist, also das Versorgungssystem selbst aufgrund seiner Konfiguration sogenannte Systemsprenger produziert (Freyberger et al., 2008; Gervink & Giertz, 2018; Spießl et al., 2002).

Ein sprachliches Pendant zu den sogenannten Systemsprengern gibt es aus der Sicht der betroffenen Menschen bisher nicht. Dies liegt daran, dass der Definitionsdruck vor allem vonseiten der Versorger besteht, wer ihre Klientel ist. Maths Jespersen (2012), der einen betroffenenkontrollierten aufsuchenden Dienst in Dänemark mitbegründet hat, beschreibt die Klientel als „spezielle Gruppe von Personen mit schwerwiegendsten psychischen Problemen“.

Bereits andere Autor:innen haben versucht, die bisher unter dem Begriff Systemsprenger bekannte Gruppe mit Hilfe von spezifischen Verhaltensweisen und Einstellungen der Personen zu beschreiben. Giertz und Gervink (2017b) zeichnen einen Überblick über die aktuell verfügbaren Studien, die der Frage nachgehen, welche Menschen sich hinter dem Begriff der sogenannten Systemsprenger verbergen.

Die Datenlage stellt sich uneinheitlich dar. Giertz und Gervink schlussfolgern daher, dass Wissenschaftler:innen bei der Operationalisierung dieser Klientel möglicherweise darauf angewiesen sind, die Passung personenbezogener Faktoren mit den geleisteten Versorgungsangeboten zu betrachten. Ist diese nicht adäquat, könnte das Phänomen der sogenannten Systemsprenger entstehen (s.o.).

Zu den personenbezogenen Faktoren lässt sich auf der Basis der vorliegenden Studien zum Thema der sogenannten Systemsprenger folgendes zusammenfassen:

- Es handelt sich um Menschen mit einem erheblichen und psychosozialen und somatischen Hilfebedarf. Dieser bezieht sich sowohl auf Hilfeleistungen des täglichen Lebens, als auch psychiatrische Hilfeleistungen. Die Intensität des Hilfebedarfs kann im Laufe der Zeit variieren. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Betroffenen dauerhaft in einem Lebensbereich Unterstützung benötigen. Häufig sind sogar Hilfeleistungen in mehreren Lebensbereichen (z. B. Grundsicherung, psychiatrische Versorgung) erforderlich.

- ca. 60% männlich und 40% weiblich
- Erwachsene aber eher junge Menschen (Durchschnittsalter ca. 25-50 Jahre)
- Aus Sicht des psychiatrischen Versorgungssystems treten häufig Doppeldiagnosen aus den folgenden Bereichen auf:
  - Psychotische Störungen
  - Persönlichkeitsstörungen
  - Suchterkrankungen.
- Diesen Menschen wird in der Literatur zugeschrieben:
  - Aggressivität gegen andere
  - Konsum von psychotropen Substanzen
  - Manipulation und Belästigung
  - Suizidalität
  - Impulsivität
  - Delinquenz
  - Ablehnung von Medikamenteneinnahme
  - Geringe Möglichkeit zur Reflexion der eigenen Persönlichkeitsstruktur
  - Geringe Ich-Reife
  - Störungen im gruppenbezogenen Verhalten
  - Geringe Empathiefähigkeit.

Diese Personen durchlaufen aufgrund ihres hohen Hilfebedarfs oft mehrere Institutionen und treffen dabei auf unterschiedliche Akteur:innen aus den medizinischen und sozialen Versorgungssystemen. Sie sind unter anderem zu finden in therapeutischen Wohnheimen, in der stationären psychiatrischen Versorgung, in der Obdachlosigkeit oder in forensischer Unterbringung. Zu nennen ist auch die Fehlplatzierung von Patient:innen in der stationären Altenpflege, die mit 56-65 Jahren weit unterhalb des üblichen Durchschnittsalters liegen („Schattenpsychiatrie“ Giertz & Gervink, 2017b).

Trotz der nun hier zusammengefassten personenbezogenen Merkmale lässt sich nicht sagen, dass Menschen, die diese Kriterien erfüllen gleichzeitig sogenannte Systemsprenger sind. Die unterschiedlichen Sichtweisen, einerseits ausgehend von Eigenschaften der Menschen, andererseits von ihrer Inanspruchnahme des Versorgungssystems sind beide ein Produkt der Helfenden in einem Feld, das Definitionsdruck macht. Die Spannungen, die sogenannte Systemsprenger hervorrufen oder im Laufe der Behandlung entwickeln (vgl. hier auch die Ergebnisse der Fallvignetten) zwingen das Helfersystem einerseits die Gruppe der Menschen zu definieren und zum Zweiten die Erfordernisse an das Hilfesystem zu ermitteln und zu planen, da der gesellschaftliche Auftrag zur Behandlung besteht. Diese Definitionsnotwendigkeit besteht für Betroffene nicht.

Aus Sicht der Betroffenen ist hervorzuheben, dass es zumeist nicht die vom Hilfesystem wahrgenommenen Defizite sind, die als problematisch empfunden werden:

Nach 10 Jahren Erfahrung lässt sich sagen, dass in der Regel nicht Unterkunft oder Beschäftigung höchste Priorität besitzen, sondern Existenzfragen (wie z. B.: Warum sollte ich überhaupt leben? Wie kam es dazu, dass ich ein Leben als Psychatriepatient führe? Gibt es für mich überhaupt Hoffnung auf Veränderung?), Sexualität oder Probleme mit Angehörigen. Ein PO [persönlicher Ombud] muss in der Lage sein, viel Zeit für Gespräche mit seinem/seiner Klient:in über diese Art von Fragen aufzubringen – und nicht einfach nur Dinge erledigen (Jespersion 2012).

Als Problem wird die bürokratische Struktur des Hilfesystems empfunden.

Bei anderen Projekten müssen sich in der Regel die Klient:innen selbst an ein bürokratisches System anpassen; wir arbeiten jedoch genau anders herum. Die POs müssen äußerst flexibel, kreativ und erfinderisch sein, wenn es darum geht, Wege der Zusammenarbeit mit dieser Gruppe aufzutun.“ (Jespersion 2012)

Zudem spielt das Konzept von Krankheit/Gesundheit eine Rolle, sofern eine Reflexion desselben geschieht. Menschen erleben keine Diagnosen, sondern existenzielle Krisen. Peter Weinmann (2012) stellt verschiedene Definitionen von Verrücktheit aus Betroffensicht vor und dabei wird deutlich, dass diese zumeist die Beschreibung und Erklärung des individuellen Lebens beinhalten.

- Andersartigkeit/besondere Form des Seins
- Reaktion auf perinatale bzw. frühkindliche Störungen (Urvertrauensverlust)
- Ergebnis familiärer Dysfunktion (Gewalt, „double bind“ etc.)
- Ergebnis anderer biografischer Ursachen (Trauma, Drogenkonsum etc.)
- Krankheit, Hirnerkrankung, genetisch bedingte Hirnstoffwechselstörung
- Kognitive Störung (der Verarbeitung emotionaler Prozesse)
- Dünnhäutigkeit/Vulnerabilität/Sensibilität
- Ich-Schwäche, einbrechendes Unbewusstes
- Sinnkrise/spirituelle Krise
- Antikapitalistische Verweigerungshaltung.

Aus dieser Aufzählung wird deutlich, wie individuell unterschiedlich die eigenen Erklärungsversuche gegenüber den Definitionen und Diagnosen des Hilfesystems sind. Man kann so die Hypothese ableiten, dass sich das Problem der sogenannten Systemsprenger weder allein aus den Merkmalen der betroffenen Personen generiert (unabhängig vom Versorgungssystem) noch ein alleiniges Problem des Versorgungssystems ist (welches den speziellen Bedarfen nicht gerecht wird). Vielmehr lässt sich das Problem so beschreiben, dass der Versorgungsbedarf der betroffenen Personen und die Möglichkeiten des Versorgungssystems keine ausreichende Passung haben. Die Passgenauigkeit lässt sich

wissenschaftlich erschließen, wobei zu bemerken ist, dass es eine ideale Versorgungssituation mit vollständiger Passgenauigkeit von Bedarf und System nicht geben kann, sondern bestehende Situationen möglichst weit Richtung Passgenauigkeit weiterzuentwickeln sind. Dabei ist es die vordergründige Aufgabe des Systems, sich so zu entwickeln, dass Passung entstehen kann.

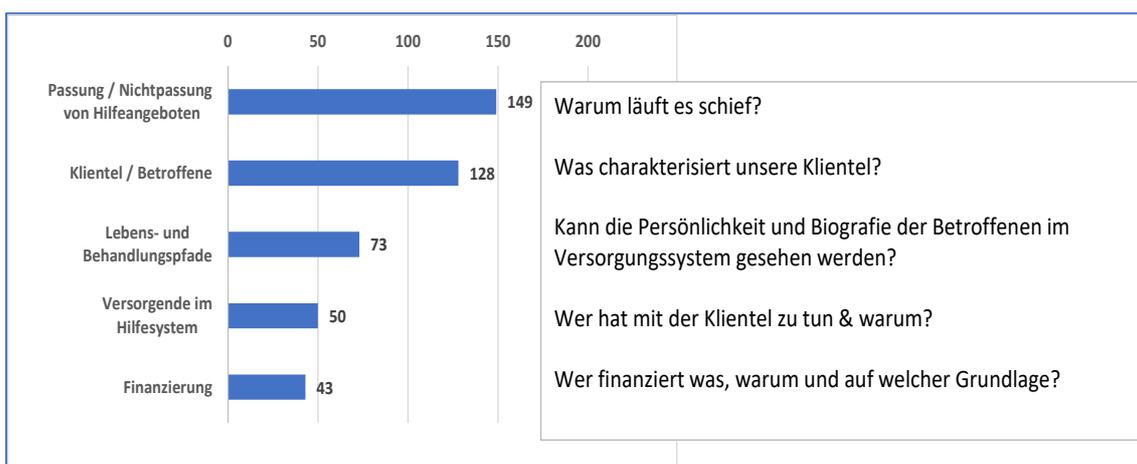
## 4.2 Sogenannte Systemsprenger aus der Sicht der Helfenden

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

- Charakterisierungen der Personen, die die Helfenden als Systemsprenger beschreiben
- 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 (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). 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



### 4.2.1 Wer ist ein sogenannter Systemsprenger?

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 sogenannte Systemsprenger ist Täter und nicht Opfer.

In den Fokusgruppen (FG) wurden die aus der (vornehmlich psychiatrischen) Fachliteratur bekannten Bezeichnungen genannt: Systemsprenger (Giertz & Gervink, 2017), Menschen mit hohem und komplexem Hilfebedarf (Giertz & Gervink, 2017), schwierige Patienten (Weig, 2009), Difficult-to-Treat Patient (Munich & 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.

Die Expert:innen kritisierten, dass die gängigen Benennungen der Personengruppe spezielle Eigenschaften der Personen nahelegen, die sie „schwierig“ machen:

*... 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 ... 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 (externe Expert:in, Leistungserbringer:in EGH).*

Da die Akteur:innen 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 SPD<sub>i</sub> und Einrichtungen der EGH.

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

- schwer demenziell 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.

#### 4.2.2 Wo die stationäre psychiatrische Behandlung an Grenzen stößt

Die stationäre Psychiatrie ist darauf ausgerichtet, 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 monatelange Aufenthalte, von denen einige Patient:innen immer wieder Zeiten fixiert verbringen. Die Behandelnden müssen feststellen, dass sie keine Besserung erreichen und sie finden nur schwer eine Institution für die 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.

#### 4.2.3 Eingliederungshilfe und Bundesteilhabegesetz – Gehen diese Hilfemöglichkeiten an Bedarf und Bedürfnissen der Zielgruppe vorbei?

Der Gesetzgeber verfolgte mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen 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 Neuabschluss des Rahmenvertrages nach § 131 SGB IX mit Wirkung ab 01.01.2024).

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).*

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 ... mit irgendeinem anderen im Zimmer, den sie nicht mögen, der jede Nacht furzt ... 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 SPD).*

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 der EGH formulierte.

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



#### 4.2.4 Ringen um Vereinbarungen für passgenaue Angebote in der Eingliederungshilfe

Sozialhilfeträger beauftragen 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, ist im Einzelfall zu prüfen:

*... 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).*

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 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).*

#### 4.2.5 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<sub>i</sub> hier eine Schlüsselfunktion einnimmt, weil die Mitarbeitenden langdauernde Beziehungen zu den Personen pflegen können:

*... Dienste und Einrichtungen in der Region H, benachrichtigen den SPD<sub>i</sub>, wenn ein junger Patient die Betreuung beendet und abgebrochen hat, ohne dass die weitere Versorgung 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 Psychiatrieberichterstattung. 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<sub>i</sub> kommt auch daher, dass diese Institution Personen aktiv aufsuchen kann und soll. Der SPD<sub>i</sub> 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 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.

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. Ein(e) Chefärzt:in skizziert die Sicht auf Vernetzung in 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. Es wurde von einer engagierten Sozialarbeiterin 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.

#### 4.2.6 Lebensverläufe – Systemsprenger wird man über Jahre

Psychisch kranke Menschen sind nicht plötzlich „Systemsprenger“ oder „Systemprüfer“. 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, 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 Versorgungsinanspruchnahme 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 viele 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“<sup>5</sup> 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 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*

---

<sup>5</sup> In der Medizinsoziologie wird von Krankenkarrerien gesprochen und damit betont, dass der Verlauf von Krankheiten auch durch soziale Prozesse, Erwartungen und Stigmatisierungen bestimmt wird.

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).

#### 4.2.7 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 SPDi eher Kontinuität in der Beziehung leisten (vgl. Kap. 4.2.5).

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

#### 4.2.8 Das Engagement der Helfenden

In den FG wird die gemeinsame Verpflichtung all 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... 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).

Helfende 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. (Aufsicht unterstützende Wohnformen).*

Die Helfenden 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 Pflgeteam 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).*

Dies kann dazu führen, dass positives Verhalten gar nicht mehr erwartet wird. Ein Patient, der bislang in verschiedenen Kontexten als überaus schwierig erlebt wurde, überraschte in einem anderen Setting positiv. Dies macht 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 das Team durchaus motiviert zwei weitere Jahre ihn zu begleiten (externe Expert:in, Leistungserbringer EGH).*

#### 4.2.9 Soziale Ressourcen, Wohnen und Beschäftigung

Soziale Ressourcen im Sinne von Angehörigen, Freund:innen, Nachbar:innen können eine krisenhafte Zuspitzung vermeiden 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 eines/ einer Teilnehmer:in vor. Von heute auf morgen werden einfache Arbeitsmöglichkeiten angeboten.

#### 4.2.10 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 ließ sich in Themenfelder gliedern.

##### a) 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 Klient:in und Helfendem notwendig.
- Finanzierung setzt explizit oder implizit auf das Prinzip fördern und fordern. Als Gegenleistung wird Anpassung an das Versorgungssystem gefordert.<sup>6</sup>
- 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 noch oft auf den Träger bzw. die Einrichtung und nicht an der Person orientiert.
- Die Behandlung von Suchterkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen läuft nicht über dieselben Träger und somit nicht über die dieselbe 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.

---

<sup>6</sup> Nach § 1 des SGB XII müssen Leistungsberechtigte nach eigenen Kräften mitwirken.

b) Institutionen im Hilfesystem:

- Es gibt kaum Fallsteuerung beim Übergang von einer Institution in die nächste.
- Die psychiatrische Klinik wird von den Versorgenden im ambulanten Bereich als letzte Lösung gesehen und genutzt.
- Ein längerer Aufenthalt in einer geschlossenen Klinik kann traumatisch für die Betroffenen sein.
- Eine geschlossene psychiatrische Station ist kein „Lebensraum“.
- Das institutionelle Setting fordert eine 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 des Hilfesuchenden im Rahmen eines institutionellen Settings kann zur Krise führen.
- Im institutionellen Setting kann Gewalt erlebt werden (von Betroffenen 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.

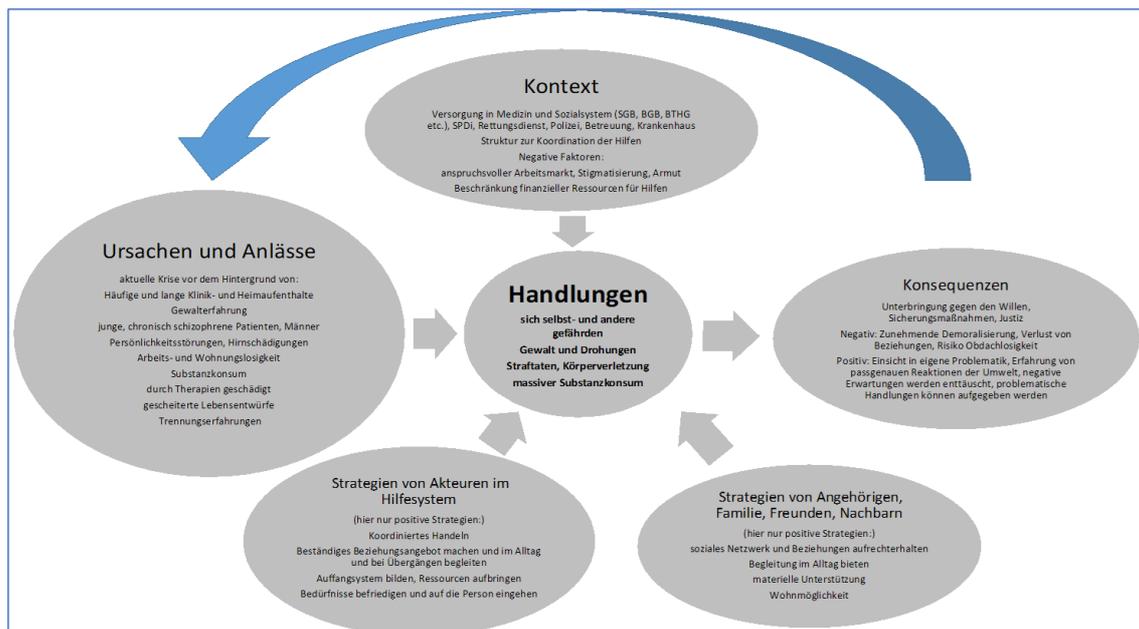
c) Personale Faktoren:

- 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).

#### 4.2.11 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. unten). 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 die 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. Die meisten Aussagen in den FG ließen sich den einzelnen Elementen des Modells zuordnen



#### 4.2.12 Die Perspektive der Helfenden – kurzgefasst

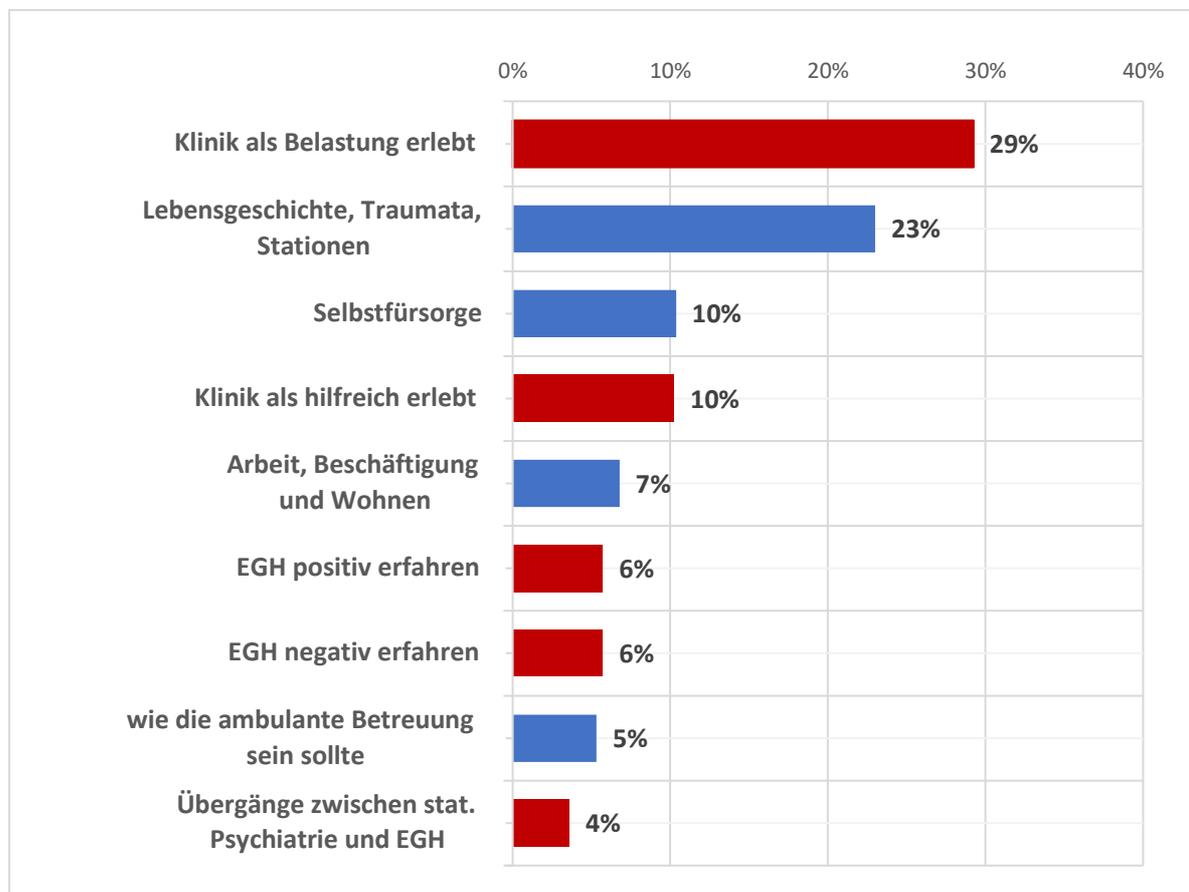
- Diagnosen und Zuschreibungen von Eigenschaften greifen zu kurz. Das Problem liegt in einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren über die Zeit. Hierbei wirkt die Qualität der Kooperation und Koordination zwischen stationärer Psychiatrie, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Nachsorgeeinrichtungen u. a. als Moment des Gelingens oder Scheiterns.

- Langfristige Beziehungsarbeit ist Voraussetzung für gelingende psychosoziale Arbeit. Vom Ansatz und Auftrag her können die SPDIs der Gesundheitsämter Kontinuität in der Beziehung leisten, da die Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder eine aktive, zugehende Rolle der Dienste enthalten.
- Eine effektive Verzahnung von psychiatrischer Versorgung und EGH braucht Strukturen, die eine verpflichtende Kooperation sicherstellen. Individuelles Engagement von Mitarbeitenden aus Kliniken, Kommunen und Einrichtungen ist gut, reicht aber nicht und birgt Risiken für ein Burnout der Mitarbeitenden.
- Sogenannte Systemsprenger brauchen frühzeitige, wiederholte, aufsuchende Hilfe schon zu Beginn einer Krise, um Hilfe anzunehmen („fürsorgliche Belagerung“ [Steinhart, 2017]).

### 4.3 Wie (ehemalige) Betroffene sich und die Versorgung sehen

Vergleichbar mit der Auswertung der Fokusgruppen (Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) beginnen wir bei den Ergebnissen mit einem Überblick über die Gesprächsthemen und den Umfang, den sie einnahmen.

Abbildung 1: 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 in der Abbildung oben 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.

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.

#### 4.3.1 Erfahrungen in psychiatrischen Kliniken

Die Interviewpartner:innen haben weit überwiegend negative Erfahrungen im Zusammenhang mit ihren Klinikaufenthalten geschildert, was sich in der Vielzahl der Codes widerspiegelt, die in der Auswertung dafür vergeben wurden.

Prägend für diese Erfahrungen sind Ohnmachtsgefühle und das Gefühl, dass die Klinik nicht der richtige Ort ist, um in der Krise Hilfe zu bekommen. Deutlich kommt dies darin zum Ausdruck, dass die Betroffenen Angst hatten, den Ort nie mehr verlassen zu dürfen. Das Klima von Macht und auch Gewalt zieht sich durch die Erzählungen. Dabei muss diese Erfahrung nicht am eigenen Leib gemacht werden, das Miterleben von Zwangsmaßnahmen an Mitpatient:innen schafft ein Gefühl der Angst und Sorge, selbst in diese Situation zu geraten. Gleichwohl sind die Interviewpartner:innen zu einem überwiegenden Teil selbst mit Zwangsmaßnahmen konfrontiert worden. Die Erinnerungen daran sind mächtig und wurden jeweils als krisenverschlimmernd beschrieben. Das Vertrauen in die Institution als Hilfeort ist damit nicht mehr oder nur sehr schwer möglich.

Häufig wurde zudem geschildert, dass Klinikaufenthalte die Symptome verschlimmerten, z. B. wegen unsensibler Reaktionen auf Lebenskrisen und dem Gefühl nicht ernst genommen zu werden oder durch Nebenwirkungen der Medikamente.

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. Die eigene Geschichte soll entweder in einer Visite vor einem großen Publikum dargestellt werden oder

sie ist gar nicht Thema, weil das Bild schon feststeht. Gerade da innerhalb der Krise das Warum und andere Sinnfragen gestellt werden, wird die fehlende Auseinandersetzung damit als Widerspruch empfunden. Es gibt wenig therapeutische Angebote und viel Langeweile. Betroffene kritisieren zudem, dass die aktuelle Diagnose nicht ausreichend und nicht verständlich genug vermittelt wird. Daher rühren subjektiv die Ablehnung von Medikamenten und ein Vertrauensverlust in die medizinische Behandlung. Hinzutreten bei Zwangseinweisung die Not, dass persönliche Dinge wie Kleidung und Zigaretten vermisst werden und das Gefühl, nun abgeschottet zu sein und wichtige Angelegenheiten „draußen“ nicht mehr klären zu können. 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 Hilfeangebote wahrnehmen.

Auffällig ist in den Schilderungen, dass spätere Klinikaufenthalte, die zum Teil auch freiwillig initiiert wurden, eher als hilfreich eingeschätzt wurden. Insbesondere der Aufenthalt in psychotherapeutisch ausgerichteten Kliniken wird gesucht und positiv bewertet.

Positive Schilderungen von Klinikerfahrungen enthalten die Einsicht, 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 oder psychotherapeutischen Station schätzen, schildern sich als hoch motiviert, um „an sich zu arbeiten“ und eine „Heilung“ zu erreichen.

Hier sind beispielhaft Stimmen von ehemaligen Betroffenen wiedergegeben:

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

*...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? (Interview Hr. G.)*

*...Ja, auf der geschlossenen 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. (Interview Fr. L.)*

*...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 behauptete und so. Ja. (Interview Hr. K.)*

*...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.)*

Die Gesprächspartner:innen berichteten, dass sie sich selbst als psychisch Kranke oder ehemals psychisch Kranke sehen. Mit den Konzepten der medizinischen Soziologie ließe 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. Andererseits gibt es eine Reihe von Befürchtungen: respektlose Behandlung, Nötigung zu Offenheit in Gruppengesprächen, Nebenwirkungen der Medikamente, unter Zwang Medikamente nehmen zu müssen. Im Kern geht es um die Furcht vor einer Verletzung der Würde. Die Gesprächspartner:innen haben tatsächliche Erfahrungen mit Angriffen auf ihre Würde erlebt und das in Phasen ihres Lebens, in denen sie sehr verletzlich waren.

Anders gesehen kann die Compliance aber auch bedeuten, dass sie die Erfahrung gemacht haben, dass Hilfe nur über dieses Etikett zu erlangen ist, wie beispielsweise ein Wohnplatz. Dann ist die Anpassung an das System zugunsten der Teilhabe geschehen. Auch der Wunsch, den Kontakt zum eigenen Kind nicht zu verlieren, kann Compliance erzwingen.

Trotz eines teilweise nicht vorhandenen Vertrauensverhältnisses zum Hilfesystem haben unsere Gesprächspartner:innen mehrfach den Wunsch nach Bearbeitung und Aufarbeitung der traumatischen Lebensgeschichte geäußert. Die Wünsche sind mit Hoffnung auf Heilung, vornehmlich durch Psychotherapie, verbunden. Vor dem Hintergrund, dass ihr Leben von außen mit dem Makel der Störung etikettiert wurde und sie klinikbezogen wenig Hilfe empfangen haben, ist dies bemerkenswert. Es offenbart das Leiden an der eigenen Geschichte und den Wunsch nach Verbesserung.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Menschen, die in einer Krise unfreiwillig auf geschlossenen Stationen eingewiesen waren, schildern durchweg negative Erlebnisse. Bei freiwilligen Aufhalten berichten (teilweise) dieselben Personen positive Erlebnisse. Insofern kann man unterschiedliche Phasen bezüglich der Krankenhausbehandlung differenzieren: erstens eine „systemsprengende“ Phase mit Zwangseinweisungen und zweitens eine „Compliance“ getragene Phase.

Zur „systemsprengenden“ Phase gehören das Erleben von Demütigungen wie der Verlust der eigenen Kleidung bzw. tagelanges Tragen derselben Kleidung, unfreiwilliger Nikotinentzug und eine Kontaktsperre zu Menschen in der Außenwelt sowie Angst vor Mitpatient:innen, davor, fixiert zu werden, vor Anforderungen, sich „psychisch zu öffnen“, vor Medikamenten und vor Sanktionen wegen der Weigerung, Medikamente einzunehmen. Solche Ängste

werden verstärkt, wenn miterlebt wird, wie andere Patient:innen fixiert werden. Verbunden ist dies mit einem Verlust der Selbstwirksamkeit durch massiv eingeschränkten Handlungsspielraum auf geschlossenen Stationen. Eine dazu gehörige Reaktion sind abwertende Bemerkungen bezüglich des medizinischen und pflegerischen Personals.

In der „Compliance“ getragenen Phase wird der Schutzraum der Klinik positiv erlebt, Klinikaufenthalte (Psychotherapie) werden selbst initiiert und die therapeutischen Angebote werden geschätzt.

#### 4.3.2 Erfahrungen mit Hilfen der Eingliederungshilfe

Ehe einzelne Ergebnisse zur Frage nach den Erfahrungen mit der Eingliederungshilfe dargestellt werden, sollen die Unterschiede zur Bewertung von Klinikaufhalten 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 (Antragstellung, Leistungen, Leben in einer Einrichtung) wird demgegenüber nicht prägnant und abgegrenzt erlebt. Die Berührung mit der 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/Ärztin, 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 Ärzt:in im medizinischen System.

Positive und negative Erfahrungen mit der Inanspruchnahme von EGH-Leistungen 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.

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.)*

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

Als besonders negative Erfahrungen mit der EGH wurden genannt:

- langwierige Entscheidungen, Bürokratie
- benötigte Hilfen werden abgelehnt, reduziert, gestrichen
- zu viele und wechselnde Helfende
- als unangemessene Kontrolle erlebt, „anschwärzen“
- kein passendes Angebot
- keine passende Betreuung geboten
- als ungerecht erlebte 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 Angebote 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.

Hier sind beispielhaft Stimmen von ehemaligen Betroffenen wiedergegeben:

*...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.)*

*...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.)*

*...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.)*

*...Mit 14 bin ich in betreutes 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 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 finanzielle Sache oder so, ob die Ämter das noch tragen. (Interview Fr. A.)*

*...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. Also er hat in F. was, ist er fündig geworden. (Interview Hr. K.)*

### 4.3.3 Übergänge zwischen psychiatrischer Klinik und Eingliederungshilfe

Die Gesprächspartner:innen berichten insgesamt nicht viel und auch nicht ausführlich von Übergängen von 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.)*

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

*...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, ich glaube, vierzehn 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“ ... 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.)*

*..., 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.)*

#### 4.3.4 Patientenorientierung und Teilhabe

Die Konzepte der Patientenorientierung 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 Patientenorientierung 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 Krankenhausaufhalten 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-BRK abgeleitet und soll der EGH im BTHG eine bessere Nutzerorientierung, Zugänglichkeit und eine höhere Effizienz verschaffen.

Ziele und Maßstäbe des BTHG:

- 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 mit der Leistung zufrieden sind, die Symptombelastung erträglich ist und 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.

#### 4.3.5 Die Sicht der Helfenden und ehemaligen Betroffenen im Vergleich

Die Forschungsgruppe hat die Analysen aus den Fokusgruppen und Interviews diskutiert, verglichen und eine Gegenüberstellung vorgenommen, die pointiert wichtige Dimensionen und Unterschiede der Perspektiven herausarbeitet. Diese Gegenüberstellung ist plakativ, sie verallgemeinert und ist nicht ausgewogen. Nach jeder Aussage lassen sich viele Einwände und Relativierungen vorbringen. Aber die Gegenüberstellung kann das gegenseitige Verständnis erleichtern.

Tabelle 2: Die Sicht der Helfenden und ehemaligen Betroffenen im Vergleich

Helfende	Erfahrene
Beschreiben Personen mit Diagnosen und zugeschriebenen (negativen) Eigenschaften, sie stellen Akten her	Sehen die eigene Lebensgeschichte, Entwicklungen und Phasen. Sehen sich in Akten nicht richtig beschrieben
Helfende sehen sich überfordert, haben aber den gesellschaftlichen Auftrag sich zu kümmern	Die Hilfen erfüllen Grundbedürfnisse, aber es werden Bedingungen gestellt: „Krankheitseinsicht“, Medikation, Einfügen in institutionelle Abläufe, Akzeptanz der Bürokratie und Logik der Kostenträger
Trennen zwischen Leistungen der EGH und medizinischen Versorgung. Die Rechtskreise der Sozialgesetzbücher sollen sich nicht überschneiden	Hilfen der EGH erscheinen unübersichtlich, schwer zugänglich und schwer berechenbar. Medizinische Hilfen sind dagegen klar umrissen – das psychiatrische Krankenhaus
Versuchen wohlwollend Einzelfalllösungen durch besonderes Engagement	Fühlen sich vom Wohlwollen und Engagement der Helfenden abhängig
Erfolgreiche Hilfemaßnahmen befriedigen, missglückte bedrücken. Burnout ist möglich	Sehen sich von Hilfemaßnahmen abhängig oder schätzen die Fürsorge als Erleichterung im Alltag
Es dominiert eine repressive Haltung zum Konsum von Drogen. Entzug und Abstinenz werden (oft) als Voraussetzung für Hilfen gesehen	Nehmen Drogen als Selbstmedikation, um innere Unruhe, Leere etc. zu bewältigen

Die Tabelle lässt sich in einem Dreieck von Passung, Nichtpassung und Anpassung verstehen. Helfende sind in der Begleitung von sogenannten Systemsprengern überfordert. Sie haben aber den gesellschaftlichen Auftrag, sich zu kümmern. Es gibt zu wenig individuell wirksame Angebote. Erfahrene sind traumatisiert und überfordert mit der Bürokratie und der Unübersichtlichkeit der Hilfeleistungen. Sie wünschen sich individuelle Hilfen und eine Aufarbeitung der Krisenerfahrungen. Beide Gruppen sind überfordert mit der Nichtpassung und sind doch zur Anpassung an das System gezwungen. Dabei ist die Anpassungsleistung der sogenannten Systemsprenger um ein Vielfaches höher als das der professionell Tätigen. Wie aus einem Interview hervorging, erwartet das Hilfesystem von Menschen in der Krise eine Verhaltensweise, die hoch adaptiv ist und sich mit den Gegebenheiten des Systems, Zwangsbehandlung und Bürokratie, um nur einige zu nennen, arrangiert. Dies betrifft den gesamten Bereich der Versorgung.

### 4.3.6 Die Perspektive der Erfahrenen - kurzgefasst

Kurzgefasst sind die Schilderungen der Betroffenen durch die schlechten Erfahrungen mit psychiatrischer Versorgung im Krankenhaus geprägt. Es geht um Zwangsmaßnahmen aber auch um alltägliche Dinge in der Klinik – saubere Kleidung, Zigaretten etc. Die Betroffenen sahen sich fast ausnahmslos als psychisch Kranke, die Hilfe benötigen. Implizit wird eine patientenorientierte Behandlung gewünscht und oft nicht erlebt. An die Psychotherapie werden große Erwartungen geknüpft. Ärzt:innen sind zentrale Figuren für die Befragten und spielen in den Erinnerungen eine große Rolle. Die verschiedenen Institutionen sozialer Hilfeleistungen und deren Mitarbeitende werden dagegen oft nicht unterschieden (Betreuer:innen, Sozialarbeiter:innen in Einrichtungen und Ämtern, Mitarbeiter:innen der SPD etc.). Den Befragten sind ihre Rechte auf Leistungen und auf Teilhabe wenig bekannt. Allen geht es um: Bedrohung und Wahrung der Würde.

## 4.4 Ergebnisse aus den Fallvignetten aus psychiatrischen Krankenhäusern in Brandenburg

Zum Zweck der Analyse der in den Fallvignetten dargestellten Behandlungssituationen, wurde die von Köngäs-Maranda und Maranda (1971) modifizierte kanonische Formel des Mythos vom französischen Anthropologen Lévi-Strauss (1955) **QS : QR :: FS : FR** angewendet. Der Sinn dieser Formel ist "Mediation": ein vermittelnder Prozess zwischen zwei gegensätzlichen, aber miteinander verbundenen Elementen oder Prinzipien (in unserem Fall: Sozialordnung und Chaos durch sogenannte Systemsprenger). Die Mediation (z. B. durch eine psychiatrische Einrichtung) ermöglicht eine Transformation oder Auflösung des Konflikts, wodurch eine neue Ordnung oder Balance entsteht. Die Komponenten der modifizierten Formel sind:

**Quasi-Lösung (QS): Quasi-Ergebnis (QR): Finale Lösung (FS): Finales Ergebnis (FR)**, die zwei korrelative kausale Reihen ausdrücken. Im Zuge der Analyse wurden die Informationen aus den Fallvignetten wie folgt spezifiziert: **QS**: Problematische Verhaltensweisen; **QR**: Direkte Folgen; **FS**: Hilfreiche Strategien und **FR**: Behandlungsfolgen. Zusammenfassend ergab sich die folgende Übersicht (ausgewählte Auflistung nach Häufigkeiten in Klammern):

**QS (Quasi-Lösung)**: Impulsdurchbrüche (6), Alltagskonflikte (4), Selbstverletzungen (4), Suizidalität (4), Beleidigungen (3), bedrohliches Auftreten (2), Ruhestörungen (2), Sachbeschädigung (2), Notruf-Missbrauch (2), offenes Tragen von rechten Symbolen (1), spielerischer Umgang mit den Einsatzkräften (1), Verleumdungen (1), wiederholte Notbremsungen von Zügen (1).

**QR (Quasi-Ergebnis)**: Wiederholte Aufnahmen auf die Station in kurzer Zeit (5), Polizei- und Feuerwehreinsätze (4), massives Suchangebot durch Polizei und Rettungsdienst inkl. Hubschrauber und Hundestaffel (1), Wechsel von Wohnrichtungen bzw. Kündigung des Betreuten Wohnens (3), Verfahren wegen Ordnungswidrigkeiten (1).

**FS (Finale Lösung):** Bemühung um Behandlungskontinuität (5), gesetzliche Unterbringungen (4), Teamabsprachen, Fallkonferenzen (4), Geduld (2), Eingliederungshilfe (2), forcierte Entlassungen (1), niederschwellige Absprachen (1), Zwangsmedikation (1), Therapie mit mehreren Medikamenten (1), monatelange stationäre Behandlungen (1), Auftrag auf Erhebung eines forensischen Gutachtens (1).

**FR (Finales Ergebnis):** Unsichere medizinische Compliance (4), geringe Integration im therapeutischen Kontext (3), wiederholte Abbrüche der Therapie (2), beidseitiger Vertrauensverlust (2), Schmerzmittelabusus (1), kompensatorischer Alkoholabusus (1), Hospitalisierungstendenzen (1), erfolglose Einstellungsversuche (1).

Die kausale Formel lässt sich wie folgt lesen: **QS:** Es erfolgen erhebliche Störungen der sozialen Ordnung durch sogenannte Systemsprenger. **QR:** die im Vorfeld vorgenommenen präventiven Maßnahmen erweisen sich als nicht ausreichend/unwirksam. Es sind mehrere Akteur:innen in die Situation involviert und unterschiedliche soziale Aktionen initiiert. **FS:** Sogenannte Systemsprenger werden (unfreiwillig) in die Psychiatrie eingewiesen. Es erfolgt eine psychiatrische (Zwangs-)Behandlung. **FR:** nach Entlassung kann weder die Behandlungskontinuität noch die medizinische Compliance erreicht werden. Die Gefahr erneuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist hoch.

Zusammenfassend bringt die **FS** im Vergleich zur **QS** nur kurzfristige Vorteile für die Mediation und das **FR** scheint sowohl für die sogenannten Systemsprenger als auch psychiatrischen Einrichtungen nicht weiterführend zu sein. Insofern handelt es sich um eine gescheiterte Mediation (Modell II) (Maranda & Maranda, 1971). In Hinblick auf das Modell der gesellschaftlichen Institutionen von Mario Erdheim (Erdheim, 1988) und seine anthropologische Terminologie können die sogenannten Systemsprenger metaphorisch als „überhitzte Fälle“ beschrieben werden, die die psychiatrischen „Kühlapparate“ zu einer deutlichen Überlastung bis hin zu einer partiellen Außerbetriebnahme bringen können.

## 4.5 Ergebnisse der Workshops

Während der Workshopphase führte das Projekt Gespräche mit Psychiatriekoordinator:innen verschiedener Landkreise, die sich zur Umsetzung des Workshopformats und seiner Nachwirkungen äußerten. Das Format wurde als gewinnbringend und sinnvoll beschrieben. Aus Sicht der Psychiatriekoordinator:innen lieferten die Workshops gute fachliche Informationen und Anregungen und boten die Möglichkeit weitere Akteure kennenzulernen. Der Austausch in den Kleingruppen zeigte, dass „Vernetzung zwar anstrengend sein kann“, aber es dennoch wichtig sei, die jeweiligen (gesetzlichen) Aufgaben der anderen Akteure zu kennen – Denn es bräuchte ein Miteinander aus Leistungserbringern, Landkreisverwaltung und anderen Akteuren, um das Thema zu bearbeiten.

Die Psychiatriekoordinator:innen wiesen immer wieder auf die knappen personellen Ressourcen im Landkreis hin. So wurde begründet, dass das Thema nicht weiterverfolgt wurde. Es sei in der Vielzahl der Aufgaben untergegangen, das Thema strategisch

weiterzuführen. Zwei Workshops würden nicht ausreichen, Lösungsansätze umzusetzen. Man brauche daher weitere externe Begleitung.

#### 4.5.1 Die Workshops in den einzelnen Versorgungsgebieten

Im Folgenden werden zunächst Besonderheiten in der Zusammensetzung der TN in den einzelnen Versorgungsgebieten vorgestellt.

Uckermark-Barnim: An den Workshops beteiligten sich die Sozial- und Gesundheitsdezernent:innen aus beiden Landkreisen. Auch war eine Angehörige sowie ein Betroffener aus der Region in den Diskussionen vertreten. Weitere Betroffene und Angehörige kamen von landesweiten Betroffenen- und Angehörigenorganisationen. Besonders stark vertreten waren in den Workshops die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe.

Prignitz-Oberhavel: An den Workshops nahmen von Seiten der Landkreisverwaltung nur Mitarbeitende der Landkreise Ostprignitz-Ruppin und Oberhavel teil, im Besonderen waren viele Mitarbeitende der SPDIs vertreten. Von den versorgenden Kliniken der Region waren nur die Oberhavel Kliniken in Hennigsdorf vertreten. Betroffene und Angehörige aus dem Versorgungsgebiet konnten für die Workshops nicht gewonnen werden. Die Beteiligung wurde durch landesweite Betroffenen- und Angehörigenorganisationen sichergestellt.

Oderland-Spree: An den Workshops im Versorgungsgebiet Oderland-Spree nahmen die Sozial- und Gesundheitsdezernent:innen der Landkreise Märkisch-Oderland und Oder-Spree teil. Besonders großes Interesse an der Teilnahme zeigten die Mitarbeitenden der SPDIs aus Märkisch-Oderland und Oder-Spree. Auch gab es einige Betroffene aus der Region. Die teilnehmenden Angehörigen waren nicht aus dem Versorgungsgebiet, sondern kamen von einer landesweiten Angehörigenorganisation. Es waren nicht alle psychiatrischen Kliniken und EGH-Träger des Versorgungsgebiet vertreten.

Lausitz-Spreewald: Der Sozial- und Gesundheitsdezernent des Landkreises Oberspreewald-Lausitz wirkte mit. Leistungserbringer der EGH sowie EUTBs zeigten besonders großen Interesse an den Workshops. Aus der Region konnten keine Betroffenen und auch nur ein Angehöriger für die Beteiligung an den Diskussionen gewonnen werden. Landesweite Betroffenen- und Angehörigenvertretungen nahmen an den Workshops teil. Die Mehrheit der versorgenden Kliniken war in den Workshops vertreten. Es fehlten Vertreter:innen der Leistungsträger der EGH aus zwei Landkreisen bzw. kreisfreien Städten.

Havelland-Fläming: In den Workshops des Versorgungsgebiets Havelland-Fläming nahmen Betroffene und einzelne Angehörige aus der Region teil. Es fehlten Vertreter:innen der SPDIs aus zwei Landkreisen bzw. kreisfreien Städten, Vertreter:innen eines EGH-Trägers sowie eine versorgende Klinik in der Region. Im zweiten Workshop der Region gab es die Besonderheit, dass ein Leistungserbringer der EGH ein modulares Assistenzkonzept für eine personenzentrierte, flexibilisierte Versorgung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf vorstellte.

## 4.5.2 Charakterisierung von sogenannten Systemsprengern

Die folgenden Ergebnisse wurden aus den Dokumentationen für die Versorgungsgebiete herausgearbeitet. Hierfür wurden die Texte inhaltsanalytisch ausgewertet, wobei auf Problembeschreibungen und Lösungsansätze fokussiert wurde.

Die Begriffe "Systemsprenger" oder "Netzprüfer" werden in den Quellen nicht direkt definiert, sondern eher deskriptiv verwendet. Personen, die als "Systemsprenger" oder "Netzprüfer" bezeichnet werden, haben oft Schwierigkeiten, sich in bestehende Strukturen der Psychiatrie, Eingliederungshilfe oder anderen sozialen Unterstützungssystemen einzufügen. Dies äußert sich zum Beispiel durch:

- Häufige Wechsel zwischen verschiedenen Einrichtungen ("Drehtür-Effekt"),
- Ablehnung von Hilfeangeboten oder Schwierigkeiten, diese anzunehmen.
- Verlassen von Einrichtungen gegen den Rat von Fachkräften.
- Hervorrufen von Überforderung und Belastung im Hilfesystem: "Systemsprenger" oder "Netzprüfer" werden oft als Belastung für Fachkräfte wahrgenommen. Dies liegt zum einen an den besonderen Bedürfnissen dieser Personen, die oft individuelle und ressourcenintensive Lösungen erfordern. Zum anderen werden herausfordernde Verhaltensweisen, wie Aggressivität, sexuelle Übergriffe oder Suchtmittelkonsum oft als zusätzliche Belastung empfunden.
- Mangelnde Passung zwischen Bedürfnissen und bestehenden Angeboten: Oftmals wird die Problematik nicht primär im Verhalten der Personen verortet, sondern in der Unfähigkeit der bestehenden Systeme, auf die individuellen Bedürfnisse adäquat zu reagieren.
- Die Komplexität der Problemlagen, die sich oft aus mehreren Faktoren wie psychischer Erkrankung, Sucht, Wohnungslosigkeit, Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten und Traumata zusammensetzen, wird von den bestehenden Strukturen nicht ausreichend berücksichtigt.

Das Projekt hatte sich aus pragmatischen Gründen auf erwachsene sogenannte Systemsprenger beschränkt. Die Problematik von kognitiv massiv eingeschränkten Personen, demenziell Erkrankten und Personen im Maßregelvollzug wurde nicht bearbeitet. Allerdings wiesen TN immer wieder auch auf diese Gruppen und deren Versorgungsbedarf hin, ebenso wie auf sogenannte Systemsprenger im Kindes- und Jugendalter.

## 4.5.3 Problembeschreibungen

**Hürden in der Netzwerkarbeit und Kommunikation:** Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren (z.B. Kliniken, SPD, Eingliederungshilfe) ist oft unzureichend. Es hapert an Kommunikation, Koordination und verbindlichen Strukturen. Teilweise fehlen auch klare Strukturen und Informationen darüber, wer in Krisensituationen zuständig ist und wie

vorzugehen ist. Teilweise erschwert der Datenschutz die Kommunikation zwischen den Beteiligten. Es bestehen allerdings auch Unklarheiten über konkrete Anforderungen des Datenschutzes für konkrete Konstellationen.

**Mangel an adäquaten und flexiblen Versorgungsangeboten:** Es fehlt an individuellen und flexiblen Versorgungsangeboten, die auf die Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnitten sind. Stationäre Einrichtungen stoßen oft an ihre Grenzen und werden als ungeeignet betrachtet. Es mangelt an Alternativen wie betreutes Wohnen mit ambulanter Unterstützung. Oft fehlen auch Angebote für Menschen mit zusätzlichen Problemlagen, wie z. B. Doppeldiagnosen (z. B. Schizophrenie und Sucht) oder Menschen mit Fluchterfahrung. Die Wartezeiten für einen Platz in einer geeigneten Einrichtung sind oft sehr lang. Es fehlt an geschützten Wohnplätzen für Menschen, die nicht gruppenfähig sind oder besondere Herausforderungen mit sich bringen.

**Mangel an Fachkräften:** Der Fachkräftemangel in der psychiatrischen Versorgung und Eingliederungshilfe ist eklatant. Dieser führt zu Überlastung der vorhandenen Fachkräfte, eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten und erschwert den Aufbau von neuen, bedarfsgerechten Angeboten. In der Folge werden Menschen häufiger sogenannte Systemsprenger und als solche etikettiert, weil Personal für eine angemessene Betreuung fehlt.

**Bürokratische Hürden und lange Wartezeiten:** Lange Wartezeiten für die Bewilligung von Leistungen und komplizierte Antragsverfahren stellen eine große Belastung für Betroffene dar. Viele Betroffene benötigen eine (wohlwollende) Beratung und Assistenz, um die für ihre Bedürfnisse möglichen und passenden Leistungen auszuwählen. Dies gilt für die EGH insbesondere in dringenden Fällen.

**Fehlende Finanzierungsmöglichkeiten:** Innovative und flexible Hilfen scheitern oft an fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten. Insbesondere individuelle und bedarfsgerechte Lösungen, die nicht der Regelversorgung entsprechen, sind schwerer zu finanzieren bzw. durchzusetzen.

**Stigmatisierung und mangelndes Verständnis:** "Systemsprenger" oder "Netzprüfer" werden oft stigmatisiert und stoßen auf Unverständnis im Hilfesystem. Es mangelt an Wissen über die Lebensrealität und die Bedürfnisse dieser Menschen.

**Unzureichende Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen:** Die Perspektive der Betroffenen und ihrer Angehörigen wird im Hilfesystem oft nicht ausreichend berücksichtigt. Es fehlt an Transparenz, Beteiligung und der Einbeziehung von Erfahrungswissen.

#### 4.5.4 Lösungsansätze für eine bessere Versorgung

Die TN beschreiben Lösungsansätze und Beispiele für gute Versorgung von sogenannten Systemsprengern in den Regionen Brandenburgs.

## a) Verbesserung der Netzwerkarbeit und Kommunikation

**Regelmäßige Fallkonferenzen / Jour Fixe:** In mehreren Regionen, darunter Prignitz-Oberhavel und Uckermark-Barnim, haben sich regelmäßige Fallkonferenzen bewährt. An diesen nehmen die Klinik, der SPD, Leistungserbringer und gegebenenfalls weitere Akteure wie Angehörige oder Betreuer teil. Fallkonferenzen ermöglichen einen besseren Informationsfluss, eine gemeinsame Fallplanung und die Entwicklung individueller Lösungen. In Oberhavel findet ein regelmäßiger Jour Fixe von Klinik, SPD, Polizei und Amtsgericht statt. Die Treffen können die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure verbessern und ein besseres Verständnis für die jeweils andere Arbeitsweise entwickeln lassen. In diesem Zusammenhang wird auch das persönliche Engagement von Mitarbeitenden in den Verwaltungen und Einrichtungen betont.

**Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAGen):** PSAGen werden als wichtiges Instrument der Vernetzung hervorgehoben. Sie dienen als Plattform für den Austausch zwischen verschiedenen Akteur:innen und fördern die Entwicklung gemeinsamer Strategien. In den PSAGen sind in der Regel Vertreter:innen aus den Bereichen Psychiatrie, Eingliederungshilfe und SPD vertreten. Als positiv wird bewertet, dass in den PSAGen Modellprojekte gemeinsam auf den Weg gebracht werden können. Gleichzeitig wird kritisiert, dass die PSAGen nicht über ausreichend Ressourcen und Unterstützung der Leitungsebenen verfügen und die Finanzierung unklar ist.

**Kooperation zwischen SPD und Klinik:** In Oderland-Spree teilen sich der SPD und die Klinik eine ärztliche Stelle, um so die Versorgung zu verbessern.

## b) Krisendienste

Bei den TN herrscht Einigkeit darüber, dass Krisendienste in Brandenburg dringend benötigt werden, um Menschen in akuten psychischen Krisen schnell und effektiv auch an Wochenenden und nachts zu helfen. Derzeit werden Menschen in Krisen oft von der Polizei oder dem Rettungsdienst in Kliniken eingeliefert, auch wenn dies oft keine bedarfsgerechte Lösung ist. Ein Krisendienst könnte dazu beitragen, unnötige Klinikeinweisungen zu vermeiden und den Betroffenen schneller die passende Hilfe zukommen zu lassen.

**Erreichbarkeit und Aufgaben:** Ein Krisendienst sollte rund um die Uhr (24/7) erreichbar sein, sowohl telefonisch als auch mobil, um auf akute Krisen reagieren zu können. Zu den Aufgaben eines Krisendienstes gehören neben der Beratung und medizinischen Unterstützung auch die Vermittlung an andere Hilfsangebote, die Organisation von Kurzzeitwohnplätzen und die Unterstützung von Angehörigen. Digitale Kommunikationswege, wie Telefon, Videochat, E-Mail und Chat, können die Erreichbarkeit und Flexibilität erhöhen.

**Finanzierung und Struktur:** Die Finanzierung und die strukturelle Verankerung von Krisendiensten in Brandenburg stellen Herausforderungen dar. Denkbar sind Modelle, bei denen der Krisendienst an den SPD angebunden ist oder in enger Kooperation mit dem SPD

arbeitet. In anderen Bundesländern, z. B. Berlin, gibt es bereits etablierte Krisendienstmodelle, die als Vorbild dienen können.

### c) Ausbau von niedrigschwelligen und flexiblen Angeboten

**Aufsuchende Hilfen:** Sie sind essenziell, um Menschen zu erreichen, die nicht von sich aus Hilfe suchen oder aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, die bestehenden Angebote zu nutzen. Dazu gehören unter anderem Menschen in akuten Krisen, wohnungslose Menschen, Menschen mit Doppeldiagnosen und Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, die im ambulanten Setting leben.

Stationsäquivalente Behandlung (StäB), also die aufsuchende Behandlung durch multiprofessionelle Teams aus Kliniken heraus, wird als wichtiger Schritt gesehen, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und die ambulante Versorgung zu optimieren. Durch die aufsuchende Arbeit können Krisen frühzeitig erkannt und entschärft, unnötige Klinikeinweisungen vermieden und die Kontinuität der Versorgung gewährleistet werden. Die Finanzierung aufsuchender Hilfen stellt eine Herausforderung dar, da sie über die Regelversorgung hinausgehen. Es bedarf einer klaren Finanzierungsgrundlage und der Bereitschaft der Kostenträger, innovative und flexible Versorgungsformen zu unterstützen. Die Stationsäquivalente Behandlung (StäB) wird gegenwärtig nur im Versorgungsgebiet Oderland-Spree angeboten.

### d) Flexible, geeignete Wohnformen und Beschäftigungsmöglichkeiten

Spezielle Wohnangebote schaffen, die Pflegemöglichkeiten und/oder eine intensive Betreuung bieten, werden als Lösungsansatz genannt.

**Geschützte Wohnplätze:** Der Bedarf an geschützten Wohnplätzen für Menschen, die nicht gruppenfähig sind oder besondere Herausforderungen mit sich bringen, wird deutlich hervorgehoben. Es fehlt an Einrichtungen, die diesen Personenkreis adäquat betreuen können. Allerdings wurden auch Bedenken geäußert. Spezielle Heime für sogenannte Systemsprenger könnten nur die Ultima Ratio sein und liefern Gefahr zu einer Sackgasse für diesen Personenkreis zu werden.

**Kurzfristig angebotene, einfache Beschäftigungsmöglichkeiten** im geschützten Rahmen nach dem Vorbild von Organic Village in Potsdam sollten geschaffen werden (<https://organic-village.de>).

#### e) Stärkung der Selbsthilfe und Einbeziehung von Erfahrungswissen

**Genesungsbegleitung:** Zahlreiche Akteure sehen die Etablierung der Genesungsbegleitung in Brandenburg als wichtigen Schritt zur Verbesserung der Versorgung an. Der Ausbau der Peerberatung, sowohl in Kliniken als auch in der Eingliederungshilfe, wird als hilfreich erachtet, um die Perspektive von Menschen mit eigener Erfahrung in die Versorgung einzubeziehen. Als positiv bewertet wird, dass Genesungsbegleiter:innen und Peerberater:innen die Betroffenen auf Augenhöhe ansprechen und ihnen Hoffnung geben können. Allerdings ist die Finanzierung von Genesungsbegleitung ein offenes Problem. Es wird darauf hingewiesen, dass Peerberatung kein billiger Ersatz in der Versorgung darstellt, sondern eine zusätzliche Ressource. Diese Personen sind keine „Wunderwaffen“ und können nicht überall eingesetzt werden. Sie müssen ausgebildet werden und sollten in Teams arbeiten, um ihre Selbsterfahrung sinnvoll in die Versorgung einzubringen.

**Trialog:** Trialog-Foren, in denen Betroffene, Angehörige und Professionelle auf Augenhöhe miteinander ins Gespräch kommen, werden als wertvolle Möglichkeit der Begegnung und des Austauschs beschrieben.

**Stärkung von Angehörigen:** Angehörige sollen besser informiert, qualifiziert und stärker in die Versorgung eingebunden werden. Angehörigengruppen sollten besser gefördert werden.

#### f) Verbesserung der Finanzierung und der rechtlichen Rahmenbedingungen

**Flexible Finanzierungsmöglichkeiten:** Es werden flexiblere Finanzierungsmöglichkeiten gefordert, um individuelle und bedarfsgerechte Lösungen zu ermöglichen, die über die Regelversorgung hinausgehen.

**Finanzierung von Krisendiensten:** Die Finanzierung von Krisendiensten muss geklärt sein, um eine langfristige Etablierung zu ermöglichen.

**Verbesserung des Entlassmanagements:** Das Entlassmanagement der Kliniken sollte verbessert werden, um den Übergang in die Eingliederungshilfe zu erleichtern.

**Vereinfachung von Antragsverfahren:** Komplizierte Antragsverfahren in der EGH und lange Wartezeiten, bis die Leistungen bewilligt werden, stellen eine große Hürde für Betroffene dar und müssen dringend vereinfacht werden. Die Landesvertragsregelungen zum BTHG werden als zu starr kritisiert, um regionale Besonderheiten berücksichtigen zu können.

Zusammenfassend stellen die TN eine Vielzahl konkreter Lösungsansätze zur Versorgung von sogenannten Systemsprengern in Brandenburg vor. Im Vordergrund stehen dabei die Notwendigkeit einer besseren Vernetzung und Kommunikation zwischen den Akteuren, der Aufbau von Krisendiensten, der Ausbau von niedrighwelligen und flexiblen Angeboten, die Stärkung der Selbsthilfe, die Einbeziehung von Erfahrungswissen sowie die Schaffung besserer Finanzierungsmöglichkeiten und rechtlicher Rahmenbedingungen.

Zusätzlich zu den genannten konkreten Beispielen wird von den TN immer wieder hervorgehoben, dass eine wertschätzende Haltung, Zusammenarbeit auf Augenhöhe und Beziehungskontinuität notwendig sind.

#### g) Rolle und Bedeutung der Selbsthilfe

Die Einbeziehung von Selbsthilfegruppen und die Nutzung von Erfahrungswissen werden von den TN unterschiedlich stark betont. In Uckermark-Barnim wird die Bedeutung von Selbsthilfe hervorgehoben, aber gleichzeitig eingeräumt, dass diese sich noch nicht ausreichend entfalten kann und nicht flächendeckend etabliert ist. In anderen Versorgungsgebieten wird die Stärkung der Selbsthilfe zwar erwähnt, jedoch nicht so ausführlich behandelt.

#### 4.5.5 Übergreifende Aspekte: Prävention, Online-Angebote, Gewinnung von Fachkräften und Verbesserung der Datenlage

**Prävention:** Die TN betonen die Bedeutung von Prävention und Aufklärung, um die Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen nachhaltig zu verbessern. Präventive Maßnahmen, die frühzeitig ansetzen, können dazu beitragen, psychische Erkrankungen zu verhindern oder abzumildern. Dies beinhaltet die Förderung der psychischen Gesundheit in der allgemeinen Bevölkerung sowie gezielte Angebote für Risikogruppen.

**Sensibilisierung und Entstigmatisierung:** Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärungsarbeit sind notwendig, um Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen abzubauen und ein besseres Verständnis für die Belange Betroffener zu schaffen. Die Medien tragen hier eine besondere Verantwortung.

**Transparenz und Information:** Betroffene, Angehörige und die Öffentlichkeit benötigen umfassende und verständliche Informationen über psychische Erkrankungen und die bestehenden Hilfsangebote im medizinischen und sozialen Kontext. Der Zugang zu Informationen sollte erleichtert und die Transparenz im Hilfesystem erhöht werden.

**Digitale Techniken:** Videokonferenzen werden zur Ergänzung und Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Fachkräften insbesondere im Rahmen von Fallbesprechungen und Netzwerkgesprächen empfohlen. Online-Formate können auch die Kommunikation mit Betroffenen ergänzen. Dies gilt für den gesundheitlichen wie auch für den sozialen Bereich (Online-Sprechstunden, -Erreichbarkeit). So kann die Kommunikation aller Beteiligten und die Versorgung auch in strukturschwachen Gebieten verbessert werden.

**Fachkräftemangel:** Alle TN heben den Mangel an Fachkräften in der Psychiatrie, Eingliederungshilfe und im SPDi hervor. Dieser Mangel führt zu einer hohen Arbeitsbelastung für die vorhandenen Mitarbeiter und erschwert die Sicherstellung einer bedarfsgerechten

Betreuung. Die knappen Ressourcen führen auch dazu, dass die Netzwerkarbeit, die für die Betreuung von sogenannten Systemsprengern essenziell ist, oft vernachlässigt wird.

**Verbesserung der Datenlage:** Um die Situation der Betroffenen besser einschätzen und die notwendigen Maßnahmen begründen zu können, muss die Datenlage verbessert werden. Es fehlen Informationen über die Anzahl der Betroffenen, die Inanspruchnahme der Hilfsangebote und die Wirksamkeit der Maßnahmen. Es gibt (noch) keine Psychiatrie-Gesundheitsberichterstattung.

#### 4.5.6 Lösungsvorschläge: Unterschiede zwischen Versorgungsgebieten?

Die TN verdeutlichen, dass die Herausforderungen und Lösungsansätze je nach Landkreis und Region variieren können. Allerdings sind die Gemeinsamkeiten größer als die Unterschiede. Die Unterschiede liegen eher in Details.

**Schwerpunkt auf ambulante Versorgung und Krisenintervention:** Der Ausbau ambulanter und flexibler Versorgungsangebote, insbesondere im Bereich der Krisenintervention, wird als zentraler Lösungsansatz genannt. Konkrete Vorschläge umfassen die Einrichtung von Krisendiensten, die Ausweitung von aufsuchenden Hilfen und die Schaffung von Krisenzimmern und Krisenwohnungen.

**Unterschiede zeigen sich in der Detailliertheit der Vorschläge:** Während in Oderland-Spree und Havelland-Fläming bereits konkrete Finanzierungsmodelle und Umsetzungsvorschläge diskutiert werden, bleiben die Vorschläge in Prignitz-Oberhavel und Uckermark-Barnim eher allgemein. Die Bedeutung von individuellen Lösungen, die auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt sind, wird in Lausitz-Spreewald, Prignitz-Oberhavel und Havelland-Fläming herausgestellt. Lausitz-Spreewald nennt als Beispiel die Schwierigkeit, in ländlichen Gebieten ambulante psychiatrische Versorgung und Psychotherapie für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu erhalten.

**Unterschiedliche Gewichtung der Genesungsbegleitung:** Die Integration von Genesungsbegleiter:innen in die Versorgung wird in allen Versorgungsregionen als wichtiges Element betrachtet. Allerdings wird die konkrete Umsetzung unterschiedlich bewertet:

Lausitz-Spreewald zeigt die Herausforderungen bei der Finanzierung und Etablierung von Genesungsbegleitung auf und berichtet von gescheiterten Projekten aufgrund fehlender finanzieller Mittel. Prignitz-Oberhavel und Uckermark-Barnim betonen hingegen die Notwendigkeit, die Ausbildung und Finanzierung von Genesungsbegleiter:innen sicherzustellen und das Konzept in Brandenburg bekannter zu machen.

## 4.6 Ergebnisse des Fragebogens zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen und Akteure in der Versorgung

### 4.6.1 Auswertung

Insgesamt sandten 251 Teilnehmer:innen die Fragebögen zurück. Nach Entfernung der Bögen mit > 50 % fehlenden Werten lag der Rücklauf bei 95 Fragebögen. Die genaue Beschreibung der Stichprobe wird in den Tabellen 1-5 im Anhang dargestellt. Das Alter von den meisten Teilnehmer:innen lag zwischen 40-49 (35,8%), 50-59 (27,4%) und 30-39 (21,1%) Jahren. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer:innen waren weiblich: 69 (72,6 %). Die meisten Teilnehmer:innen lebten in einer Mittelstadt mit 20.000-100.000 EW: 38 (40%) oder Kleinstadt mit 5.000 -20.000 EW: 26 (27,4%) sowie Großstadt: 22 (23,2%). Von Beruf her waren 51 (53,7%) Sozialpädagog:innen, 14 (14,7%) Ärzt:innen, 13 (13,7%) Verwaltungsangestellte oder Beamt:innen.

Fast ein Drittel der Teilnehmer:innen (31 (32,6%)) war in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe tätig. Der Rest war tätig im ÖGD/SPDi (24 (25,3%)), in psychiatrischen Kliniken (21 (22,1%)) oder in der Kreisverwaltung Soziales (16 (16,8%)). Einen sehr häufigen oder eher häufigen Kontakt zu sogenannten Systemsprengern hatten 21 (22,1%) und 22 (23,2%) Personen. Einen mittelmäßigen (teils/teils) und eher seltenen Kontakt gaben 26 (27,4%) und 20 (21,1%) der Teilnehmer:innen an. Die durchschnittliche Anzahl der Kontakte zu Patient:innen pro Jahresquartal lag bei 97,3 (SD=112,6), Medianwert = 55.

Bei der Analyse der internen Konsistenz und des semantischen Gehalts des ersten Teils des Fragebogens konnten zehn Items zu einer Skala mit ausreichender Reliabilität ( $\alpha=0,71$  (0,63-0,79)) selektiert werden. Fünf der Items spiegelten einen personenorientierten Stil wider, während die übrigen fünf Items einen aufgabenorientierten Stil repräsentierten. Sieben Items dieser neu gebildeten Skala stammten aus dem originären Leadership Behavior Description Questionnaire (angepasst für Zwecke unserer Studie). Ein Item („Bei der Arbeit mit Systemprüfer:innen nehme ich mir Zeit, um Ihre Pläne in Bezug auf die Zukunft zu erkunden“) entsprach zum Teil dem Item („Listen to the special needs of each group member“) aus einer späteren, von Northhouse adaptierten Version des Fragebogens (Northhouse, 2009). Die zwei anderen Items („Bei der Eingliederung der Systemprüfer:innen achte ich auf den damit verbundenen Zeit- und Ressourcenaufwand, um andere Patient:innengruppen nicht zu benachteiligen“ und „Psychiatrische Diagnosen sind zum Verständnis der Situation von Systemprüfer:innen hilfreich“) wurden vom MHB-Team als Ergänzung zum originären Fragebogen entwickelt. Eine Übersicht über die Skala gibt Tabelle 6 im Anhang. Die Abbildung 1 im Anhang zeigt die MDS-Lösungen für einen zweidimensionalen Raum für die 10 Items. Über alle Items hinweg lässt sich eine perfekte Trennbarkeit der Subskala Personenzentrierung (links) von der Subskala Aufgabenorientierung (rechts) feststellen. Bei der Untersuchung der Verteilung der Teilnehmer:innen im zweidimensionalen Raum unter Anwendung vom K-Means Verfahren konnte drei Cluster (C1=25, C2=34, C3=34) identifiziert werden (s. Abbildung 2 im Anhang). Alle Cluster unterschieden sich signifikant ( $P<0,0001$ ) voneinander nach drei Parametern (Personenzentrierung, Aufgabenorientierung, Totalwert). Während die Teilnehmer:innen aus C1 insgesamt über eher unentwickelte Strategien im Umgang mit sogenannte Systemsprengern verfügten ( $M=31,2$  ( $SD=2,9$ )), zeigten die

Teilnehmer:innen aus C2 ( $M=41,5$  ( $SD=3,2$ )) und C3 ( $M=8,5$  ( $SD=2,4$ )) signifikant ( $P<0,0001$ ) höhere Totalwerte. Dies war auf die deutliche Ausprägung eines beider Führungsstile zurückzuführen, die sich jedoch zwischen den Vertreter:innen der C2 und C3 diametral unterschieden. Während die C2-Teilnehmer:innen eher einen ausgeprägten aufgabenorientierten Stil präsentierten ( $M=21,9$  ( $SD=1,6$ )), konnte bei den C3-Teilnehmer:innen ein fast gleich ausgeprägter personenzentrierter Stil ( $M=21,6$  ( $SD=2,0$ )) beobachtet werden (s. Tabelle 7 im Anhang). Alle Cluster unterschieden sich in beruflichen Charakteristika ihrer Mitglieder:innen. Während mehr als Hälfte der Ärzt:innen (54%) in C1 repräsentiert waren, waren C2 und C3 überwiegend durch Sozialpädagog:innen vertreten, jeweils 38%. Im Vergleich zu Ärzt:innen verfügten Sozialpädagog:innen über eine bessere Gesamtstrategie ( $P=0,008$ ) und eine personenzentrierte Strategie ( $P=0,049$ ). Unabhängig von beruflichen Charakteristika zeigte sich ein deutlicher Trend zum Anstieg der Nutzung der Gesamtstrategien im Umgang mit sogenannten Systemsprengern zwischen einzelnen Altersgruppen: je älter die Teilnehmer:innen waren, desto mehr Sicherheit und Vielfältigkeit in der Strategienutzung zeigten sie in der Befragung ( $P=0,03$ ) an.

Da bei dem zweiten und dritten Teil des Fragebogens keine den Items zugrundeliegende latente Variable angenommen wurde, verzichteten wir auf eine multivariate statistische Auswertung dieser Skalen. Die Items wurden primär deskriptiv und mit Hilfe einer bivariaten Analyse ausgewertet. Einen Überblick über deskriptive Statistiken der Fragebogenteile geben die Tabellen 11 und 12. Die Antworten der Teilnehmer:innen vermittelten den Eindruck einer großen Relevanz der meisten Barrieren hinsichtlich der erfolgreichen Hilfen für sogenannte Systemsprenger. Als „sehr relevant“ wurden insbesondere die Barrieren „Zu viel Bürokratie bei der organisatorischen Umsetzung der Hilfen“ und „Zu wenig niedrigschwellige Angebote für Beschäftigung und Tagesstruktur“ aufgelistet. Die als „teils/teils relevant“ eingestufte Barriere „Zu viel Arbeit mit einzelnen Betroffenen“ zeigte tatsächlich partielle Unterschiede mit signifikantem Erhöhungstrend der Relevanz bei zunehmender Stadtgröße ( $P=0,003$ ). Bei Maßnahmen zur Verbesserung der Hilfe für sogenannte Systemsprenger wurden insgesamt neun Items als „sehr relevant“ eingestuft: „Fort- und Weiterbildungen zu den Leistungsangeboten und Zuständigkeiten in der Region, Fortbildungen mit Einbezug der Betroffenenperspektiven“, „Deeskalations- und Aktivierungstrainings in allen beteiligten Einrichtungen und Diensten“, „Regelmäßige Supervisionen in allen beteiligten Einrichtungen und Diensten“, „Einführung von regionalen Krisendiensten für die Betroffenen mit 24/7-Rufbereitschaft“, „Krisenzimmer bzw. Krisenwohnungen im Versorgungsgebiet“, „Einrichtung von niedrigschwelligen Angeboten für Beschäftigung und Tagesstruktur“, „Einrichtung von sofort verfügbaren, niedrigschwelligen Angeboten für Beschäftigung, die auch entlohnt werden“ und „Regionale Stärkung der Zusammenarbeit mit Akteuren und Diensten, die primär nicht Teil der psychiatrischen Versorgungslandschaft sind“.

Auch bei der als „relevant“ eingestuften Maßnahme „Implementierung von trägerübergreifenden, regional organisierten Coachingrunden mit dem Ziel des gegenseitigen Austausches“ waren partielle Unterschiede mit signifikantem Erhöhungstrend der Relevanz bei zunehmender Stadtgröße ( $P=0,013$ ) zu beobachten: Je kleiner der Standort war, desto wichtiger schien die Maßnahme. Allerdings war diese Maßnahme interessanter für Sozialpädagog:innen als für Ärzt:innen ( $P=0,02$ ). Insgesamt zeigten die Ergebnisse der zweiten

und dritten Teile des Fragebogens eine große Motivation, aber auch eine hohe Frustration der Helfenden.

Der vierte Teil des Fragebogens („Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen“) wies nahezu identische Standardabweichungen der Antworten auf, was in Verbindung mit einem sehr hohen Cronbachs Alpha ( $\alpha=0,91(0,88-0,93)$ ) als Hinweis auf eine Itemredundanz angesehen werden konnte. In der Studie von Streiner (2003) war die höchste alpha Grenze für die Fragebögen bei 0,90 gelegt.

Im Zuge einer Analyse der internen Konsistenz und des semantischen Gehalts vom fünften Fragebogenteil ließen sich insgesamt 13 Items zu einer Skala mit ausreichender Reliabilität ( $\alpha=0,72(0,63-0,81)$ ) selektieren. Diese Skala bestand aus zwei Subskalen mit vier und acht Items, die als „Rückgriff auf persönliche Ressourcen“ (erste Subskala) oder „Affirmationen als Instrument der Hilfe“ (zweite Subskala) interpretiert werden konnten. Die persönlichen Ressourcen beinhalteten eigene Interessen, geistige und emotionale Fähigkeiten, Erfahrungen, die Bildung, die körperliche Konstitution, aber auch vermittelte und übernommene Werte. Die Affirmationen wurden als bewusst ausgedrückte Haltungen, die das System aus sich selbst heraus positiv beeinflussen, verstanden. Dieses zweiteilige Konstrukt konnte auch in der graphischen Darstellung der MDS (s. Abbildung 3 im Anhang) bestätigt werden, wobei die vier Items der ersten Subskala auf der linken Seite und die acht Items der zweiten Subskala auf der rechten Seite des Diagramms lagen. Ähnlich wie im ersten Teil des Fragebogens war ein deutlicher Trend in Skalenwerten zwischen einzelnen Altersgruppen auch hier zu beobachten: Je älter die Teilnehmer:innen waren, desto mehr griffen sie auf persönliche Ressourcen im Umgang mit sogenannten Systemsprengern zurück ( $P=0,014$ ).

Da der sechste Teil des Fragebogens mit seinen 46 Items relativ umfangreich und zumindest zum Teil redundant war, beschränkten wir uns bei der Auswertung auf seine Konstruktvalidität. Die Items des Fragebogens ließen sich im Zuge des K-Means Verfahrens genau in zwei Cluster bzw. Subskalen aufteilen (s. Abbildung 4 im Anhang), wobei die erste aus 27 Items bestehende Subskala eher eine medizinische Sicht und die zweite aus 19 Items bestehende Subskala eher eine moralische Sicht auf sogenannte Systemsprenger beinhalteten. Es handelt sich dabei nicht um eine Analyse der Abfrageergebnisse, sondern um eine Interpretation der inhaltlichen Anteile des Fragebogens, die anhand der Studie von Henderson, Dressler (2017) analysiert wurden. Die typischen Items aus der ersten Subskala sind: „Die Systemprüfer:innen ....brauchen wiederholte, freundliche und geduldige Ansprache, ... hätten schon früher aufsuchende Beratung und Behandlung gebraucht“. Beispiele der Items aus der zweiten Subskala lauten: „Die Systemprüfer:innen... sind sexuell übergriffig, ... haben einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit anderer Klienten, ... spalten das Mitarbeiterteam“. Die Antworten beider Subskalen sind auf die erfassten soziodemografischen Daten bezogen worden. Dabei zeigte sich beim Vergleich zwischen Teilnehmer:innen aus psychiatrischen Kliniken und Teilnehmer:innen aus den Einrichtungen der EGH, dass letztere die Aussagen aus der zweiten Subskala häufiger bejahten ( $P=0,044$ ). Hinsichtlich der ersten Subskala ergab sich kein Unterschied.

#### 4.6.2 Diskussion: Unterschiede zwischen Helfenden

Die durch unseren Fragebogen erfassten Verhaltensstrategien der wichtigen Berufsgruppen zu Hilfen für sogenannte Systemsprenger wurden früher im Kontext der Führungsstile untersucht. Im systematischen Review von Cummings et al. (2010) wurden sowohl Vorteile als auch Nachteile der verschiedenen Führungsstile bei Pflegenden in vorwiegend westlichen medizinischen Einrichtungen untersucht, darunter der aufgabenorientierte und der personenzentrierte Führungsstil. Im Kontext der Ergebnisse zeigte sich, dass der personenzentrierte Führungsstil tendenziell mehr positive Auswirkungen auf die Mitarbeitermotivation, Arbeitszufriedenheit und Teamkohäsion hatte, während der aufgabenorientierte Führungsstil mit einigen negativen Auswirkungen (geringerer Mitarbeitermotivation und geringerer Arbeitszufriedenheit, erhöhtes Stresslevel) verbunden war. Auch eine pakistanische Studie (Nizami, 2017) wies darauf hin, dass mehr Vorteile mit der personenzentrierten Strategie verbunden sind, während die aufgabenorientierte Strategie tendenziell mit mehr Nachteilen assoziiert ist. Allerdings kann das komplette Fehlen oder eine Unterentwicklung einer oder beider Strategien (wie dies in unserer Studie bei Ärzt:innen der Fall war) noch problematischer sein, wobei junge Psychiater:innen am meisten betroffen zu sein scheinen. In dem Zusammenhang können sich u. a. Maßnahmen einer postgraduierten Ausbildung der jungen Psychiater:innen bewähren (Mihai et al., 2006), darunter interaktive Lernmethoden und praktische Workshops, Vernetzung und internationale Zusammenarbeit, Integration von Kultur und Gesellschaft in die psychiatrische Ausbildung, Förderung von Soft Skills. Insgesamt handelt es sich um einen ganzheitlichen Ansatz, der sowohl fachliche als auch soziale und kommunikative Kompetenzen der jungen Psychiater:innen fördert, um sie besser auf die Herausforderungen der modernen psychiatrischen Praxis vorzubereiten.

Im Vergleich zu jüngeren Helfenden konnten ältere Versorgende in unserer Studie mehr auf die persönlichen Ressourcen zugreifen. Das stand im Einklang mit der Studie von Kooij (Kooij et al., 2011), in der gezeigt wurde, dass ältere Arbeitnehmer:innen besonders effektiv waren, da sie über umfangreiche Erfahrungen, Fähigkeiten und Kenntnisse verfügten, die sie im Laufe ihres Berufsweges entwickelt hatten. In einer anderen Studie (Musick & Wilson, 2003) half der Zugriff auf persönliche Ressourcen älteren Freiwilligen einen positiven Einfluss des Ehrenamts auf ihr Wohlbefinden zu erleben.

In Hinblick auf diese Ergebnisse kann der Austausch zwischen jüngeren und älteren Kollegen besonders förderlich sein. In einem kanadischen Programm (Soklaridis et al., 2014) wurden unter anderem die folgenden Komponenten des Mentoring empfohlen: Mentorenauswahl, strukturierte Programme, regelmäßige Treffen, Feedback-Kultur, Zugang zu Ressourcen wie Fachliteratur, Fortbildungen und Netzwerkmöglichkeiten, Anpassung an individuelle Bedürfnisse, Ermutigung zur Netzwerkarbeit. Die Empfehlungen sollen dazu beitragen, die berufliche Entwicklung von jungen Psychiatern zu unterstützen und ihnen eine solide Grundlage für ihre künftige berufliche Laufbahn zu bieten. Aus den anderen Erhebungsteilen und den Workshops ist zu ergänzen, dass Ärzt:innen durch Fortbildungsangebote mit der Perspektive von ehemaligen Betroffenen besser auf ihre Arbeit vorbereitet sind.

Ein wesentlicher Aspekt ist in der Verhinderung von Stigmatisierung der psychisch erkrankten Menschen zu sehen. In der Auswertung des letzten Teils des Fragebogens wurde die Sicht auf sogenannte Systemsprenger durch zwei Cluster unterschieden, was auch den Ergebnissen einer nordamerikanischen Studie (Henderson & Dressler, 2017) entsprach. Ähnlich wie in dieser Studie korrespondiert das erste Cluster mit dem Konzept der „Medical Disease“, was die Wahrnehmung von sogenannten Systemsprengern als Menschen mit einer medizinischen Erkrankung widerspiegelt, die durch biologische, genetische oder neurochemische Faktoren verursacht wird. In diesem Modell werden sogenannte Systemsprenger als Patient:innen betrachtet, die eine medizinische Behandlung benötigen und bei der die betroffene Person nicht unbedingt moralisch versagt hat. Im Gegensatz dazu bezieht sich das „Moral defect“ Cluster auf eine Vorstellung, die die Besonderheiten der sogenannten Systemsprenger auf einen moralischen Defekt oder persönlichen Fehler zurückführt. Menschen, die sogenannte Systemsprenger in diesem Rahmen verstehen, neigen dazu, den betroffenen Personen Verantwortung für ihre Besonderheiten zuzuschreiben und diese als schwach oder charakterlich mangelhaft zu betrachten.

Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund der Gesamterhebung zu diskutieren. In beiden Clustern, zum einen im Konzept der „Medical disease“ als auch in dem des „Moral defect“, sind Items enthalten, die sich offen zeigen für eine Deutung als „Gewordensein in Anbetracht der durchlebten Biografie“, von denen unsere Gesprächspartner:innen in der qualitativen Befragung berichteten und vor dessen Hintergrund wir die Fragen in Fragebogen 6 erarbeiteten. Dabei handelt es sich um ein drittes Konzept, das zu prüfen ist. Die Antwortmöglichkeit: „... sehen ihre Probleme weniger medizinisch als biografisch bedingt“, „... empfinden ihre Probleme als durch traumatisierende Behandlung bedingt“ mit der gleichzeitigen Zustimmung zu „... haben ihre Probleme weniger aus medizinischen Gründen als aufgrund ihrer Biographie“ wäre bemerkenswert. Sie zeigte zum einen, dass durch Mitarbeiter:innen wahrgenommen werden kann, dass sogenannte Systemsprenger ihren Zustand als biografische Konsequenz definieren. Zum anderen ließe sich daraus ableiten, dass die Mitarbeiter:innen diese Sicht übernehmen und selbst das Konzept der „Medical disease“ positiv infrage stellen. Impliziert wäre damit eine empathische Sicht auf die biografischen Herausforderungen sogenannter Systemsprenger. Die Feststellung „... hatten traumatisierende Erlebnisse in der Kindheit“ kommt gerade nicht im Cluster „Moral defect“ vor, sondern wurde dem Cluster „Medical disease“ zugeschrieben. Da in den Ergebnissen noch nicht ausgewertet wurde, ob die Zustimmung zu beiden Fragekategorien durch ein und dieselbe Person erfolgte, kann eine solche Interpretation nicht von vornherein als valide gelten. Die Ergebnisse der anderen Erhebungsteile legen jedoch diese Sicht nahe und generieren den Auftrag, dies noch zu prüfen.

Statistisch signifikant ist das Ergebnis, dass die wertende Sicht des Verhaltens von sogenannten Systemsprengern im Sinne des „Moral defect“ eher in den Einrichtungen der EGH vorkommt. Im Kontext ihres Arbeitsauftrags kommen sie jedoch auch eher mit den Konflikten im Zusammenhang mit straffälligem Verhalten in Berührung als dies im Kontext der nichtforensischen Psychiatrie der Fall ist.

Die Identifikation dieser beiden Cluster entsprechend dem Artikel von Henderson und Dressler (2017) ist hilfreich, um aufzuzeigen, wie unterschiedliche kulturelle Modelle von sogenannten Systemsprengern unterschiedliche Einstellungen prägen. Sogar in ein- und derselben Einrichtung der EGH oder einer psychiatrischen Klinik können unterschiedliche kulturelle Hintergründe und Werte vertreten sein und dazu führen, dass die Versorgenden entweder die medizinische Sichtweise oder das moralische Modell bevorzugen, was Stigmatisierungsprozesse beeinflusst. Die Analyse der Ergebnisse in Hinblick auf ein drittes Modell der „Empathischen Perspektive“ könnte die Auswertung komplettieren.

## 5 Empfehlungen

Das gemeinsame Projekt von Gesundheit Berlin-Brandenburg und MHB Brandenburg hat die Versorgung von sogenannten Systemsprengern mit verschiedenen Zugängen und Methoden bearbeitet. Die Vielfalt der methodischen Zugänge, die aus unserer Sicht in der Regel konvergieren und sich eher selten widersprechen, erhöht die Aussagekraft der Ergebnisse und bildet eine valide Basis für die folgenden Empfehlungen. Der Projektschwerpunkt war auf die Kooperation und Koordination von Hilfen gerichtet. In dem Sinne waren beispielsweise die Workshops mit dem Titel „Regionale Verzahnung von Öffentlichem Gesundheitsdienst, Psychiatrie und Eingliederungshilfe in der Versorgungsregion“ angekündigt. Damit hat das Projekt das Thema der Verzahnung vorab gesetzt und es ist daher nicht verwunderlich, dass die Projektergebnisse umfangreiche Beiträge zur Problematik von Kooperation und Koordination enthalten. Allerdings gab es in allen Formaten der Forschung Freiraum für die Teilnehmer, weitere eigene Themen zur Versorgung von sogenannten Systemsprengern einzubringen. Dieser Freiraum wurde genutzt, wobei insbesondere eine Vielzahl an möglichen Hilfen und Verbesserungsmöglichkeiten genannt wurden.

Die hier dargestellten Empfehlungen lassen sich jeweils aus den Ergebnissen der einzelnen methodischen Schritte ableiten (oben **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die Synthese der Einzelergebnisse zu den hier formulierten Empfehlungen wurde in mehreren Sitzungen der gemeinsamen Projektgruppe von Gesundheit Berlin-Brandenburg und Medizinischer Hochschule Brandenburg iterativ durchgeführt, indem alle Einzelergebnisse dahingehend kategorisiert wurden, ob konkrete Handlungsoptionen ableitbar waren und wenn ja, ob diese auch durch die Akteure im Land Brandenburg umgesetzt werden könnten. Dabei stützen sich in der Regel einzelne Empfehlungen auf mehrere Erkenntnisquellen. Im iterativen Prozess führte dies dazu, dass die Notwendigkeit, in einem bestimmten Handlungsfeld eine Empfehlung auszusprechen, als dringlicher angesehen wurde. Die Synopsis der ableitbaren Empfehlungen wurde dem Auftraggeber zur Verfügung gestellt mit Bitte um Priorisierung der Handlungsfelder bzw. von Einzelempfehlungen innerhalb eines Handlungsfeldes.

Die Gliederung der Empfehlungen wurde dann gemäß den thematischen Bereichen durchgeführt, die sich im Gesamtprojekt als wesentliche Handlungsnotwendigkeiten herauskristallisiert haben. Dabei ergaben sich folgende Handlungsfelder:

1. Verbesserung der Netzwerkarbeit und Kommunikation
2. Genesungsbegleitung
3. Ambulante und niedrigschwellige Angebote
4. Wohnen
5. Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und Angehörigen
6. Übergreifende Empfehlungen.

## 5.1 Verbesserung der Netzwerkarbeit und Kommunikation

Generell hat sich das Thema der Kommunikation aller Beteiligten untereinander als zentrales Thema bei unseren Untersuchungen herausgestellt. Die Kommunikation an den Schnittstellen ist durch Mängel gekennzeichnet bzw. mangelnde Kenntnis über Aufgaben und Möglichkeiten der anderen an der Versorgung Beteiligten. Zuständigkeiten sind oft nicht festgelegt, sodass man von einer Zuständigkeitsdiffusion sprechen kann ohne einheitliche Verantwortungsstruktur. Das wesentliche Problem, welches in der Versorgung von Menschen mit hohem Versorgungsbedarf auftritt, ist das der Schnittstelle bzw. das der Passung zwischen den einzelnen Angeboten: Hilfe passten nicht immer auf eine Person. Es entsteht ein Verschiebebahnhof zwischen den einzelnen Zuständigen.

Insbesondere die Ergebnisse unseres Fragebogens aber auch die Gesprächsrunden bei den Workshops, die durchweg positiv bewertet wurden, zeigen den Bedarf, mehr untereinander kommunizieren zu können. Dabei ist Konsens, dass strukturierte Austauschformate zu entwickeln sind, da aktuell die Qualität der Kommunikationsstrukturen untereinander eher von einzelnen Personen gepflegt und nicht systematisch entwickelt wird.

Dieses Thema anzugehen ist geeignet, Verbesserungen zeitnah und ohne allzu großen finanziellen Aufwand umzusetzen. Regelmäßige Austauschformate sollten zwischen allen Akteuren etabliert werden, um Wissen (Zuständigkeiten, Finanzierung, Arbeitskultur) über die anderen Bereiche zu verbessern und kontinuierliche Beziehungen aktiv zu fördern, aber auch, um Aufnahmen und Entlassung in die/aus der Klinik frühzeitig vorzubereiten. Dabei sind stets Betroffenen- und Angehörigenvertretungen sowie Akteure der Selbsthilfe vor Ort mit einzubeziehen.

- Grundlage von Netzwerkarbeit und Kommunikation ist das Bekenntnis zu einer gemeinsamen regionalen Versorgungsverantwortung. psychosoziale Arbeitsgemeinschaften sollten in allen Regionen vorhanden sein und ggfs. zu gemeindepsychiatrischen Verbänden fortentwickelt werden, die auch eine gemeinsame Leistungserbringung ermöglichen. Diese Gremien sollten jeweils Standards entwickeln, die für die Kommunikation einen verlässlichen Rahmen bilden.
- Die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sollten so besetzt sein, dass konzeptionelle und strategische Diskussionen auch geführt werden können. Aus ihrer Arbeit müssen strukturelle Bedarfe sichtbar werden, die dann im Weiteren von der Sozialplanung

aufgegriffen werden und von den Leistungserbringern als Grundlage ihrer Angebotsentwicklung genutzt werden. Das Aufgabenprofil der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft sollte unterstützend im Rahmen des BbgPsychKG verpflichtend festgeschrieben sein.

- Die Teilnahme der verschiedenen Institutionen an den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sollte mit festgelegten Personen verpflichtend sein. Sollten Institutionen dies nicht umsetzen, so sollten die jeweiligen Vorgesetzten hier auch durch die Psychiatriekoordinatoren angesprochen werden. Konkret sollten überall, wo noch nicht umgesetzt, interdisziplinäre Fallbesprechungen inklusive Behördenvertretern von Polizei oder Amtsgerichten durchgeführt werden. Konkrete Festlegungen dazu sollten in allen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften getroffen werden. Wichtig sind auch gemeinsame Fortbildung und Schulungen, beispielsweise mit dem Fokus „themenzentrierte Interaktion“.
- Hospitationen in anderen Institutionen sollten systematisch etabliert werden.
- Spezielle Beachtung bedarf die Kommunikation in den Bereichen der Versorgung geistig behinderter Menschen und von Kindern und Jugendlichen.
- Eine Prozessbegleitung zur Etablierung verbindlicher Kommunikationsstrukturen wird in den meisten Regionen nötig sein. Leitfragen für die Prozessbegleitung, die möglicherweise in einer Modellregion implementiert wird, sollten folgende sein: Sind alle relevanten Akteure im Gespräch? Welche Formate sind für die Akteure dauerhaft umsetzbar?
- Empfohlen wird auch, digitale Kommunikationswege stärker zu nutzen, da diese bisher noch unzureichend genutzt werden. Diese können auch dazu dienen, die Kommunikation mit Betroffenen zu erleichtern und die Erreichbarkeit und Flexibilität zu erhöhen. Aufgabe ist es hier, digitale Kommunikationswege transparent und auch für Betroffene leicht zugänglich zu gestalten. Zu prüfen ist, ob eine solche Digitalisierung von Kommunikationswegen in die Digitalisierungsstrategie des Landes aufgenommen wird.
- Erschwerend erscheinen hier oft datenschutzrechtliche Bestimmungen, die die digitale Kommunikation erschweren könnten. Ein Erfahrungsaustausch ist nötig, um gemeinsam Spielräume innerhalb des Datenschutzes der beteiligten Akteure auch zu nutzen. Datenschutzbeauftragte sollten insofern in die Arbeit von psychosozialen Arbeitsgemeinschaften einbezogen werden.

## 5.2 Genesungsbegleitung

Der Einsatz der spezifischen Expertise von Genesungsbegleitern wurde auf allen Ebenen des Projektes diskutiert und sowohl für wünschenswert als auch für umsetzbar gehalten. Ehemals Betroffene (z. B. Genesungsbegleiter:innen) sollten an der Versorgung mitwirken, um den Zugang zu den betroffenen Personen zu erleichtern und die Kultur des Umgangs miteinander zu prägen. Dies sollte in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung geschehen, beginnend bei den Kliniken, den SPDIs und bei den Trägern der Eingliederungshilfe.

- Etwa ein Viertel der psychiatrischen Kliniken setzen bereits diese Berufsgruppe ein. Unklar ist oft die tarifliche Einordnung. Hier könnten sich die Träger der Kliniken auf gemeinsame Regeln einigen.
- Für die SPDIs und Eingliederungshilfe können Best-Practice Beispiele zum Einsatz von Genesungsbegleitern z. B. aus Bayern (für die SPDIs) oder aus den hanseatischen Städten (für die Eingliederungshilfe) gewonnen werden. Die erhebliche Expertise des Landes Brandenburg im Bereich von Lotsensystemen im Suchtbereich könnte ebenso genutzt werden. Gerade in die aufsuchende Arbeit sollten Experten aus Erfahrung einbezogen werden.
- Empfohlen wird, dass zunächst in einer Modellregion Brandenburgs der Einsatz konkret erprobt wird und diese Erfahrungen dann auf weitere Kreise und kreisfreie Städte übertragen werden. Dazu müssen Arbeitsbedingungen, Einsatzpläne, Integration in die Gesundheitsverwaltung und die Finanzierung der benötigten Stellen durch die Kommunen geklärt werden. Auch hier stellen sich Probleme einer angemessenen tariflichen Einordnung. Mittel aus dem Pakt für den ÖGD sollten, wenn möglich, hier allokiert werden. Unterstützend könnten die Erarbeitung von Lösungen für die offenen Fragen durch die Gastprofessur ÖGD an der MHB begleitet werden.
- Initial müssten Informationen zur Etablierung von Genesungsbegleitung (u. a. Einsatz- und Finanzierungskonzepte) für interessierte Institutionen (Kliniken und Leistungserbringer\*innen von EGH etc.) zur Verfügung gestellt werden. Empfehlenswert ist auch die Einrichtung einer Fachstelle im Land Brandenburg (ggfs. an bestehende Strukturen anzusiedeln, z. B. das Projekt Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung), die u. a. Informationen zum Einsatz von ehemals Betroffenen/ Genesungsbegleiter:innen bündelt und an Institutionen weitergibt.
- Im Land Brandenburg gibt es bisher keine Weiterbildungsmöglichkeit für die Genesungsbegleitung. Zu prüfen ist, ob z. B. in Kooperation mit dem Ausbildungsträger in Berlin (EX-IN) ein auf die spezifischen Bedürfnisse im Land Brandenburg ausgerichteter Kurs angeboten werden kann (auch hybrid). Parallel wäre zu prüfen, ob das Land einen anderen Bildungsträger motiviert, die Ausbildung zum Genesungsbegleiter anzubieten, ggfs. auch zu akademisieren. Erfahrungen von Recovery Colleges (<https://recoverycollegeberlin.de/>) könnten integriert werden.

### 5.3 Ambulante und niedrigschwellige Angebote

Allgemein ist festzustellen, dass ambulante Versorgungsangebote noch zu gering ausgebaut sind, insbesondere Möglichkeiten zur aufsuchenden ambulanten Behandlung. Solche Möglichkeiten sollten sowohl die Behandlung im SGB-V-Bereich als auch die Eingliederungshilfe ergänzen und im Sinne der Klient:innen verbessern.

- Eine unverzichtbare Lösung im Land ist ein psychiatrischer Krisendienst. Keine Kommune in Brandenburg ist in der Lage, einen solchen Krisendienst, der an 24 Stunden und 7 Tage/Woche tätig sein sollte, alleine zu betreiben. Empfohlen wird daher, dass sich analog zu den bayrischen Bezirken mehrere Kommunen in einer Region

zusammenschließen, um einen regionalen Krisendienst aufzubauen. Die Konzeptentwicklung hierzu sollte vom Land gefördert werden. Beispielhaft sollte dieses Konzept dann in einer noch zu definierenden Region Brandenburgs aufgebaut werden.

- Empfohlen wird, die stationsäquivalente Behandlung in allen klinischen Versorgungsregionen zu etablieren, wobei das Land Klinikträger hierzu motivieren könnte. Dringend ergänzt werden müsste die stationsäquivalente Behandlung um flexiblere Formen des Home-Treatments, für die entweder Gebrauch vom § 64b SGB-V gemacht werden sollte oder für die das Land beim Bund eine alternative Gesetzgebung des Paragraphen 115d SGB V anregt. Alternativ könnte die Finanzierung der PIAs auf das Bayerische Modell umgestellt werden, um flexibler auch aufsuchende Behandlung anzubieten.
- StäB- und PIA-Teams der Kliniken könnten insbesondere bei Menschen mit hohem Versorgungsbedarf eng mit Eingliederungshilfe-Teams zusammenarbeiten, um eine geteilte Fallverantwortung zu realisieren. Ziel sind gemeinsam erbrachte ambulante Komplexleistungen im Sinne des flexiblen assertive community treatments (FACT).
- Die besonderen Finanzierungsbedingungen der Eingliederungshilfe machen oft unmöglich, spontan und bedarfsgerecht Krisen mit diesem System abzufangen oder z. B. nach Krankenhausentlassung unmittelbar in nachfolgende Versorgungsbereiche überzuleiten. Für Krisenfälle wäre wünschenswert, eine notwendige, verstärkte Eingliederungsleistung sofort zeitlich begrenzt zu realisieren, ohne dass längere Antragszeiten bestehen (ad-hoc-Maßnahmen). Dieses Vorgehen sollte zunächst bei Fällen erprobt werden, die bereits Leistungen der EGH erhalten. Voraussetzung wäre hier, dass ein Personalpool bereitgehalten wird, der auch außerhalb regulärer Dienstzeiten für notwendige erhöhte Leistungen zur Verfügung steht. Es wird empfohlen, regionale Möglichkeiten dahingehend auszuloten auch im Zusammenhang mit regionalen Krisendiensten.<sup>7</sup>
- Weiterhin wird empfohlen, dass ad-hoc-Angebote für Beschäftigung im geschützten Rahmen aufgebaut werden, die aufgrund einer pauschalisierten Finanzierungsvereinbarung Patient:innen sofort aufnehmen können. Vorbild kann hier Organic Village in Potsdam sein.
- Empfohlen wird weiterhin, die Angebote der EGH besser zu koordinieren und vor allem eine Übersicht über diese Angebote für das Land zu erstellen. Angebote sollten zwingend in psychosozialen Arbeitsgruppen diskutiert und geplant werden. Es braucht die Pflege einer Datenbank zu Angeboten inklusive der Darstellung von freien Plätzen und des Auslastungsgrades.

---

<sup>7</sup> Zur Weiterentwicklung von Leistungen in der Eingliederungshilfe, insbesondere zur Verbesserung von inklusiv sozialräumlichen Angeboten, können in Modellvorhaben neue Formen der Leistungserbringung erprobt werden, § 14 Abs. 2 AG SGB IX. Die Zustimmung des Landes ist vorher einzuholen. Diese Norm ist geeignet, um die Wirkung zu erproben, Drehtüreffekte zu vermeiden. Insofern sind das AG SGB XII und im Besonderen das AG SGB IX zur Erprobung geeignet. Ein Modell auf dieser Grundlage müsste beschrieben und die Bedingungen zur Refinanzierung mit dem Land ausgehandelt werden.

- Regionale Teilhabekonferenzen, in denen die Leistungserbringer und der Leistungsträger zusammenarbeiten, stellen sicher, dass jede/r Hilfesuchende ein entsprechendes Angebot erhält im Sinne der regionalen Pflichtversorgung.
- In die Beratung und Assistenz für Betroffene als Antragsteller:in sollten Genesungsbegleiter:innen integriert werden (siehe oben). Für die Beratung zu Angeboten der EGH sollten vielfältige Möglichkeiten genutzt werden, so dass Informationen nicht nur in den Sozialämtern, sondern auch bei Behindertenverbänden, Kirchen, Bürgerservicebüros, Selbsthilfegruppen etc. bezogen werden können.
- Um die Passgenauigkeit und vor allem Effizienz der bestehenden EGH-Angebote zu optimieren, sollte eine Evaluation der Angebote unter landeseinheitlichen Kriterien mit den Fragen durchgeführt werden, ob Zielgruppen erreicht werden und ob Quantität und Qualität der Angebote mit dem Bedarf übereinstimmen.
- Ergänzend könnten im Rahmen eines Monitoringprozesses die Wege im Hilfesystem rekonstruiert werden von Menschen mit hohem Versorgungsbedarf, die unzureichend versorgt sind.
- Mobile medizinische Rehabilitationsangebote sind in Brandenburg nicht flächendeckend vorhanden und sollten aufgebaut werden. Dies könnte regelhaft den Maßnahmen der Eingliederungshilfe vorausgehen.

## 5.4 Wohnen

Der Bereich Wohnen ist in Brandenburg eher gut entwickelt, insbesondere berlinfern. Dennoch fehlt es oft an flexibel nutzbaren und geeigneten Wohnformen für Menschen mit besonderem Hilfebedarf.

- Es wird empfohlen, spezielle Wohnangebote zu schaffen, die Pflegemöglichkeiten und/oder eine intensive Betreuung z. B. auch für Menschen mit Intelligenzminderung, schwerer psychischer Erkrankung, mit Mehrfachdiagnosen sowie Neigung zu sexualisierter Gewalt bieten. Wohnplätze sollten dabei in bestehenden Einrichtungen geschaffen werden, die auch vorübergehend genutzt werden, genügend Personalressourcen haben und eng an die psychiatrische Akutversorgung angebunden sind. Auch die Schaffung von intensiv betreuten Wohnplätzen sollte regional organisiert sein.
- Empfohlen wird auch, Krisenwohnungen zu schaffen und dazu Finanzierungsmöglichkeiten im Gespräch zwischen Kommunen und Land, ggfs. unter Einbezug von Krankenpflegeleistungen nach § 37 SGB-V zu finden.
- Ein runder Tisch zwischen Trägern von Wohneinrichtungen wäre zu etablieren, an dem die Wohnplatzsuchenden besprochen und auf die Wohneinrichtungen verteilt werden. Ein analoges Verfahren besteht in Berlin.

- Auch im Bereich Wohnen sollte ein landesweites Einrichtungsverzeichnis, das verfügbare Wohnplätze anzeigt, erstellt werden. Ein solches Verzeichnis sollte einfach zugänglich sein und zentral auf Landesebene gepflegt werden.

## 5.5 Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und Angehörigen

Von den Betroffenen wird oft erlebt, dass sie sich anpassen oder konform verhalten müssen, um Hilfe zu bekommen. Hier zeigt sich, wie in vielen Bereichen der psychosozialen Versorgung, eine Machtfrage (Definitionsmacht von Institutionen) bzw. eine Frage des Rollenverständnisses von Leistungsempfänger und Leistungsgebern. Ein weiterer von Betroffenen oft beklagter Sachverhalt ist, dass die Kontinuität helfender Personen fehlt.

- Es wird empfohlen, dass allen Professionellen hinsichtlich der Rollenerfüllung eine fachlich angeleitete Reflexion zur Verfügung steht.
- Ebenso sollten für Betroffene Gruppenangebote eingerichtet werden, um die oft erlebte Hilflosigkeit zu thematisieren.
- Das Management von Fällen sollte so gestaltet werden, dass personelle Kontinuität eher möglich wird. Dazu könnte eine Organisationentwicklung der Ämter und Einrichtungen dienen.
- Die Aktivitäten der Sozialämter sollten stärker auf die aufsuchende Beratung in der Lebenswelt ausgerichtet sein, um Hemmnisse bei der berechtigten Inanspruchnahme von Sozialleistungen auszuräumen. Dies ergänzt die Aufgaben der SPDIs, niederschwellig im Sozialraum zu beraten und Hilfen zu erschließen.
- Betroffene fordern ebenfalls, dass ihre Selbsthilfegruppen für und von Betroffenen und Angehörigen unterstützt und auch finanziell gefördert werden. Konkret können Trialogformate in den Landkreisen und kreisfreien Städten weiter ausgebaut werden. Von Seiten des Landes kann eine organisatorische und fachliche Begleitung der Selbstorganisation erfolgen, ggfs. auch durch die Schaffung zusätzlicher Personalressourcen, die mit Betroffenen besetzt werden. Dies könnte z. B. – sofern mit Ressourcen hinterlegt – als Aufgabe des Projektes „Förderung der Patientenrechte“ verwirklicht werden.
- Gerade nach psychischen Krisen besteht bei Betroffenen ein Wunsch nach Selbstaufklärung oder Selbstvergewisserung über den eigenen lebensgeschichtlichen Verlauf. Es bedarf hier einer psychotherapeutischen Begleitung der Biographiearbeit, allerdings nicht nur im Sinne der Richtlinientherapie, sondern in einem weit verstandenen Sinn von Psychotherapie. Solche Gesprächsangebote sollten eingebettet sein in die Angebote der Lebenswelt.
- Die Ausarbeitung von Angeboten, die auf die individuellen Bedürfnisse und den Bedarf von Personen zugeschnitten sind, sollte nicht übermäßig an psychiatrischen Diagnosen orientiert sein. Vielmehr sind individuelle Beeinträchtigungen und Ressourcen zu berücksichtigen. Auch beurteilende Ärzt:innen sollten eher syndromale Einschätzungen

vornehmen als nur eine schematische Diagnose nach ICD 10. Hierzu sind Schulungen nötig.

- Die Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen (BLS) sollte einen Prozess zur verbesserten Koordination von Leistungen Soziales und Suchthilfe initiieren.
- Bei Klinikaufenthalten sollten die oft thematisierten negativen Erfahrungen vermieden oder zumindest gemindert werden. Zur Verbesserung der Lage sollten z. B. alle Kliniken systemisch Deeskalationstrainings anbieten und sich qualitätssichernden Projekten zur Gewaltvermeidung anschließen. Dies sollte in den Gesprächen der Fachaufsicht mit den Kliniken zum Thema werden, die auch die Orientierung an der Patientenwürde zum Gegenstand hat. Negative Erfahrungen auf individueller Ebene sollten bereits während des Klinikaufenthaltes aufgearbeitet werden. So sind die vorgeschriebenen Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen auch durchzuführen. Empfohlen werden weiterhin Fortbildungen für Mitarbeitende der Kliniken, wobei das BbgPsychKG und die S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang als Grundlage dienen können. (DGPPN 2018)
- In der Praxis sollte die Teilhabe- und Patientenorientierung gefördert werden. Es soll die Kompetenz gefördert werden, einen individuellen Hilfebedarf herauszuarbeiten und an den Bedürfnissen der Personen zu orientieren (gemeinsame Entscheidungsfindung). Auch hierzu können mit Beteiligung von Betroffenen Workshops zur Arbeitskultur in psychiatrischer und sozialer Versorgung durchgeführt werden. Es bedarf eines systemisch und recoveryorientierten, sozialpsychiatrischen Fort- und Weiterbildungskonzepts im Rahmen einer Qualifizierungsstrategie für das gemeindepsychiatrische Verbundsystem.
- Überlastung und Hilflosigkeit bei helfenden Personen führt zuweilen dazu, dass nach abweisendem Verhalten von Betroffenen Angebote nicht mehr gemacht werden. Dennoch sollten Angebote geduldig und stetig an die hilfebedürftigen Personen herangetragen werden.

## 5.6 Übergreifende Empfehlungen

Gerade die Versorgung von Menschen mit hohem Versorgungsbedarf stellt Kommunen vor große Herausforderungen. Dies wurde in allen Erhebungen deutlich.

- Strukturell wird daher angeregt, dass die Kommunen generell prüfen, ob sie sich für die Leistungserbringung im psychosozialen Bereich regional zu Verbänden zusammenschließen.

Den Sozialpsychiatrischen Diensten kommt bei der Verbesserung der Lage von Menschen mit komplexem Hilfebedarf eine besondere Rolle zu. Sie stellen die entscheidende Schnittstelle zwischen Betroffenen und Versorgungssystemen dar. Die Dienste können Hilfen und koordinierende Leistungen übernehmen, die andere Akteure nicht leisten können.

Im Vergleich zu den Bedingungen in den meisten anderen Bundesländern sind in Brandenburg die SPDIs unzureichend ausgestattet. Die Überlastung der Mitarbeitenden, aber auch Unsicherheiten über die Stellung der Dienste in der kommunalen Gesundheitsverwaltung sind

im Projekt immer wieder thematisiert wurden. Dazu kommt die Schwierigkeit, offene Stellen auch qualifiziert zu besetzen.

- Das Land könnte hier einheitliche Vorgaben im Einvernehmen mit den Kommunen erarbeiten und gesetzlich, z. B. im BbgPsychKG normieren.
- Zur Refinanzierung könnte u. a. auf die Mittel des Paktes für den ÖGD zurückgegriffen werden. Diese Mittel wurden bisher nicht prioritär für die psychosoziale Versorgung eingesetzt. Dieser Bereich sollte zukünftig besser bedacht werden.
- Die Attraktivität der SPDIs und des ÖGD im Allgemeinen zu erhöhen, ist eine der Aufgaben, die das Land der Gastprofessur für den ÖGD zugedacht hat. Diese Ressource sollte man nutzen, um die Arbeitsbedingungen und Vernetzungsformen auf der Ebene der einzelnen Kommunen zu analysieren und zu stärken.
- Ebenso sollten, in Anlehnung an die Überlegungen zu den SPDIs, die Psychiatriekoordination der Landkreise und kreisfreien Städte personell einheitlich und ausreichend ausgestaltet werden. Die Psychiatriekoordination ist besonders wichtig, um eine ausreichende Psychiatrieplanung zu gewährleisten und die Vernetzung zwischen allen Akteuren in der psychiatrischen Versorgung und angrenzender Bereiche (Polizei, Gerichte etc.) zu etablieren.

Die Diskussionen in den Kleingruppen der Workshops und die Ergebnisse des Fragebogens zeigten, dass die Arbeitskulturen in den Sozialämtern unterschiedlich sind und weiterentwickelt werden können. Während die „Helfenden“ zu 85 % angeben, dass sie „oft“ oder „immer“ zufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen sind, äußern dies nur 62 % der Beschäftigten in den Sozialämtern.

- Es wird empfohlen, zunächst eine Ursachenanalyse für die Arbeitsunzufriedenheit zu erstellen. Wo noch nicht vorhanden, sollte ein betriebliches Gesundheitsmanagement und eine gezielte Gesundheitsförderung etabliert bzw. gestärkt werden.
- Weitere Punkte wären, attraktive Tätigkeits- und Kompetenzprofile zu entwickeln und regelmäßige Supervision und Coaching anzubieten, wie es bei den primär helfenden Berufen üblich ist und die Professionalisierung voranzutreiben. Die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen und das "Marketing" (Image) in den Blick zu nehmen, könnte sich insgesamt auch als vorteilhaft bei der Personalgewinnung darstellen.

Die abschließende Empfehlung in diesem Bereich ist die Prävention, die Stärkung der Gesundheitsförderung im Bereich seelischer Erkrankung und die Entstigmatisierung von Betroffenen.

- Empfohlen wird konkret, Workshops durchzuführen mit dem Inhalt der Aufklärung über psychische Krisen und den Auswirkungen von psychischen Störungen. Die Workshops sollten zwingend unter Beteiligung von Betroffenen ausgestaltet werden.
- Weitere Maßnahmen könnten Mental-Health-Erste-Hilfe-Kurse bei Arbeitgebern und Aufklärung in Schulen etc. sein. In diese Aktivitäten sollten Berufsgenossenschaften, das

Bildungsministerium, die Schulämter, die Polizei, die Ordnungsbehörden und die Feuerwehr mit einbezogen sein.

## 5.7 Weitere Schritte und Priorisierungen

Die Auswahl, welche Empfehlungen umgesetzt werden sollten und in welcher Reihenfolge, liegt beim Auftraggeber.

- Dazu sollte dieser den Projektbericht mit den anderen Stakeholdern unter Einbeziehung von Betroffenen- und Angehörigenvertretern diskutieren.
- Zu empfehlen ist weiterhin ein pragmatisches Vorgehen unter Berücksichtigung der Umsetzbarkeit, des zeitlichen und finanziellen Aufwandes und der Erfolgsaussichten innerhalb festzulegender Zeiträume.
- Sinnvoll wird sein, bestimmte Empfehlungen in Modellregionen des Landes zu erproben.
- Bezüglich der Entwicklung geeigneter Implementierungsmethoden kann es ggf. ebenso sinnvoll sein, in zukünftigen praxisbezogenen, aber evidenzbasierten Projekten Lösungsvorschläge weiter zu konkretisieren.

## 6 Literatur

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2023): 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.
- Böhm, M. (2016). Immer wenn sich die Türe dreht, stellt sich die Frage: Warum? Der Heavy User und seine Personenspezifika. Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit Wien, prävention, Institut für seelische Gesundheitsförderung Linz.
- Abgerufen am 7.6.2021 von  
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715012&version=1481613422>
- Borg, I., & Groenen, P.J.F. (2005). Classical scaling. In Modern Multidimensional Scaling: Theory and Applications, (S. 261-267). New York.
- Brandenburger Kommission AG-SGB IX/AG-SGB XII (2023). Beschluss Nr. 07/2023 Neuabschluss des Rahmenvertrages nach § 131 SGB IX mit Wirkung ab 01.01.2024.  
(<https://lasv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/BK%20Beschluss%2007%202023.pdf>)
- Bühner, M., (2011). Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion (Vol. 4033). Pearson Deutschland GmbH.
- Conover, W.J. (1999). Practical Non-parametric Statistics. In John Wiley & Sons (Hrsg.). New York.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., ... & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. International journal of nursing studies, 47(3), 363-385.
- DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, Version 2.0, 12.02.2018, verfügbar unter: <https://tinyurl.com/3n6rsuhp>  
Zugriff am 27.11.2024
- DGPPN (2018). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, <https://tinyurl.com/3n6rsuhp>  
Zugriff am 27.11.2024
- Erdheim, M. (1988). Psychoanalyse und Unbewußtheit in der Kultur: Aufsätze 1980-1987. Suhrkamp.
- Fleischmann, H. (2015). „High Utilizer“ in der Suchtpsychiatrie – Häufigkeit und Verlauf. Suchttherapie, 16, S 01.
- Freyberger, H. J. et. al. (2004). Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem? Qualitative Ergebnisse einer Untersuchung zur „Systemsprenger-Problematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. sozialpsychiatrische informationen, 2, 16–21.
- Freyberger, H.J., Ulrich, I., Barnow, S., & Steinhart, I. (2008). Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen - eine Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 76 (2),106-113.
- Gervink, T., & Giertz, K. (2018). Die »Systemsprenger-Problematik« in den ambulanten psychosozialen Versorgungssystemen. sozialpsychiatrische informationen, 48 (3).  
<https://psychiatrie-verlag.de/product/giertz-k-gervink-t-die-systemsprenger-problematik-in-den-ambulanten-psychosozialen-versorgungssystemen-einzelartikel-aus-si-3-2018/>
- Gesundheit Berlin-Brandenburg & Medizinische Hochschule Brandenburg (2022): Verzahnung der psychiatrischen Versorgung mit dem System der Eingliederungshilfe. Projektbericht (<https://tinyurl.com/4ww35nu7>).
- 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. 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.
- Giertz, K. (2018). Die „Systemsprenger-Problematik“ in den ambulanten psychosozialen Versorgungssystemen von Berlin. Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 48, 38-43.
- Giertz, K., & Große, L. (2020). Hard-to-reach-Klient\*innen in der psychiatrischen Versorgung. *Klinische Sozialarbeit*, 16(1), 7-10.
- Giertz, K., Große, L., & Gahleitner, S.B. (2020). Hard to reach: Schwer erreichbare Klientel unterstützen. *Psychiatrie Verlag, Imprint BALANCE buch + medien verlag*.
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity*. The Sociology Press, Mill Valley, CA.
- Henderson, N. L., & Dressler, W. W. (2017). Medical disease or moral defect? Stigma attribution and cultural models of addiction causality in a university population. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 41, 480-498.
- Hoppig, K. (2015). Erstellung eines Fragebogens zur Erfassung von Motiven der Berufswahl und Arbeitsmotivation sowie der Religiosität bzw. Spiritualität in einem helfenden Beruf von Mitarbeitern in der Psychiatrie. Masterarbeit.
- Jain, A.K. (2010). Data clustering: 50 years beyond K-means. *Pattern Recognit Lett.*, 31 (8), 651-666.
- Jesperperson, M. (2012). Der persönliche Ombud in Skåne. Ein betroffenenkontrollierter Dienst mit persönlichen Handlungsbevollmächtigten: In Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V. (Hrsg.), *Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen* (S. 50-54). Berlin.
- Kent, S., Fogarty, M., & Yellowlees, P. (1995). A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatr Serv Wash DC*, 46 (12).
- Klemperer, D. (2000). Patientenorientierung. Stichwort aus "Handwörterbuch Gesundheitspolitik". NOMOS-Verlag
- Köngäs, E. K. (1961). A Finnish schwank pattern: The farmer-servant cycle of the Kuusisto family. *Midwest Folklore*, 11(4), 197-211.
- Köngäs-Maranda, E., & Maranda, P. (1971). *Structural models in folklore and transformational essays*. De Gruyter Mouton.
- Kooij, D., De Lange, A., Jansen, P., & Dijkers, J. (2011). "Older workers' motivation to continue work: Five perspectives." *Journal of Managerial Psychology*, 26(5), 403-423.
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. 3. Aktualisierte Auflage, Wiesbaden.
- Lévi-Strauss, C. (1955). The structural study of myth. *The journal of American folklore*, 68(270), 428-444.
- LIGA der Freien Wohlfahrtspflege (2023). Dokumentation Expertengespräch „Systemprüfer“ vom 02.11.2023. (<https://www.liga-brandenburg.de/Expertengespraech-Systempruefer-am-02-11-2023-1051040.pdf>)
- Luthans, F., Luthans, B.C., & Luthans, K.W. (2021). *Organizational behavior: An evidence-based approach* fourteenth edition. IAP.
- MacQueen, J. (1967). Some methods for classification and analysis of multivariate observations. In: Le Cam, L.M., & Neyman, J. (Hrsg.), *Proceedings of the Fifth Berkeley Symposium on*

- Mathematical Statistics and Probability, Volume 1: Statistics (S. 281-297). Berkeley, California.
- Malik, A., & Tuckfield, B. (2019). Applied unsupervised learning with R: Uncover hidden relationships and patterns with k-means clustering, hierarchical clustering, and PCA. Packt Publishing Ltd.
- Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim und Basel.
- Mihai, A., Ströhle, A., Maric, N., Heinz, A., Helmchen, H., & Sartorius, N. (2006). Postgraduate training for young psychiatrists - experience of the Berlin Summer School. *European psychiatry*, 21(8), 509-515.
- 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>)
- MSGIV (2017). Gesundheitsstaatssekretärin Hartwig-Tiedt: Menschen in schweren psychischen Krisen mit Respekt behandeln. 178/2017 Pressestelle MSGIV.
- Mueser et al. (1998). Models of community care for severe mental illness: A Review of Research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37-74.
- Munich, R. L., & Allen, J.G. (2003). Psychiatric and Sociotherapeutic Perspectives on the Difficult-to-Treat Patient. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 66 (4).
- Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Social science & medicine*, 56(2), 259-269.
- Nizami, R., Latif, M. Z., Hussain, I., & Rashid, K. (2017). Leadership Styles of Medical Professionals. *Annals of King Edward Medical University*, 23(4).
- Nordentoft et al. (2013). From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early intervention in Psychiatry*, 9 (2), 156-162.
- Northhouse, P. G. (2009). Leadership: Theory and Practice. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ostertagová, E., Ostertag, O., & Kováč, J. (2014). Methodology and application of the Kruskal-Wallis test. *Appl Mech Mater*, 611, 115-120. doi: 10.4028/ [www.scientific.net/amm.611.115](http://www.scientific.net/amm.611.115)
- Peterlini, H.K. (2020). Phänomenologie als Forschungshaltung. Einführung in Theorie und Methodik für das Arbeiten mit Vignetten und Lektüren. In J. Dinlic & I. Strasser (Hrsg.), *Gegenstand und Methoden qualitativer Sozialforschung. Einblicke in die Forschungspraxis* (S. 121–138).
- Rittmannsberger, H. et al. (2014). Heavy User stationärer psychiatrischer Behandlung: Vergleich nach Diagnosegruppen. *Neuropsychiatrie*, 28, 169–177.
- Roick, C., Gärtner, A., Heider, D., & Angermeyer, M.C. (2002). Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste: Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 29 (7), 334-342.
- Schmidt, C. (2008). Analyse von Leitfadentinterviews. In Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung – ein Handbuch* (S. 447-455). Hamburg.
- Schnurr, S. (2003). Vignetten in quantitativen und qualitativen Forschungsdesigns. *Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*, München, 393-400.
- Schratz, M., Schwarz, J. F., & Westfall-Greiter, T. (2012). Lernen als bildende Erfahrung: Vignetten in der Praxisforschung. *StudienVerlag*, S. 103.
- Schöttle et al. (2019). Reduction of Involuntary Admissions in Patients With Severe Psychotic Disorders Treated in the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 736.
- Soklaridis, S., López, J., Charach, N., Broad, K., Teshima, J., & Fefergrad, M. (2015). Developing a mentorship program for psychiatry residents. *Academic Psychiatry*, 39, 10-15.

- Spießl, H., Hübner-Liebermann, B., Binder, H., & Cording, C. (2002). „Heavy Users“ in einer psychiatrischen Klinik - Eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre. *Psychiatrische Praxis*, 29 (7), 350-354.
- Steinhart, I. (2017). Deutscher Ethikrat. Öffentliche Anhörung „Wohltätiger Zwang“ in der Psychiatrie 23. Februar 2017, Antworten auf den Fragenkatalog, <https://tinyurl.com/bdpx9hr8>
- Steinke, I. (2008). Gütekriterien qualitativer Forschung. In Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung – ein Handbuch* (S. 319-331). Hamburg.
- Stötzner, K. (2001). Einbindung von Patienten und ihren Anliegen in die evidenzbasierte Medizin. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*, 95, 131-136.
- Sytema et al. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands – A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (2), 105-112.
- Warsewa, G., Bleses, P., & Güldner, M. (2020). Der Transfer von sozialwissenschaftlichem Wissen als Forschungsgegenstand. *SOZIOLOGIE* 49 (3), 287-307.
- Weig, W. (2009). Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung. *Der Nervenarzt*, 80 (7), 847-854.
- Weinmann, P. (2012). Reflexionen zur Verrücktheit oder „Verrückt ist auch normal“. Der Begriff „Verrücktsein“. In Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V. (Hrsg.), *Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen* (S. 50-54). Berlin.

## 7 Anhang

### 7.1 Bewertung der Workshops durch die Teilnehmenden Lime Survey

129 TN haben den Evaluationsbogen online ausgefüllt (LimeSurvey). Nach den ersten Workshops in der Versorgungsregion Uckermark-Barnim wurde der Fragebogen abschließend entwickelt. Die Daten dieser Versorgungsregion gehen wegen mangelnder Vergleichbarkeit daher nicht in die folgenden Auswertungen ein.

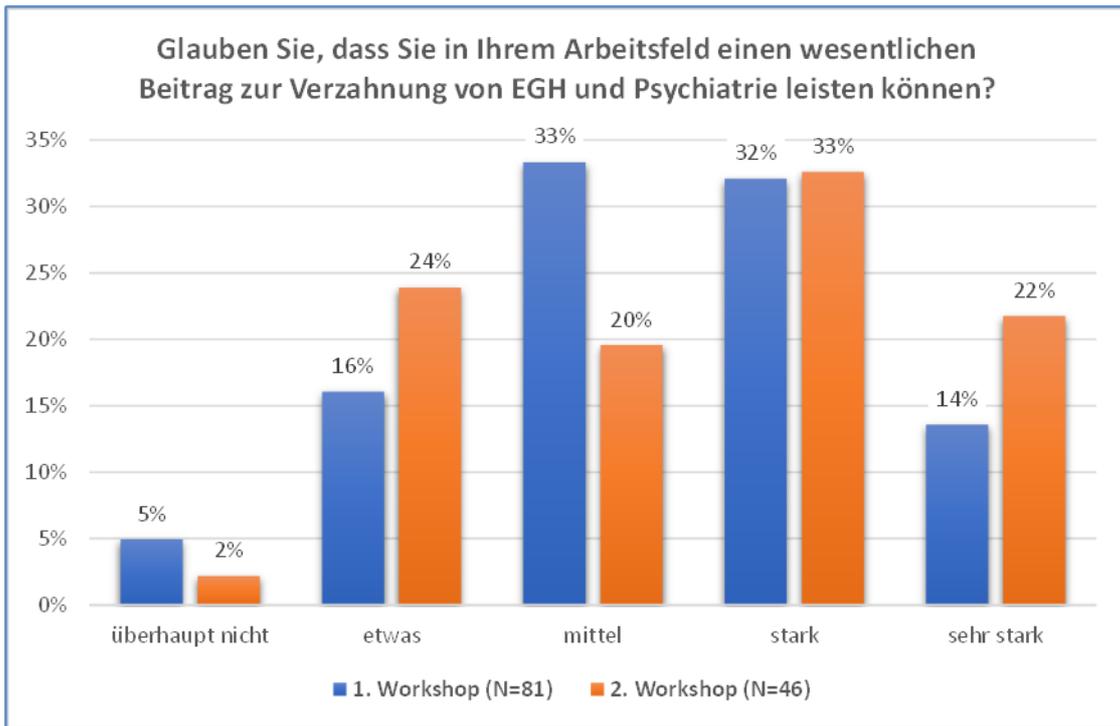
Tabelle 7: Teilnehmende an der Evaluation mit dem Online-Fragebogen (LimeSurvey) aus den Versorgungsgebieten im jeweils 1. und 2. Workshop

	1. Workshop	2. Workshop	Gesamt
Prignitz-Oberhavel	23	13	36
Oderland-Spree	12	11	23
Lausitz-Spreewald	30	10	40
Havelland-Fläming	17	13	30
Gesamt	82	47	129

Die Bewertungen der TN in den verschiedenen Versorgungsgebieten, Tätigkeitsfeldern und zu beiden Workshopterminen unterscheiden sich nicht wesentlich (Kruskal-Wallis-Test). Daher können im Folgenden die Bewertungen für alle Versorgungsgebiete gemeinsam dargestellt werden.

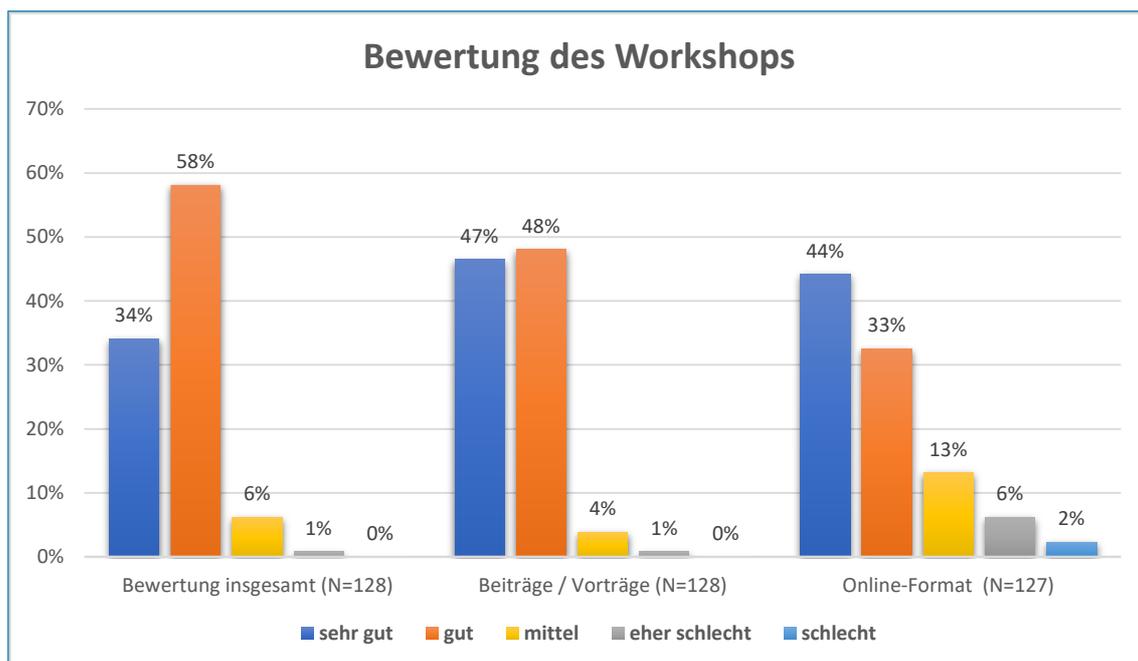
Die TN nehmen von sich an, dass sie einen wesentlichen Beitrag zur Verzahnung von Psychiatrie und Eingliederungshilfe leisten können (Abbildung unten). Sie sehen sich damit als wichtige Akteure für Hilfen für Systemprüfer:innen, d.h. die Zielgruppe für die Workshops wurde erreicht.

Abbildung 5: Einschätzung des eigenen Beitrags zur Verzahnung von EGH und Psychiatrie im 1. und im 2. Workshop



Die Workshops wurden insgesamt sehr positiv bewertet. 92 % der Befragten urteilen mit „sehr gut“ oder „gut“ (Abbildung unten). Positiv bewertet wurden auch: vorbereitete Beiträge, das Onlineformat und die Arbeit in Kleingruppen.

Abbildung 2: Bewertung des Workshops nach drei Aspekten („Wie war der Workshop heute für Sie?“)



Zur Ergänzung der Evaluation mit Fragebogen wurden telefonische Interviews mit Teilnehmerinnen aus dem Versorgungsgebiet Uckermark-Barnim circa ein Jahr nach den beiden Workshops geführt. Die Workshops waren positiv in Erinnerung. Die Zusammenfassung des Interviews mit dem Mitarbeiter einer Psychiatrischen Klinik illustriert, wie die Workshops erinnert wurden und nachwirkten:

**Was ist von den Workshops in Erinnerung?**

Bei beiden Workshops habe ich einen Überblick darüber bekommen, wer was macht. Die Arbeitsgruppen waren sehr intensiv und bereichernd für meine Arbeit. Das Onlineformat war auch gut. Der Begriff Systemprüferinnen war mir neu. Für mich ist das Wort Systemsprengerinnen immer noch anschaulicher. Wenn auf der Station mal 2 oder sogar 3 Systemsprengerinnen sind, dann sagen die Schwestern „oh ist das anstrengend“. Andere Patientinnen, die nicht so laut sind, kommen dann zu kurz.

**Gab es Anregungen, die Sie aus den Workshops mitnehmen konnten?**

Die Zusammenarbeit mit dem SPDi ist ganz wichtig. Es fehlt ein Krisendienst. Wenn wir Patienten entlassen, fragen wir sie, an wen sie sich wenden können, wenn sie wieder in eine Krise kommen. Manche haben dann niemanden. Deswegen brauchen wir einen Krisendienst. Besonders für die Patienten, die wegen Suizidversuch bei uns waren.

**Wurden Ihre Anliegen zur Problematik sog. Systemsprenger berücksichtigt?**

Ich hatte kein eigenes Anliegen zum Workshop mitgebracht.

**Haben Sie seit den Workshops weitere Erfahrungen mit der Problematik gemacht? Welche?**

Ja, mit Patienten, die wegen Suizidversuchen der Klinik waren.

**In den Workshops wurde immer wieder betont, wie wichtig die Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie, EGH, SPDi und anderen Akteuren ist. Wie denken Sie heute darüber?**

Ich komme damit gar nicht so viel in Berührung. Was wichtig ist, ist, dass jemand mit Herzblut für Patienten da ist. So wie das der Herr yx vom SPDi gemacht hat. Der hat sogar seine private Telefonnummer manchmal weitergegeben. So konnte er beruhigen und Konflikte entschärfen.

Der interessierte Leser kann verwendete Studienmaterialien (Leitfäden, Fragebögen etc.) bei den Autoren abfragen.

## 7.2 Auswertungen des Fragebogens zur Kooperation

Tabelle 1. Verteilung der Teilnehmer:innen nach Altersgruppen

Altersgruppe	N	%
20-29	4	4,2
30-39	20	21,1
40-49	34	35,8
50-59	26	27,4
60-69	10	10,5
70 und älter	1	1,1
<b>Gesamt</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Tabelle 2. Verteilung der Teilnehmer:innen nach Standort

Standort	N	%
Großstadt	22	23,2
Mittelstadt	38	40
Kleinstadt	26	27,4
Landstadt	9	9,5
<b>Gesamt</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Tabelle 3. Verteilung der Teilnehmer:innen nach Beruf

Beruf	N	%
Arzt/Ärztin	14	14,7
Pflegekraft	2	2,1
Psycholog:in	9	9,5
Sozialpädagog:in	51	53,7
Therapeut:in	2	2,1
Verwaltungsangestellte:r o. Beamtin	13	13,7
<b>Gesamt</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Tabelle 4. Verteilung der Teilnehmer:innen nach Anzahl der Kontakte zu Systemprüfer:innen

Kontakt zu Systemprüfer:innen	N	%
sehr oft	21	22,1
eher oft	22	23,2
teils/teils	26	27,4
eher selten	20	21,1
selten	6	6,3
<b>Gesamt</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Tabelle 5. Verteilung der Teilnehmer:innen nach Organisationen

Organisation	N	%
Psychiatrisches Krankenhaus/ PIA	21	22,1
Kreisverwaltung Soziales	16	16,8
ÖGD/Sozialpsychiatrischer Dienst	24	25,3
Einrichtung der Eingliederungshilfe	31	32,6
Betreuer:in	3	3,2
<b>Gesamt</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Tabelle 6. Führungsstile: deskriptive Statistik von 10 selektierten Items (n=93)

Item	Aussage	M (SD)	Med
1	Ich bin der Meinung, dass Systemprüfer:innen bei wichtigen Entscheidungen volle Freiheit gewährt werden sollte	4,2 (0,7)	4
5	Ich erlaube es Systemprüfer:innen, ihr eigenes Tempo in Eingliederung zu bestimmen	4,0 (0,8)	4
13	Ich komme mit dem Aufschub und der Unsicherheit der Systemprüfer:innen auf dem Weg zur Eingliederung gut zurecht	3,3 (1,1)	3
17	Ich gestatte es Systemprüfer:innen, bei der Lösung der Probleme ihr eigenes Urteilsvermögen einzusetzen	3,8 (0,8)	4
20	Bei der Arbeit mit Systemprüfer:innen nehme ich mir Zeit, um Ihre Pläne in Bezug auf die Zukunft zu erkunden	4,3 (0,7)	4
SS I.	Personenorientierung Sum Score I	19,6 (2,8)	19
7	Bei der Arbeit mit Systemprüfer:innen erstelle ich eine "To-do"-Liste mit den Aufgaben, die erledigt werden müssen	3,8 (1,1)	4
15	Bei der Eingliederung der Systemprüfer:innen achte ich auf den damit verbundenen Zeit- und Ressourcenaufwand, um andere Patient:innengruppen nicht zu benachteiligen	3,5 (1,1)	3
18	Bei der Arbeit mit Systemprüfer:innen lege ich einen Zeitplan fest, wann die Dinge erledigt werden müssen	4,4 (1,2)	4
21	Bei Eingliederungsmaßnahmen überzeuge ich Systemprüfer:innen davon, dass meine Vorschläge zu ihrem Vorteil sind	3,3 (1,1)	3
24	Psychiatrische Diagnosen sind zum Verständnis der Situation von Systemprüfer:innen hilfreich	4,0 (1,0)	4
SS II.	Aufgabenorientierung Sum Score II	18,1 (3,6)	18
<b>Total Score</b>		<b>37,7 (5,0)</b>	<b>38</b>

Abbildung 1. MDS Darstellung der Korrelationsmatrix (10 Items). Dimension 1: Links=Personenzentriert, Rechts=Aufgabenorientiert.

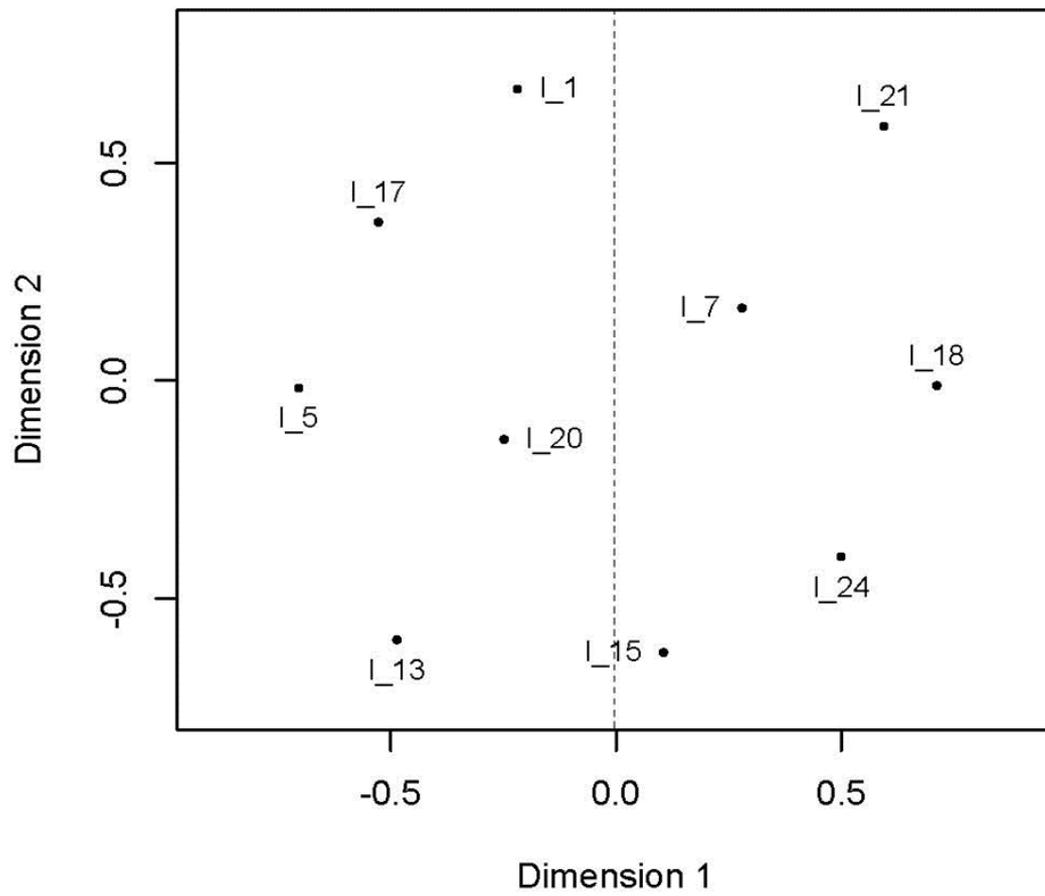


Abbildung 2. MDS Darstellung der Teilnehmer:innenverteilung mit K-Means Segmentierung (Blau=Clusters 1, Gelb=Cluster 2, Grau=Cluster 3).

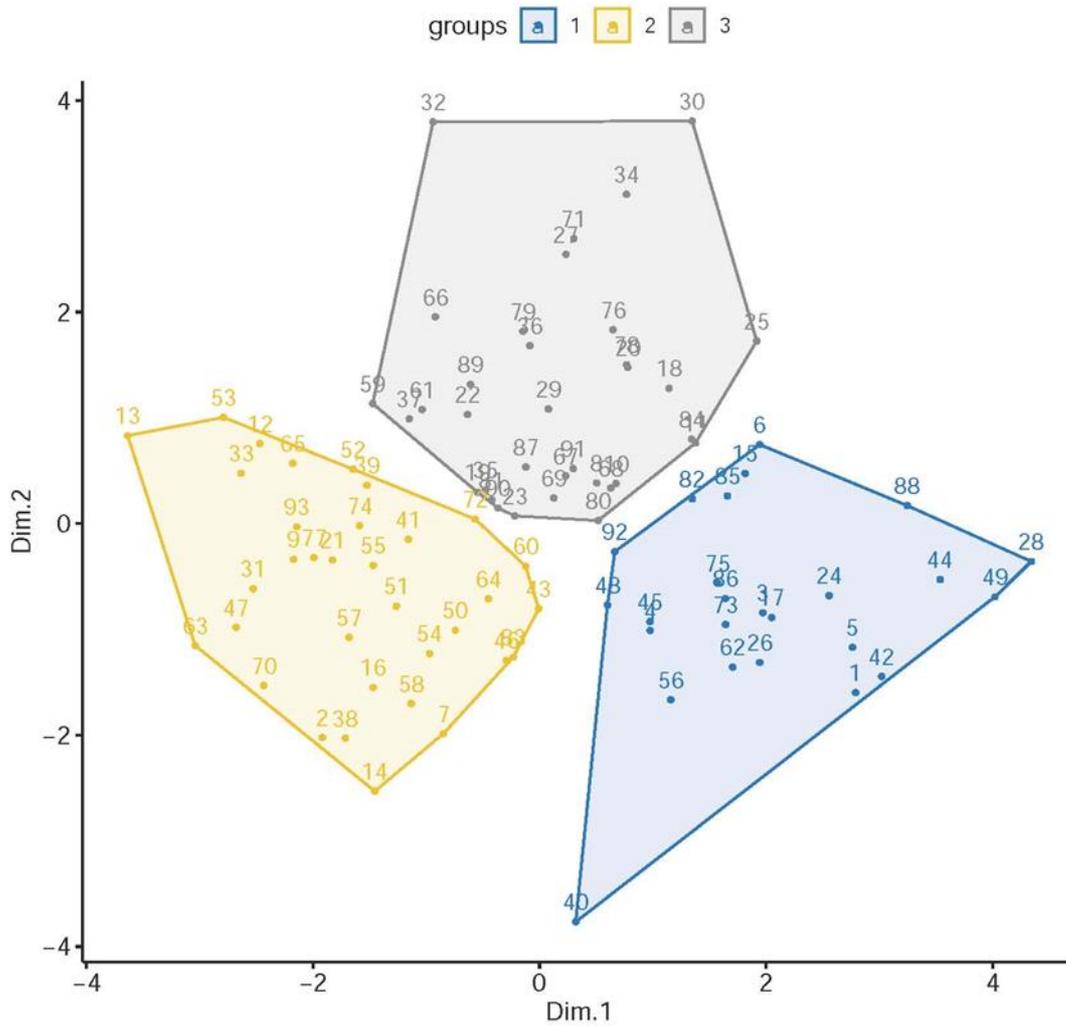


Tabelle 7. Personenzentrierter Führungsstil (n=93)

Item	Cluster 1	Med	Cluster 2	Med	Cluster 3	Med	KW Test (P Wert)	C1 vs C2 (P Wert)	C1 vs C3 (P Wert)	C2 vs C3 (P Wert)
	(n=25)		(n=34)		(n=34)					
	M (SD)		M (SD)		M (SD)					
Ich bin der Meinung, dass Systemprüfer:innen bei wichtigen Entscheidungen volle Freiheit gewährt werden sollte	3,8 (0,7)	4	4,2 (0,7)	4	4,5 (0,6)	5	<0,0001	0,03	0,0001	0,02
Ich erlaube es Systemprüfer:innen, ihr eigenes Tempo in Eingliederung zu bestimmen	3,4 (0,8)	3	4,0 (0,8)	4	4,4 (0,7)	4	<0,0001	0,0087	<0,0001	<0,05
Ich komme mit dem Aufschub und der Unsicherheit der Systemprüfer:innen auf dem Weg zur Eingliederung gut zurecht	2,6 (0,9)	3	3,2 (1,0)	3	3,9 (0,8)	4	<0,0001	0,0075	<0,0001	0,0016
Ich gestatte es Systemprüfer:innen, bei der Lösung der Probleme ihr eigenes Urteilsvermögen einzusetzen	3,3 (0,7)	3	3,9 (0,8)	4	4,2 (0,7)	4	<0,0001	0,0017	<0,0001	0,0428
Bei der Arbeit mit Systemprüfer:innen nehme ich mir Zeit, um Ihre Pläne in Bezug auf die Zukunft zu erkunden	3,6 (0,6)	4	4,4 (0,7)	5	4,7 (0,5)	5	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,0357
<b>Sum Score I</b>	<b>16,8 (1,7)</b>	<b>17</b>	<b>19,7 (2,3)</b>	<b>19,5</b>	<b>21,6 (2,0)</b>	<b>21,5</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>

Tabelle 8. Aufgabenorientierter Führungsstil (n=93)

Item	Cluster 1	Med	Cluster 2	Med	Cluster 3	Med	KW Test (P Wert)	C1 vs C2 (P Wert)	C1 vs C3 (P Wert)	C2 vs C3 (P Wert)
	(n=25)		(n=34)		(n=34)					
	M (SD)		M (SD)		M (SD)					
Bei der Arbeit mit Systemprüfer:innen erstelle ich eine "To-do"-Liste mit den Aufgaben, die erledigt werden müssen	2,9 (0,9)	3	4,5 (0,7)	5	3,8 (1,2)	4	<0,0001	<0,0001	0,0003	<0,0004
Bei der Eingliederung der Systemprüfer:innen achte ich auf den damit verbundenen Zeit- und Ressourcenaufwand, um andere Patient:innengruppen nicht zu benachteiligen	2,7 (0,6)	3	4,1 (0,9)	4	3,6 (1,1)	4	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,0146
Bei der Arbeit mit Systemprüfer:innen lege ich einen Zeitplan fest, wann die Dinge erledigt werden müssen	2,6 (1,2)	3	4,4 (0,7)	5	2,9 (0,8)	3	<0,0001	<0,0001	0,194	<0,0001
Bei Eingliederungsmaßnahmen überzeuge ich Systemprüfer:innen davon, dass meine Vorschläge zu ihrem Vorteil sind	3,2 (0,8)	3	4,1 (0,8)	4	2,7 (1,0)	3	<0,0001	<0,0001	0,0194	0,000
Psychiatrische Diagnosen sind zum Verständnis der Situation von Systemprüfer:innen hilfreich	3,1 (1,0)	3	4,8 (0,5)	5	4,0 (0,7)	4	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
<b>Sum Score II</b>	<b>14,4 (2,2)</b>	<b>14</b>	<b>21,9 (1,6)</b>	<b>22</b>	<b>16,9 (2,0)</b>	<b>17</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>

Tabelle 9. Unterschiede der Führungsstile nach den Clustern (n=93)

Führungsstil	Cluster 1	Med	Cluster 2	Med	Cluster 3	Med	KW Test (P Wert)	C1 vs C2 (P Wert)	C1 vs C3 (P Wert)	C2 vs C3 (P Wert)
	(n=25)		(n=34)		(n=34)					
	M (SD)		M (SD)		M (SD)					
Personenorientiert	16,8 (1,7)	17	19,7 (2,3)	19,5	21,6 (2,0)	21,5	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Sum Score I										
Aufgabenorientiert	14,4 (2,2)	14	21,9 (1,6)	22	16,9 (2,0)	17	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Sum Score II										
Ausprägung der Führung	31,2 (2,9)	32	41,5 (3,2)	41	38,5 (2,4)	38,5	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
<b>Total Score</b>										

Tabelle 10. Unterschiede der Führungsstile zwischen einzelnen Berufsgruppen (n=63)

Führungsstil	Arzt/ Ärztin (n=13)		Sozialpädagog:in (n=50)		KW-Test Wert	P Wert
	M (SD)	Med	M (SD)	Med		
Menschenorientiert	17,8 (2,4)	18	20,1 (2,6)	20	170	0,008
Sum Score I						
Aufgabenorientiert	17,4 (3,5)	18	18,2 (4,0)	18	283	0,479
Sum Score II						
Ausprägung der Führung	35,2 (4,6)	34	38,3 (5,3)	38	209	0,049
<b>Total Score</b>						

Tabelle 11. Mögliche Barrieren zu erfolgreichen Hilfen (n ≥90) 3=teils/teils, 4=eher relevant, 5=sehr relevant

Item Nr.	Barriere	M (SD)	Med	Item Nr.	Barriere	M (SD)	Med
1	Unvollständige gesetzliche Grundlagen in Bezug auf die Eingliederungshilfe	3,5 (1,1)	3	11	Überforderung der anderen Berufsgruppen bzw. Institutionen	3,9 (1,0)	4
2	Unvollständige gesetzliche Grundlagen in Bezug auf die medizinische Behandlung	3,5 (1,1)	3	12	Mangelndes Engagement der Helfenden im System	3,1 (1,1)	3
3	Mangel an Zusammenarbeit auf Augenhöhe von Kostenträger:innen und Leistungserbringer:innen	4,0 (1,1)	4	13	Zu viel Arbeit mit einzelnen Betroffenen	3,5 (1,0)	3
4	Mangelnde Förderung der Netzwerkarbeit durch Kostenträger:innen	3,9 (0,9)	4	14	Zu wenig Personal und dadurch mangelnde langfristige Beziehungsarbeit sowie Kontinuität der Hilfen in meinem eigenen Bereich	4,1(1,0)	4
5	Ausrichtung der Finanzierung nach Trägern bzw. Einrichtungen und nicht nach den Bedürfnissen der Betroffenen	4,0 (1,0)	4	15	Zu wenig Personal und dadurch mangelnde langfristige Beziehungsarbeit sowie Kontinuität der Hilfen bei den anderen Professionellen	4,2 (1,0)	4
6	Mangelnde Kooperation zwischen Akteuren der psychiatrischen Versorgung und des Systems der Eingliederungshilfe	4,1 (1,0)	4	16	Mangelnde Unterstützung durch Angehörige, Freund:innen, Nachbar:innen von Betroffenen	3,3 (0,9)	3
7	Zu viel Bürokratie bei der organisatorischen Umsetzung der Hilfen	4,4 (0,9)	5	17	Zu wenig niedrigschwellige Angebote für Beschäftigung und Tagesstruktur	4,2 (0,9)	5
8	Zu wenig Wissen über die Arbeitsweise, Kapazität und Regeln von anderen Akteuren im System	4,0 (1,0)	4	18	Probleme beim intrasektoralen und sektorübergreifenden beruflichen Austausch über Betroffene aufgrund der gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz	3,7 (1,1)	4
9	Mangelnde Einsicht über den Entwicklungsbedarf einzelner Betroffener	3,9 (0,9)	4	19	Zu wenig aufsuchende Hilfeangebote für die Betroffenen	4,1 (1,1)	4
10	Überforderung der eigenen Berufsgruppe bzw. meiner Organisation	3,6 (1,0)	4	20	Wenn die anderen Berufsgruppen und Einrichtungen ihren Job richtig machen würden, wäre den Systemprüfer:innen wirklich geholfen	2,7 (1,1)	3

Tabelle 12. Maßnahmen zur Verbesserung der Hilfe (n≥90) 4=eher relevant, 5=sehr relevant

Item Nr.	Maßnahme	M (SD)	Med	Item Nr.	Maßnahme	M (SD)	Med
1	Fort- und Weiterbildungen zu den Leistungsangeboten und Zuständigkeiten in der Region	4,4 (0,7)	5	10	Einsatz von Genesungsbegleiter:innen in der psychiatrischen Klinik	4,0 (0,9)	4
2	Fortbildungen mit Einbezug der Betroffenenperspektiven	4,4 (0,7)	5	13	Einrichtung von niedrigschwelligen Angeboten für Beschäftigung und Tagesstruktur	4,6 (0,6)	5
3	Fortbildungen zu rechtlichen Grundlagen	4,3 (0,7)	4	14	Einrichtung von sofort verfügbaren, niedrigschwelligen Angeboten für Beschäftigung, die auch entlohnt werden	4,4 (0,7)	5
4	Implementierung von trägerübergreifenden, regional organisierten Coachingrunden mit dem Ziel des gegenseitigen Austausches	4,3 (0,7)	4	15	Regionale Stärkung der Zusammenarbeit mit Akteuren und Diensten, die primär nicht Teil der psychiatrischen Versorgungslandschaft sind (Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienste, Ordnungsamt etc.)	4,6 (0,6)	5
5	Deeskalations- und Aktivierungstrainings in allen beteiligten Einrichtungen und Diensten	4,4 (0,8)	5	16	Einzelfallbezogene Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld der Betroffenen (Nachbarschaftsarbeit)	4,1 (0,8)	4
6	Regelmäßige Supervisionen in allen beteiligten Einrichtungen und Diensten	4,6 (0,7)	5	17	Einbezug der Angehörigen der Betroffenen in die interprofessionelle Versorgung	4,0 (0,9)	4
7	Einführung von regionalen Krisendiensten für die Betroffenen mit 24/7-Rufbereitschaft	4,4 (0,9)	5	18	Schriftliche Vereinbarung der psychiatrischen Leistungsanbieter zur Versorgungsverpflichtung in allen für die Eingliederungshilfe relevanten Bereichen (Behandlung, Eingliederungshilfe, Pflege, etc.)	3,9 (1,0)	4
8	Krisenzimmer bzw. Krisenwohnungen im Versorgungsgebiet	4,5 (0,8)	5	19	Regelmäßige Auswertung und Anpassung von individuellen Hilfe-/ Teilhabeplänen der Betroffenen	4,2 (0,8)	4

Item Nr.	Maßnahme	M (SD)	Med	Item Nr.	Maßnahme	M (SD)	Med
9	Geschlechterspezifische Betreuung der Betroffenen	3,6 (1,0)	3	20	Aufbau eines einrichtungsübergreifenden Gremiums zur Bestimmung des individuellen Hilfebedarfs (Hilfeplan-/ Teilhabekonferenz)	4,1 (1,0)	4
10	Berücksichtigung des Migrationshintergrunds der Betroffenen	4,2 (0,7)	4	21	Aufbau eines Gremiums zur regionalen Qualitätssicherung der Eingliederungsmaßnahmen	4,2 (0,8)	4
11	Einsatz von Genesungsbegleiter:innen im Sozialpsychiatrischen Dienst	4,0 (0,9)	4	22	Einsatz von Genesungsbegleiter:innen in der psychiatrischen Klinik	4,1 (0,8)	4

Tabelle 13. Arbeitsmotivation, -zufriedenheit und psychische Stabilität. Selektierte Items: deskriptive Statistik (n=81)

Item Nr.	Aussage	M (SD)	Med
1	Weil ich mich mit eigenem Stress bzw. persönlichen Problemen auseinandersetze, fällt mir die Arbeit leichter.	3,6 (1,0)	4
2	Religiöse bzw. spirituelle Überzeugungen stärken mich bei meiner Arbeit.	2,2 (1,2)	2
4	Bei meiner Arbeit stärkt mich die soziale Anerkennung von Kolleg:innen, Patient:innen oder Angehörigen.	3,7 (0,9)	4
5	Humanistische Überzeugungen erleichtern mir die Arbeit (ich mag Menschen, ich kann einfach gut mit Menschen etc.).	4,1 (0,8)	4
<b>Sum Score I</b>	<b>Rückgriff auf persönliche Ressourcen</b>	<b>13,7 (2,3)</b>	<b>13</b>
6	Meine Arbeit wird vorwiegend von der Überzeugung, anderen Menschen helfen zu wollen aufrechterhalten.	3,6 (0,9)	4
8	Ich halte mich für psychisch stabil.	4,1 (0,7)	5
9	Ich halte mich für einen sozialen, hilfsbereiten Menschen.	4,3 (0,5)	4
10	Ich halte mich für ausreichend psychisch gesund, um meiner Tätigkeit professionell nachkommen zu können.	4,4 (0,7)	4
11	Ich bin dankbar, in einem helfenden Beruf zu arbeiten.	3,8 (1,1)	4
12	Im Großen und Ganzen bin ich mit meiner Arbeit zufrieden.	4,1 (0,7)	4
13	Ich kann mir in meinem Leben kaum was anderes / nichts anderes als einen helfenden Beruf vorstellen.	3,1 (1,1)	3
14	Ich habe meinen Beruf gewählt, weil ich anderen Menschen helfen wollte.	3,7 (1,0)	4
<b>Sum Score II</b>	<b>Affirmationen als Instrument der Hilfe</b>	<b>31 (4,1)</b>	<b>31</b>
	<b>Total Score</b>	<b>44,7 (5,3)</b>	<b>45</b>

Abbildung 3. Rückgriff auf persönliche Ressourcen und Affirmationen. MDS-Darstellung der Korrelationsmatrix (12 Items). Dimension 1: Links=Rückgriff auf persönliche Ressourcen, rechts =Affirmationen.

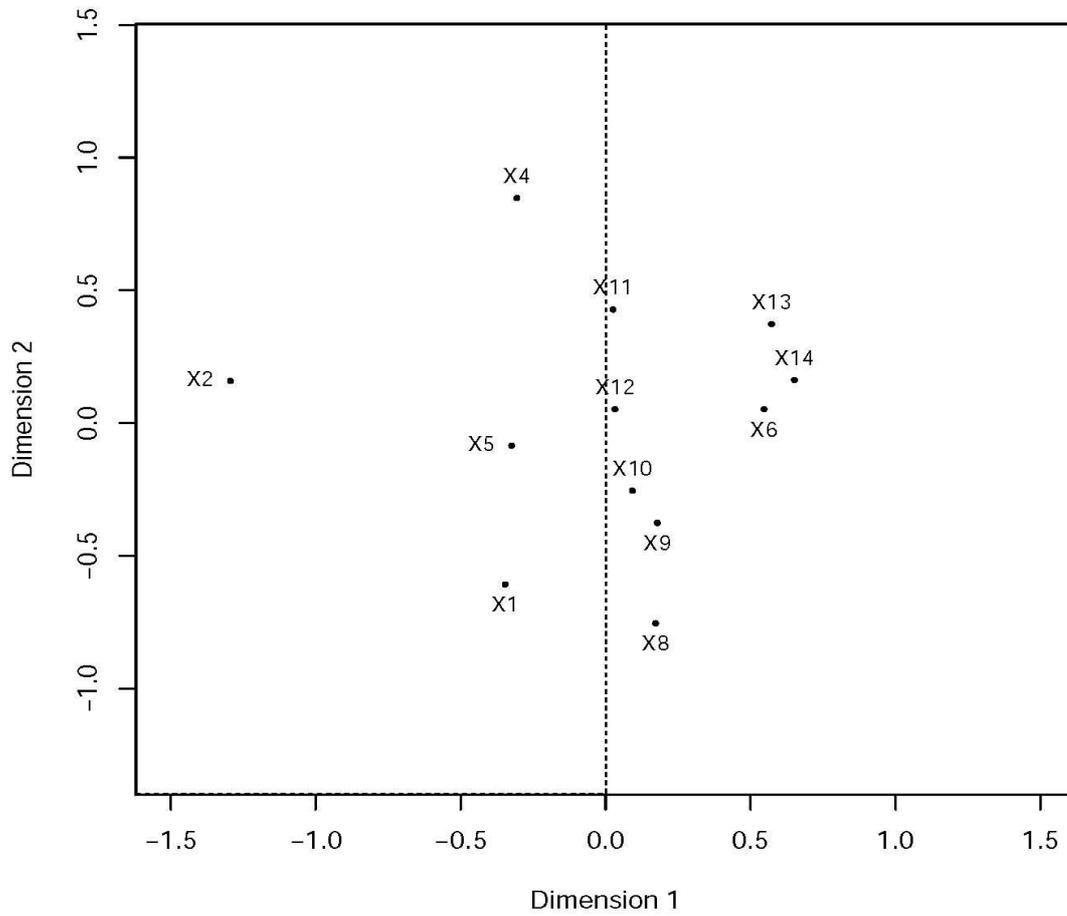


Abbildung 4. Sicht auf Systemprüfer:innen. MDS-Darstellung der 46 Fragebogenitems mit K-Means Segmentierung. Blau=Clusters 1, Gelb=Cluster 2.

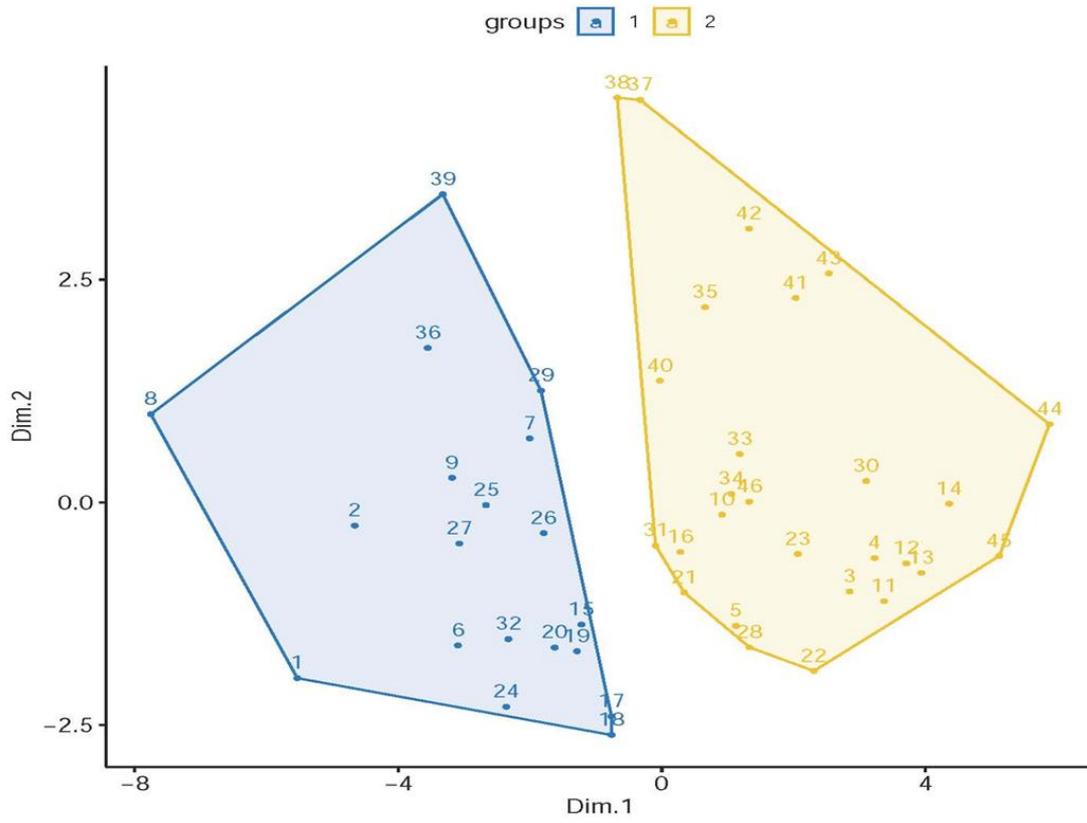


Tabelle 14. Sicht auf Systemprüfer:innen. „Medical Disease“-Cluster/ Subskala (27 Items)

Item Nr.	Aussage: Systemprüfer:innen...	Item Nr.	Aussage: Systemprüfer:innen...
3	... sind aufgrund ihrer phasenweisen starken psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen biographisch benachteiligt	31	... haben unrealistische Erwartungen an andere
4	... leiden unter starken psychischen Symptomen	33	... ordnen sich nicht in Gruppen ein
5	... zeigen selbstschädigendes Verhalten	34	... sind nur von wenigen Menschen ansprechbar / erreichbar
10	... verhalten sich akut impulsiv	35	... lösen bei anderen Personen Angst aus
11	... hatten/haben massive familiäre Probleme	37	... hatten bereits Zwangseinweisungen in der Vergangenheit
12	... hatten/haben massive berufliche Probleme	38	... hatten Erfahrungen mit Fixierung in Psychiatrischen Krankenhäusern
13	... hatten/haben massive finanzielle Probleme	40	... sehen sich schnell in die Ecke gedrängt
14	... hatten/haben massive Probleme eine eigene Wohnung zu finden oder zu halten	41	... haben öfter die Einrichtung gewechselt
16	... zeigen keine Einsicht in das medizinische Krankheitsmodell	42	... überfordern die Mitarbeiter:innen der Psychiatrie
21	... verstehen Drogenkonsum als Hilfe oder Bewältigungsstrategie	43	... überfordern die Mitarbeiter:innen der Eingliederungshilfe
22	... haben Probleme aufgrund der Nichtpassung der Einrichtung	44	... brauchen wiederholte, freundliche und geduldige Ansprache
23	... hatten traumatisierende Erlebnisse in der Kindheit	45	... hätten schon früher aufsuchende Beratung und Behandlung gebraucht
28	... sind frustriert, dass keine in ihren Augen sinnvolle Therapie (Psychotherapie etc.) stattfindet	46	... werden regelmäßig missverstanden
30	... sind oft enttäuscht worden		

Tabelle 15. Sicht auf Systemprüfer:innen. „Moral Defect“-Cluster/ Subskala (27 Items)

Item Nr.	Aussage: Systemprüfer:innen...	Item Nr.	Aussage: Systemprüfer:innen...
1	... haben aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung ein niedriges Bildungsniveau	20	... haben ihre Probleme weniger aus medizinischen Gründen aufgrund ihres Drogenkonsums
2	... sind auch kognitiv beeinträchtigt	24	... empfinden ihre Probleme als durch traumatisierende Behandlung bedingt
6	... zeigen akut suizidales Verhalten	25	... lehnen alle Medikamente zur Behandlung der psychischen Störung ab
7	... zeigen fremdgefährdendes Verhalten	26	... lehnen Neuroleptika zur Behandlung der psychischen Störung ab
8	... sind sexuell übergriffig	27	... lehnen Tranquilizer zur Behandlung der psychischen Störung ab
9	... zeigen strafbare Verhaltensweisen	29	... sind wenig kooperativ
15	... sehen sich als Opfer	32	... nehmen exzessiv psychoaktive Substanzen (Alkohol, illegale Drogen, Medikamente)
17	... sehen ihre Probleme weniger medizinisch als biographisch bedingt	36	... haben einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit anderer Klienten
18	... haben ihre Probleme weniger aus medizinischen Gründen als aufgrund ihrer Biographie	39	... spalten das Mitarbeiterteam
19	... haben ihre Probleme weniger aus medizinischen Gründen als aufgrund ihres dissozialen Verhaltens		