

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Stefan Pospiech, Geschäftsführer
E-Mail: 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

Verzahnung der psychiatrischen Versorgung mit dem System der Eingliederungshilfe

Projektbericht zur Vorlage beim MSGIV



15. Februar 2022

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

Titelbild: Wortwolke, die aus der Verschriftung der drei Fokusgruppen der Studie gewonnen wurde. Die Größe der Wörter signalisiert Häufigkeiten im Gebrauch (erstellt mit ATLAS.ti 22)

Inhalt

1	Hintergrund	4
2	Projektziele.....	5
3	Methoden	6
4	Ergebnisse	7
4.1	Die Betroffenenengruppe	8
4.2	Hilfen für psychisch kranke Menschen passend machen	11
4.2.1	Wo die stationäre psychiatrische Behandlung an Grenzen stößt.....	11
4.2.2	Eingliederungshilfe und Bundesteilhabegesetz – Gehen diese Hilfemöglichkeiten an Bedarf und Bedürfnissen unserer Zielgruppe vorbei?	12
4.2.3	Tauziehen um Ressourcen zwischen Sozialhilfe und den Einrichtungen, die die EGH realisieren	14
4.2.4	Vernetzung und gemeindepsychiatrische Strukturen.....	16
4.3	Lebensverläufe – Systemsprenger wird man über Jahre	19
4.4	Was die Passung zwischen Hilfen und Personen erleichtert oder erschwert	20
4.4.1	Das Engagement der Helfenden	20
4.4.2	Soziale Ressourcen, Wohnen und Beschäftigung	22
4.4.3	Weitere Faktoren, die eine Passung oder Nichtpassung zwischen Personen und Hilfesystem beeinflussen	23
4.5	Ein Modell des Handelns von sogenannten Systemsprengern	25
5	Ausblick.....	26
5.1	Projektfortsetzung 2022 - Die Perspektive der Betroffenen	26
5.2	Ansätze für Lösungsvorschläge der Versorgungsproblematik	27
6	Zusammenfassung der Ergebnisse	30
7	Literatur.....	32
8	Anlage.....	33

1 Hintergrund

Das MSGIV hat 2021 die Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. mit einem Zuwendungsbescheid gefördert, um das Projekt „Verzahnung der psychiatrischen Versorgung mit dem System der Eingliederungshilfe“ in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Brandenburg durchzuführen. Das Projekt soll einen Beitrag für folgende, übergeordnete Ziele leisten:

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

In dem Projekt werden zentrale Ziele des MSGIV in den Bereichen Psychiatrie und Eingliederungshilfe ersichtlich, die auch im Interesse der Kooperationspartner stehen: bedarfsgerechte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg, Ermöglichung einer selbstbestimmten Lebensführung und Prüfung innovativer Versorgungsmodelle, die dezentral und sozialraumorientiert sind und die Unterbringungen reduzieren.

Im Laufe des Jahres 2021 wurde die Ausgangslage in Brandenburg analysiert. Dabei wurde der Fokus auf Patientengruppen (>18 Jahre) gerichtet, die als sogenannte Systemsprenger auffallen, und möglicherweise nicht bedarfsgerecht versorgt werden. Als erster empirischer

Zugang wurden verschiedene Akteur:innen der psychosozialen Versorgung gebeten, die Problematik aus ihrer Sicht und ihren Erfahrungen einzuschätzen.

Der gewählte Projekttitel „Verzahnung...“ legt nahe, dass die Erwartung besteht, durch eine engere Verzahnung der (akut-) psychiatrischen Versorgung und der Eingliederungshilfe Versorgungsdefizite der betroffenen Patientengruppen verringern zu können. Als Hintergrund kann man eine in Brandenburg langandauernde Diskussion sehen, wie mit einer kleinen, aber in der Versorgung aufwändigen Gruppe von Patient:innen umgegangen werden kann, die als sogenannte Systemsprenger in Erscheinung treten.

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.

2 Projektziele

Das Projekt beabsichtigte in dieser Arbeitsphase a) einen Überblick über die verschiedenen international gehandhabten Modelle zur Versorgung von Menschen mit sehr hohem und komplexem Hilfebedarf (siehe nähere Erläuterung der Klientel) zu generieren.

Parallel dazu erfolgte b) eine qualitative Erhebung der Ausgangslage im Land Brandenburg durch Befragung wesentlicher Akteur:innen der Versorgung. Es sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Perspektive die Helfenden auf die bezeichnete Gruppe von Menschen haben und wie die Versorgung beschrieben und bewertet wird.

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

Vor dem Hintergrund der Diskussion in der Steuerungsgruppe des Projektes, bestehend aus Vertreter:innen des MSGIV sowie der Kooperationspartner“ am 5. Mai 2021 wurde die zentrale Fragestellung im Projekt angepasst. Es bestand Konsens darüber, dass eine präzisere Beschreibung der gesamten Problematik einer Lösungssuche zur Verbesserung der Versorgung

vorausgehen soll. So heißt es im Protokoll der Steuerungsgruppe: „**Im Projekt soll es darum gehen, das Problem zu verstehen und nicht darum, konkrete Vorschläge zur Lösung zu erarbeiten. Diese Frage könnte in einem weiteren Projekt bearbeitet werden.**“ (S. 2)

3 Methoden

Um die Forschungsfrage(n) adäquat bearbeiten zu können, wurde zunächst eine wissenschaftliche Recherche zu Fachpublikationen über sogenannte Systemsprenger durchgeführt. Für den empirischen Teil des Projekts wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Expert:innen von Verwaltung, Versorgung (psychiatrisch, Eingliederungshilfe) Interessenvertretungen von Betroffenen und Angehörigen sowie Experten von außerhalb Brandenburgs wurden zu drei themenzentrierten Fokusgruppen eingeladen. Mit diesem methodischen Vorgehen war eine frühzeitige und mitgestaltende Einbeziehung der im fokussierten Kontext Handelnden möglich. Der explorative Charakter der Studie wie auch das Forschungsinteresse machten ein qualitatives Design erforderlich: *Wie* sehen die Akteur:innen die Gruppe der Betroffenen? *Welche* Faktoren leiten die Akteur:innen in ihrem Handeln? *Was* wird als günstig oder weniger günstig für eine gelingende Versorgung betrachtet? Wie sieht die Passung bzw. wie sehen die Passungsprozesse¹ zwischen Betroffenen und Versorgungssystem aus?

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

Die Ansprache zur Teilnahme an den Fokusgruppen erfolgte durch die Projektpartner, wodurch eine Einbindung aller Ebenen sichergestellt werden konnte. Schließlich wurden so

¹ 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.

eine Reihe von Expert:innen gewonnen: Sozialverwaltung der kommunalen und Landesebene, Leistungserbringer:innen in der EGH, Psychiater:innen aus der stationären Versorgung, SPDi, Betreuer:innen, Vertreter von Angehörigen und Psychiatrieerfahrene.

Tabelle 1: Teilnehmende der drei Fokusgruppen

Bereich	Anzahl
Leitungen Psychiatrischer Kliniken	2
EGH LASV, Sozialamt, -dienst / LASV	4
Heime / Einrichtungen / Betreuende	3
Vertreter Betroffene und Angehörige	2
Sozialpsychiatrischer Dienst	1
Experten von außerhalb Brandenburgs (Einrichtungen, Psychiatrie; Sozialverwaltung EGH)	3

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

Die Analyse orientierte sich an bewährten Methoden von Mayring, Kuckartz und Schmidt (Mayring 2008, Kuckartz 2010, Schmidt 2008). Zur Unterstützung der Auswertung wurde die Software MAXQDA genutzt. Die Daten wurden gemeinsam in der Studiengruppe analysiert und interpretiert (Steinke 2008). Ein ausreichender Einbezug von Betroffenen und deren Angehörigen konnte in dieser Projektphase noch nicht realisiert werden.

4 Ergebnisse

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

- Charakterisierungen der Personen, die die Helfenden als Systemsprenger charakterisieren;

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

Die inhaltsanalytische Auswertung führte zu fünf Hauptkategorien (Abb. unten), d.h. die meisten Redebeiträge ließen sich diesen Kategorien zuordnen. An erster Stelle steht die Passung / Nichtpassung von Hilfeangeboten. An zweiter Stelle in den Häufigkeiten finden sich Erörterungen der Klientel bzw. der Betroffenen. 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. Eine ausführliche Darstellung der Codes und Kategorien der Auswertung findet sich im Anhang.

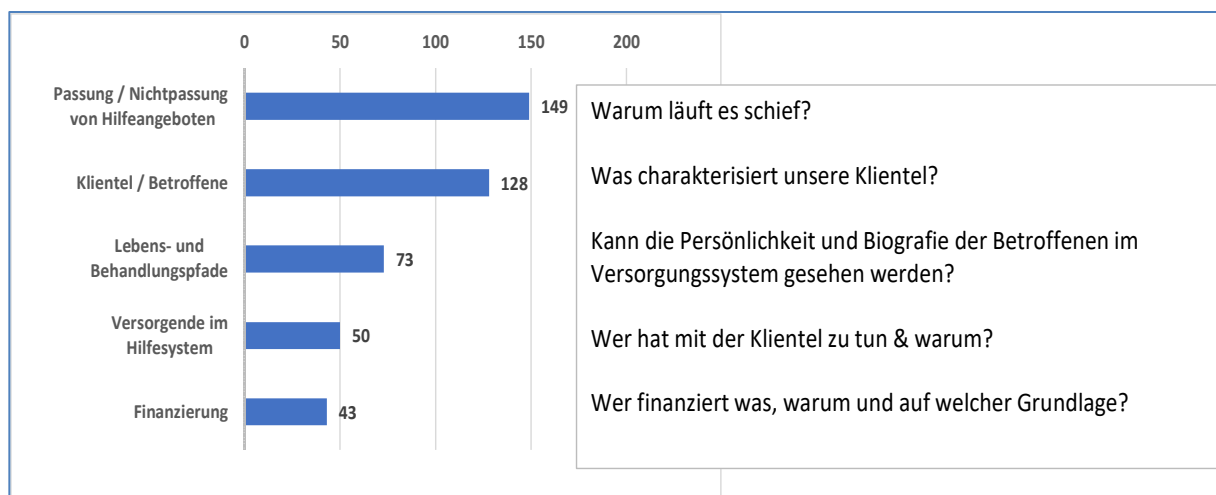


Abbildung 1: Die Hauptkategorien aus der Auswertung der drei Fokusgruppen – Häufigkeiten und Leitfragen

4.1 Die Betroffenenengruppe

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

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

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

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

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

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

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

... wir haben den Begriff der Systemsprenger durch den Begriff der Netzprüfer ersetzt, weil all die Menschen, die uns damals herausgefordert haben, uns immer an der Stelle herausgefordert haben, wo es darum ging gut miteinander zusammenarbeiten zu können und wenn uns das gelungen ist, gut miteinander zusammenarbeiten zu können, dann haben wir damals eigentlich wirklich fast alle Menschen versorgen können. ...

Netzprüfer erkennen wir immer daran, wenn wir nicht gut im Hilfesystem zusammenarbeiten. Das hat wesentlich mehr mit unseren Kooperationsformen als mit individuellen Merkmalen der Patienten zu tun (Leistungserbringer:in EGH).

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

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

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

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

- Schwer dementiell Erkrankte
- ältere Menschen, die in Pflegeeinrichtungen nicht aufgenommen werden, weil sie sich nicht an Regeln halten
- zurückgezogene (junge) Menschen, die nichts wollen, die Hilfen ablehnen. Oft werden sie von Angehörigen unterstützt
- Personen, sich nicht um sich selbst kümmern, sich vernachlässigen und vernachlässigen lassen
- 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 Hilfen für psychisch kranke Menschen passend machen

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

4.2.1 Wo die stationäre psychiatrische Behandlung an Grenzen stößt

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

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

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

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

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

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen ist seit 2017 in Stufen in Kraft getreten. Der Gesetzgeber hatte das Ziel, Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) umzusetzen und dabei mehr Nutzerorientierung und Zugänglichkeit sowie eine höhere Effizienz der deutschen Eingliederungshilfe zu erreichen. Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden. Hierbei werden die Leistungen in Typen klassifiziert.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

4.2.3 Tauziehen um Ressourcen zwischen Sozialhilfe und den Einrichtungen, die die EGH realisieren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.4 Vernetzung und gemeindepsychiatrische Strukturen

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

... Dienste und Einrichtungen in der Region H, benachrichtigen den SPDi, wenn ein junger Patient die Betreuung beendet und abgebrochen hat, ohne dass die weitere Versorgung trotz entsprechender Notwendigkeit gesichert ist. Dann wird eben in dem Moment der zuständige sozialpsychiatrische Dienst verständigt und dort gibt es dann eine Bezugsperson, die langfristig ansprechbar ist für den Klienten und alle Beteiligten im System, und der sich darum bemüht, auch über Sektorengrenzen hinaus diesen Patienten nicht aus den Augen zu verlieren. Und wir haben das auch versucht zu messen über die regionale 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 SPDi kommt auch daher, dass diese Institution Personen aktiv aufsuchen kann und soll. Der SPDi 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, allerdings ohne zwingend verbindlich zu sein.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Als weiteres Beispiel sei die Kontaktpflege und -suche zu Maßnahmeträgern 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.

4.3 Lebensverläufe – Systemsprenger wird man über Jahre

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

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

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

Die „Karrieren“² 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,

² In der Medizinsoziologie wird von Krankenkarrerien gesprochen und damit betont, dass der Verlauf von Krankheiten auch durch soziale Prozesse, Erwartungen und Stigmatisierungen bestimmt wird

der ein Dreivierteljahr geschlossen untergebracht auf einer Aufnahmestation ist, dann ist der traumatisiert für den Rest seines Lebens, muss man auch mal so sagen. Dann wird es ganz schwer, das nochmal anders mit ihm zu bearbeiten (Leistungserbringer:in EGH).

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

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

4.4 Was die Passung zwischen Hilfen und Personen erleichtert oder erschwert

Übergreifend werden **langfristige Beziehungsarbeit und Kontinuität** als Voraussetzungen für gelingende psychosoziale Arbeit betont. Beziehungsabbrüche verstärken die Probleme. Wo im Versorgungssystem eher eine Fallorientierung maßgeblich ist, bei der Beginn und Ende der Fallarbeit klar abgegrenzt sind, wird die langfristige Beziehungspflege schwerer gelingen. Vom Ansatz her kann ein SPDi eher Kontinuität in der Beziehung leisten (vgl. Kap. 4.2.4).

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

4.4.1 Das Engagement der Helfenden

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

... Wir haben alle dasselbe Ziel, nämlich mit den Menschen zusammen zu überlegen und dann eben nicht zu sagen, da stehen unterschiedliche Fronten zueinander, sondern genau zu sagen: Okay, wir sitzen ja alle im selben Boot, wir kommen jetzt mit

einer Situation nicht weiter und wir müssen uns gemeinsam überlegen, was können wir für die Personen tun.

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

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

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. Das ist also auch ganz stark an den Willen und den Wunsch der Mitarbeiter geknüpft, inwieweit sie ihre Arbeit verstehen, verstehen wollen und ausfüllen (EGH Landkreis).

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 Pflegeteam sozusagen

sich dauernd Schläge abholen muss, weil sie natürlich auch nicht dauernd den Betroffenen in einer Dauerfixierung haben wollen, dann ist irgendwann auch bei einem Team die Luft raus (Leitung einer psychiatrischen Klinik).

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

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

4.4.2 Soziale Ressourcen, Wohnen und Beschäftigung

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

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

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

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

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

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

Finanzierung von Maßnahmen und Behandlung:

- Für die Finanzierung von Maßnahmen muss die Person zur Maßnahme passen. Das passt ggf. auch nicht.
- Um die Finanzierung einer Maßnahme zu erhalten, müssen Anträge gestellt werden. Dies kann ein großes Hindernis sein.
- Um einen Antrag zu stellen, muss eine Person dazu intellektuell und emotional in der Lage sein. Es kann sein, dass dies in der Krise nicht möglich ist.
- Anträge können auch von Helfenden gestellt werden. Hierfür ist jedoch ein Vertrauensverhältnis zwischen Person und Helfendem notwendig.
- Finanzierung setzt auf das Prinzip fördern und fordern. Als Gegenleistung wird Anpassung an das Versorgungssystem gefordert.
- Als Voraussetzung für die Gewährung von Finanzierung wird eine grundlegende emotionale Stabilität gefordert.
- Von der Antragstellung bis zur Mittelvergabe können einige Wochen bis Monate vergehen. Schnelle Lösungen für Wohnen, Betreuung und Beschäftigung sind nur schwer möglich.
- Finanzierung ist oft auf den Träger- bzw. der Einrichtung und nicht an der Person orientiert.

- Die Behandlung von Suchterkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen läuft nicht über die gleichen Träger und somit nicht über die gleiche Finanzierung. Das macht eine Behandlung von Personen, die von beidem betroffen sind, kompliziert oder nicht möglich.
- Mischfinanzierungen sind aufwändig und problematisch.
- Finanzierung ist dann eher möglich, wenn die geplante Intervention „Erfolg“ verspricht. Bei der hier im Mittelpunkt stehenden Personengruppe ist dies schwer vorherzusagen und schwer zu messen.

Institutionen im Hilfesystem:

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

Personale Faktoren:

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

4.5 Ein Modell des Handelns von sogenannten Systemsprengern

In den FG wurden viele Aspekte angesprochen, die mit der Problematik zusammenhängen, dass eine Gruppe von Menschen in Krisen keine ausreichende Versorgung erhält und gleichzeitig für das Hilfesystem als Stress erlebt wird. Um die verschiedenen Aspekte zu ordnen, wurde ein Handlungsmodell entworfen, in dessen Mittelpunkt das problematische Handeln steht (C-Modell in der Grounded Theory Methode nach Glaser 1978, Abb.1). Das problematische Handeln steht im Kontext von Ursachen, Bemühungen des Hilfesystems und des sozialen Umfeldes, den sozialen und gesetzlichen Rahmenbedingungen und den Konsequenzen. Schließlich können die Konsequenzen wiederum in einer Schleife zu Ursachen und Anlässen des problematischen Handelns werden. Alle Teile des Modells um den Kern „problematische Handlungen“ herum können zur Abmilderung oder Verschärfung der Problematik führen. Die Teilnehmer:innen unserer FG nannten hierzu viele Sachverhalte. Einige davon wurden zur Illustration in der Abbildung aufgenommen. Das Modell liefert keine Erklärung der Problematik, erlaubt aber die vielen Facetten der Beschreibung zu ordnen.

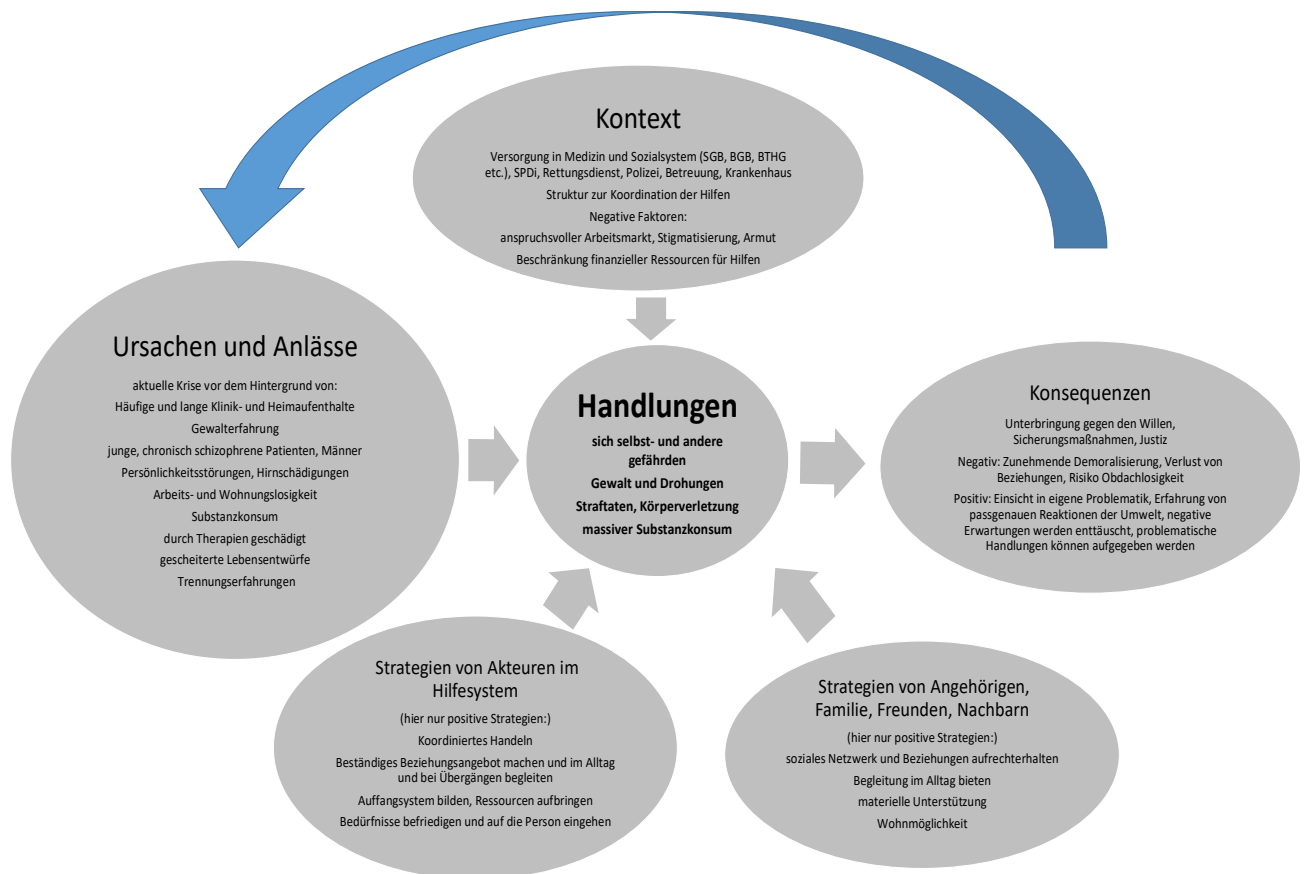


Abbildung 3: Modell des Handelns von Personen, die als Systemsprenger o.ä. bezeichnet werden im Zusammenhang mit Ursachen / Anlässen, Konsequenzen, Rahmenbedingungen und Strategien von Hilfesystem und sozialem Umfeld

5 Ausblick

5.1 Projektfortsetzung 2022 - Die Perspektive der Betroffenen

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

ehemalige Betroffene befragt werden, d.h. Menschen, die sowohl Erfahrungen mit Unterbringungen gegen ihren Willen haben wie auch mit Maßnahmen der Eingliederungshilfe.

Für die Befragung von Betroffenen wurden bereits Vorarbeiten geleistet. Das Design der Studie wurde festgelegt. Ein (aufwändiger) Ethikantrag wurde vorbereitet und gestellt. Die Ethikkommission der MHB hat den Antrag bereits geprüft und befürwortet.

Nach Auswertung der Interviews mit ehemaligen Betroffenen werden die Ergebnisse der Expertenperspektive mit den Ergebnissen der Betroffenen-Befragungen in Verbindung gesetzt. Die Forschungsergebnisse werden die Erkenntnisse über den Umgang mit sogenannten Systemsprengern bereichern und Möglichkeiten für Verbesserungen aufzeigen, die schließlich sowohl der Personengruppe wie auch den Akteur:innen im Hilfesystem zu Gute kommen können.

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

5.2 Ansätze für Lösungsvorschläge der Versorgungsproblematik

Wenngleich die Analyseschritte, wie oben beschrieben, noch nicht abgeschlossen und vor allem noch nicht um die Sichtweise der Betroffenen ergänzt sind, kann bereits jetzt die Richtung möglicher Ansätze beispielhaft grob skizziert werden. Gliedern kann man diese nach den Kategorien der qualitativen Analyse.

Versorgende

Die Frage der Motivation der Versorgenden ist noch weitgehend ungeklärt und dennoch enorm einflussreich auf die Versorgungssituation. Häufig sind es Einzelinitiativen höchst engagierter Mitarbeiter*innen, die zu individuellen Lösungsansätzen für die Betroffenen führen. Inwieweit die eigene Zufriedenheit in der Arbeit mit geglückten Begleitungen zusammenhängt und wie

Frustration vermieden werden kann, könnte Gegenstand einer **trägerübergreifenden, regional organisierten Coachingrunde** werden, die die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften ergänzt und stärkt. Hier sollte ohne das Label einer Fortbildung oder eines offiziellen Rahmens gegenseitiger Austausch, Stärkung und gegebenenfalls auch das Loslassen von Einzelkämpferrollen ermöglicht werden. Da die Haltung der Versorgenden häufig institutsbezogen und wenig vermittelt mit Haltungsweisen anderer Akteure bzw. auch den Erwartungen der Betroffenen ist, sollten diese Coachingsrunden zur Entwicklung gemeinsamer Sichtweisen ergänzend in **trialogischer Besetzung** durchgeführt werden.

Lebens- und Behandlungspfade

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

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

Hilfekonzeptionen sollten daher nicht auf diese Momentaufnahmen ausgerichtet sein. Die Berücksichtigung der Biografie der Betroffenen ist konzeptionell zu verankern. Dies sollte Gegenstand von **Fortbildungen mit Einbezug von Betroffenenperspektiven** werden. Das Schulungskonzept einer solchen Fortbildung sollte partizipativ entwickelt werden.

Passung-Nichtpassung

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

Wünschenswert wäre eine **flächendeckende und ausreichend finanzierte Koordination der Hilfen durch den sozialpsychiatrischen Dienst**. Eine mögliche Ergänzung der personellen Ausstattung des sozialpsychiatrischen Dienstes wäre der Einsatz von Genesungsbegleiter:innen.

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

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

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

Institutionelle Rahmenbedingungen/ Finanzierung

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

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

Viele Personen des beschriebenen Betroffenenkreises haben aversive Erfahrungen mit klassischen Versorgungsroutinen gemacht und lehnen die Behandlung im Krankenhaus, auch ambulant, ab. Hier sollten lebensweltbezogene Ansätze, vor allem die Behandlung in der Häus-

lichkeit der Patient:innen ausgebaut werden. Dazu kann der **§116d SGB-V (StäB)** durch weitere Kliniken in Anspruch genommen werden. Dabei sollten regionale Leistungserbringer der Eingliederungshilfe beteiligt werden.

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

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

6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der empirische Teil des Projekts wurde mit drei Fokusgruppen im Sommer 2021 durchgeführt, an denen insgesamt 15 Expert:innen der psychosozialen Versorgung teilnahmen. Wesentliche Ergebnisse sind:

- Die Zuschreibungen aus der Fachliteratur („Systemsprenger“ etc.) werden einerseits bestätigt (u.a. psychiatrische Diagnosen, Gewalt gegen sich und andere, Konsum von psychotropen Substanzen, Manipulation und Belästigung), andererseits werden aber auch Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit, Isolation und Wohnungsverlust als soziale Probleme betont. Hinzu kommen Schäden, die erst durch gescheiterte Hilfen entstanden sind („schlechte Psychotherapie“ und lange Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken). Als wichtige Gemeinsamkeiten werden starker Substanzkonsum bzw. Sucht und in vielen Fällen eine kognitive Beeinträchtigung betont.
- Die Expert:innen waren sich einig darüber, dass diagnostische Kategorien und der Fokus auf Eigenschaften der Personen zu kurz greifen. Die Problematik ist nicht auf Ursachen in der („kranken“ oder „abweichenden“) Person oder in psychiatrischer Behandlung bzw. Eingliederungshilfe zurückzuführen, sondern das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels verschiedener Faktoren über die Zeit. Hierbei wirkt die Qualität der Kooperation und Koordination zwischen stationärer Psychiatrie und Eingliederungshilfe als Moment des Gelingens oder Scheiterns.
- Übergreifend werden langfristige Beziehungsarbeit und Kontinuität als Voraussetzungen für gelingende psychosoziale Arbeit hervorgehoben. Wo im Versorgungssystem eher eine Fallorientierung maßgeblich ist, bei der Beginn und Ende der Fallarbeit klar abgegrenzt sind, wird die langfristige Beziehungspflege schwerer gelingen. Vom Ansatz her kann ein SPDi eher Kontinuität in der Beziehung leisten.

- Für eine Verzahnung von psychiatrischer Versorgung und Eingliederungshilfe gibt es in Brandenburg noch keine ausreichenden Strukturen, die eine verpflichtende Kooperation und Koordination für die Behandlung und Betreuung sicherstellen. Vielfach liegt es am individuellen Engagement von Mitarbeitenden aus Kliniken, Kommunen und Einrichtungen, eine informelle Kooperationsstruktur herzustellen.
- Mit dem BTHG sollen Teilhabe, Selbstbestimmung und Nutzerorientierung in der EGH bestimmend werden. Für chronisch und schwer psychisch Kranke bzw. Behinderte sind aber die Ansprüche bei einer Antragstellung hoch. Für die sogenannten Systemsprenger werden Voraussetzungen an Gemeinschaftsfähigkeit und der Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu formulieren, gemacht, denen diese Personen eben noch nicht genügen.
- Zwischen den Kostenträgern der EGH und den Einrichtungen, die Betreuung realisieren können, gibt es ein Tauziehen um die Finanzierung der Leistungen. Es geht beispielsweise um Einstufungen und Einzelvereinbarungen. Einigkeit besteht darüber, dass die gemeinsame Beratung von Konzepten und Einzelfällen notwendig sind.
- In der vorliegenden Studie wurde die Problematik „Systemsprenger“ allein in der Perspektive der Akteure im Versorgungssystem bearbeitet. Eine wesentliche Vervollständigung unserer Ergebnisse wird erst durch den Einbezug der Betroffenen erwartet. Menschen, die sowohl Erfahrungen mit Unterbringungen gegen ihren Willen wie auch mit Maßnahmen der Eingliederungshilfe haben, sollen in einer zweiten Forschungsphase befragt werden.

7 Literatur

- Fleischmann, H. (2015): „High utilizer“ in der Suchtpsychiatrie – Häufigkeit und Verlauf, Suchttherapie, 16, S 01.
- Giertz, K. (2016): Die „Systemsprenger-Problematik“ in den ambulanten psychosozialen Versorgungssystemen von Berlin. Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase. Forschungsbericht der VIA Perspektiven gGmbH.
- Giertz, K., Gervink, T. (2017a): „Man wird sich seinen eigenen gesunden Menschenverstand nicht dadurch beweisen können, dass man seinen Nachbarn einsperrt.“ Kritik am Auf- und Ausbau geschlossener Heiminstitutionen. Soziale Psychiatrie, 3, 20–23.
- Giertz, K., Gervink, T. (2017b): „Systemsprenger“ oder eher PatientInnen mit einem individuellen und komplexen Hilfebedarf? Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Erkenntnissen der Forschung zur „Systemsprenger-Problematik“ für die psychiatrische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung? Psychotherapie Forum, 22, 105–112.
- Glaser, B.G. (1978): Theoretical sensitivity. The Sociology Press, Mill Valley, CA.
- Kuckartz, U. (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3. Aktualisierte Auflage, Wiesbaden.
- Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim und Basel.
- MSGIV (2017): Gesundheitsstaatssekretärin Hartwig-Tiedt: Menschen in schweren psychischen Krisen mit Respekt behandeln. 178/2017 Pressestelle MSGIV.
- Munich, R. L., Allen, J. G. (2003): Psychiatric and Sociotherapeutic Perspectives on the Difficult-to-Treat Patient. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 66, No. 4.
- Rittmannsberger, H. et al. (2014): Heavy User stationärer psychiatrischer Behandlung: Vergleich nach Diagnosegruppen. Neuropsychiatrie, 28, 169–177.
- Roick, C. et al. (2002): Heavy User psychiatrischer Versorgungsdienste. Ein Überblick über den Stand der Forschung. Psychiatrische Praxis 29, 334–342.
- Schmidt, C. (2008): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick U., von Kardorff E., Steinke I. (2008) Qualitative Forschung – ein Handbuch. Hamburg, 447-455.
- Steinke, I. (2008): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E. von, Steinke, I. (2008): Qualitative Forschung – ein Handbuch. Hamburg, 319 – 331.
- Weig, W. (2009): Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung. Der Nervenarzt, 80, 847-854.

8 Anlage

Qualitative Inhaltsanalyse: Übersicht zu Kategorien, Kodes und Häufigkeiten / eine Tabelle:

Kategorien	Kodes	Anzahl Kodes	Anzahl Kategorie
Versorgende		0	50
	Interprofessionelle Kooperation	10	
	Motivation der Versorgenden	26	
	Sichtweise der Versorgenden	11	
	Leistung der Angehörigen	3	
Klientel		0	128
	Krankheitseinsicht der Klientel	2	
	Ausmaß der Klientel	11	
	Diese Menschen machen Arbeit	7	
	Bürokratische Systematisierung der Klientel	32	
	Beschreibung der Klientel in der Krise	16	
	Ablehnung der Klient:in	12	
	Diversität der Klientel	41	
	Beschreibung der Arbeit mit der Klientel	6	
Finanzierung		0	43
	Finanzieller Aufwand	7	
	Wirtschaftlicher Druck versus Bedarf	2	
	Flexible Finanzierung	7	
	Nichtfinanzierung	6	
	Anschluss und Mischfinanzierung	12	
	Finanzierung der medizinischen Behandlung	2	
	Finanzierung SGB9 Leistungen	7	
Lebens- und Behandlungspfade (dynamisch)		0	73
	Lebensalter	14	
	Fallsteuerung; Übergänge koordinieren	21	
	Verzahnte Versorgung	5	
	fehlende übergeordnete Steuerung, fehlendes Netzwerk	12	
	Klinik als letzte Lösung	7	
	Langer Aufenthalt in der Psychiatrie	3	
	Versorgungsprozess Psychiatrie	3	
	Drehtüreffekt	3	
	Abfluss aus der Psychiatrie	5	
Passung / Nichtpassung		0	149
	Beziehungsarbeit oder der Erste Schritt	1	
	Fürsorge gegen den eigenen Willen	16	
	Soziale Isolation als Problem	5	
	Obdachlosigkeit	14	

Kategorien	Kodes	Anzahl Kodes	Anzahl Kategorie
	Von einer Einrichtung in die Nächste	5	
	Unterbringung	9	
	Leben nach der Krise	7	
	Heime	3	
	Schwierige Menschen nehmen wir nicht auf	2	
	Forderung von adaptivem Verhalten	3	
	Passt nicht ins Konzept	17	
	Eskalation durch Nichtpassung	15	
	(keine) individuelle Passung	23	
	keine personenzentrierte Leistung	5	
	Passung durch individuelles Engagement der Versorgenden	12	
	Lösungstraum	4	
	Notfallplan vor der Krise	1	
	Sicht und Einbezug der Angehörigen	1	
	Sicht und Einbezug der Psychatriererfahrenen	6	