

Aus dem Institut für Sozialmedizin,
Epidemiologie und Gesundheitsökonomie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Evaluation eines rechtskreisübergreifenden
Koordinationsmodells in der Psychiatrie. Eine qualitative
Studie zur Versorgungszufriedenheit.**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Julian Schwarz
aus Haan / Rheinland

Datum der Promotion:
9. Dezember 2016

Zusammenfassung

Evaluation eines rechtskreisübergreifenden Koordinationsmodells in der Psychiatrie. Eine qualitative Studie zur Versorgungszufriedenheit der Nutzer und zur Kooperation professioneller Akteure.

Hintergrund: Aus der Aufteilung der psychosozialen Versorgung in einzelne Sektoren (z. B. ambulant, stationär) und Rechtskreise (z. B. Sozialgesetzbuch V und XII) ergeben sich Probleme bei der patientenorientierten Behandlung und Unterstützung in der Gemeinde. Besonders betroffen sind davon seelisch behinderte Menschen, die z. T. komplexe Hilfebedarfe haben, die sich über verschiedene Rechtskreise erstrecken.

In der schleswig-holsteinischen Region Dithmarschen wurde von der Klinik und dem Landkreis ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ) errichtet, um o. g. Barrieren zu überbrücken. Ausgestattet mit einer rechtskreisübergreifenden Fallsteuerung und einer psychosozialen Beratungsstelle, erfüllt das GPZ sowohl koordinierende als auch primärpräventive Aufgaben. Es verfolgt das Ziel, Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen angemessener und gemeindenäher zu versorgen.

Ziel: Die vorliegende Studie erforscht die beiden zentralen Funktionsbereiche des GPZ. Auf der einen Seite werden die Erfahrungen der Nutzer mit dem Beratungsangebot erhoben, um zu einem differenzierten Verständnis ihrer Zufriedenheit mit dem Angebot zu gelangen. Auf der anderen Seite werden an dem Angebot beteiligte professionelle Akteure über die Qualität rechtskreisübergreifender Zusammenarbeit befragt: Welche Faktoren behindern und welche fördern die Kooperation?

Methoden: Es wurden Einzelinterviews mit neun Nutzern und neun Experten geführt. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und getrennt nach Akteursgruppe inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Die Nutzer des GPZ machten eine Reihe von Erfahrungen mit der Beratung die sich positiv auf ihre Zufriedenheit mit dem Angebot auswirkten. Dazu zählen die kurzen Wartezeiten, die permanente telefonische Rufbereitschaft, die ausreichende Zeit im Beratungsgespräch, der Vorhalt einer aufsuchenden Beratung und die Qualität der Beziehung zum Berater. Als verbesserungswürdig stellte sich die Sichtbarkeit des GPZ im Sozialraum heraus, welche die Suche nach Hilfe für Betroffene bislang erschwert.

Die professionellen Akteure benannten u. a. den strukturierten Informationsaustausch, das gemeinsame Netzwerkwissen, ähnliche Zielvorstellungen, verbindliche Absprachen, geteiltes Personal (Personalunion) und die sektorenübergreifende Finanzierung für die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit als förderliche Einflüsse. Die gemeindefernen stationären Wohn- und Behandlungsformen wurden hingegen als Hemmnis der Kooperation benannt.

Schlussfolgerungen: Die überwiegend positiven Erfahrungen der Nutzer stimmen in vielen Aspekten mit den Befunden der Patientenzufriedenheitsforschung überein. Ein Verbesserungsbedarf konnte im Rahmen dieser Arbeit hinsichtlich der sozialräumlichen Sichtbarkeit des GPZ aufgezeigt werden.

Die Einflussfaktoren rechtskreisübergreifender Zusammenarbeit decken sich weitgehend mit den Evaluationsergebnissen anderer gemeindepsychiatrischer Versorgungsmodelle. Eine stärkere Umsetzung sektorenübergreifender Finanzierungsformen im Bereich Teilhabe Wohnen (Sozialgesetzbuch XII) könnte förderlich für eine flexiblere bzw. bedarfsgerechtere Versorgung sein.

Abstract

Evaluation of a cross-sectoral coordination model of psychiatric care: A qualitative study of service user satisfaction and cooperation between professionals.

Background: The fragmentation of psychosocial care across separate sectors (e.g. out-patient, inpatient) and legal provisions (e.g. V and XII Books of Social Code) leads to problems in the provision of patient-oriented treatment and community support. This particularly affects people with mental disorders, some of whom have complex needs covered by separate legal provisions.

In the region of Dithmarschen in Schleswig-Holstein a psychiatric community care unit (*Gemeindepsychiatrisches Zentrum* - GPZ) has been set up by the clinic and the municipality in order to overcome these barriers. Equipped with a cross-jurisdiction case management system and a psychosocial counselling centre, the GPZ fulfils coordinating as well as preventative functions. It aims to provide people with complex needs more appropriate care closer to the community.

Aim: This study investigated the two central functions of the GPZ. Users were asked about their experiences in order to gain a differentiated understanding of their satisfaction with the services on offer. In addition, professional service providers were asked about the quality of cross-jurisdiction cooperation: which factors impede and which facilitate cooperation?

Method: Individual interviews were carried out with nine users and nine experts. The interviews were digitally recorded, transcribed and analytically evaluated separately according to group.

Results: The users of the GPZ reported a range of experiences with the counselling which had contributed towards their satisfaction with the service. The importance of short waiting times and the on-call telephone service as well as sufficient time taken for consultations, the availability of outreach counselling and the quality of the relationship with the counsellor were all highlighted. Potential for improvement was seen in the visibility of the GPZ in the community.

Abstract

Professionals saw the structured exchange of information, joint network knowledge, common goals, binding agreements, staff sharing and cross-sector funding reforms as enhancing cross-jurisdiction cooperation, whereby inpatient treatment and residential care outside the community were perceived as inhibiting cooperation.

Conclusions: The overwhelmingly positive experiences of the users correlate with the findings of patient satisfaction research, whereby the visibility of the GPZ could be improved. The influence of cross-jurisdiction cooperation corresponds with the results of evaluations of other models of psychiatric community care. Stronger implementation of cross-sector funding models in the areas of participation and housing (XII Book of Social Code) could facilitate more flexible and appropriate forms of care.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	III
Abstract	V
Inhaltsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	IX
Tabellenverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis	X
1. Einleitung	1
1.1 Problemfeld Eingliederungshilfe und Teilhabe Wohnen.....	3
1.2 Beratung bei psychischen Krisen	5
1.2.1 Was ist psychosoziale Beratung?	5
1.2.2 Kommunale Strukturen der Beratung.....	6
1.2.3 Aktueller Forschungsstand	7
1.3 Vernetzung und Kooperation.....	8
1.3.1 Funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung	11
1.4 Patientenzufriedenheit und -erfahrungen.....	12
1.4.1 Qualitative Methoden.....	13
1.4.2 Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsforschung	14
1.5 Partizipative Entscheidungsfindung	15
1.6 Gemeindepsychiatrie in Dithmarschen	18
1.6.1 Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Kreis.....	20
1.6.2 Versorgungsprobleme in der Region	21
2. Fragestellung	22
3. Material und Methoden	23
3.1 Durchführung der Studie	23
3.2 „Stakeholder involvement“ und partizipative Forschung.....	24
3.3 Interviews.....	29
3.3.1 Halbstandardisierte Leitfadeninterviews (Nutzer)	29
3.3.1.1 Interviewleitfaden	30
3.3.2 Problemzentrierte Experteninterviews (Professionelle)	30
3.4 Auswertung.....	31
3.4.1 Pseudonymisierung und Transkription	31
3.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	32
3.4.2.1 Ablaufmodell und praktische Durchführung	33
3.4.2.2 Gütekriterien	35

4. Ergebnisse	36
4.1 Erfahrungen der Nutzer	36
4.1.1 Positive Erfahrungen und Zufriedenheit (A)	37
4.1.2 Negative Erfahrungen und Kritik (B).....	40
4.1.3 Vorteile aufsuchender Beratung (C).....	40
4.1.4 Beziehung zum Berater (D)	42
4.1.5 Shared Decision Making (E).....	43
4.1.6 Ergebnisse der Beratung (F)	44
4.1.7 Konsultationsgründe (G).....	46
4.2 Erfahrungen der Professionellen.....	51
4.2.1 Was fördert die Zusammenarbeit? (A)	53
4.2.2 Was hemmt die Zusammenarbeit? (B)	59
4.2.3 Kontextkategorien.....	65
4.2.3.1 Fremdbelegung stationärer Eingliederungshilfeeinrichtungen (C)	65
4.2.3.2 Ambulantisierung (D)	70
4.2.3.3 Flexiblere Hilfemaßnahmen (E).....	74
4.2.3.4 Bezugstherapeutisch begleitete Hilfeplanung (F)	76
4.2.3.5 Herausforderungen, Wünsche und Ziele (G)	77
4.2.3.6 Ergebnisse der Zusammenarbeit (H)	81
5. Diskussion	83
5.1 Erfahrungen und Zufriedenheit der Nutzer	83
5.1.1 Beziehung zum Berater und partizipative Entscheidungsfindung	84
5.1.2 Stellenwert aufsuchender Beratung	86
5.1.3 Sichtbarkeit des Gemeindepsychiatrischen Zentrums.....	87
5.2 Rechtskreisübergreifende Kooperation aus Sicht professioneller Akteure	90
5.2.1 Was fördert bzw. hemmt die Zusammenarbeit?	90
5.2.2 Problemfeld gemeindeferne Heimversorgung	96
5.2.3 Konsequenzen und Potentiale	99
5.2.3.1 Ambulantisierung und aufsuchende Hilfen.....	99
5.2.3.2 Flexibilisierung von Hilfen	100
5.3 Stärken und Schwächen der Studie	103
6. Fazit und Ausblick	107
Literaturverzeichnis	109
Eidesstattliche Versicherung	121
Lebenslauf	122
Publikationsliste	123
Danksagung	124

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Funktionales Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen	11
Abbildung 2: Stufenmodell der Partizipation	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Klinik und Gemeindepsychiatrie anhand Organisationsstrategien und interaktionaler Modelle.....	9
Tabelle 2: Interviewleitfaden zur Nutzerbefragung.....	30
Tabelle 3: Hauptkategorien und zugehörige Leitfadenfragen der Nutzer	36
Tabelle 4: „Positive Erfahrungen und Zufriedenheit“ (A)	38
Tabelle 5: „Negative Erfahrungen und Kritik“ (B)	40
Tabelle 6: „Vorteile aufsuchender Beratung“ (C)	41
Tabelle 7: „Beziehung zum Berater“ (D)	42
Tabelle 8: „Shared Decision Making“ (E).....	43
Tabelle 9: „Ergebnisse der Beratung“ (F)	44
Tabelle 10: „Konsultationsgründe“ (G).....	47
Tabelle 11: Kategoriensystem der Expertenbefragung	52
Tabelle 12: Hauptkategorie „Was fördert die Zusammenarbeit?“ (A)	55
Tabelle 13: Hauptkategorie „Was hemmt die Zusammenarbeit?“ (B)	62
Tabelle 14: Kontextkategorie „Fremdbelegung stationärer Eingliederungshilfe-Einrichtungen“ (C)	67
Tabelle 15: Kontextkategorie „Ambulantisierung“ (D)	72
Tabelle 16: Kontextkategorie „Flexiblere Hilfemaßnahmen“ (E).....	75
Tabelle 17: Kontextkategorie „Bezugstherapeutisch begleitete Hilfeplanung“ (F)	77
Tabelle 18: Kontextkategorie „Herausforderungen / Wünsche / Ziele“ (G).....	79
Tabelle 19: Kontextkategorie „Ergebnisse der Zusammenarbeit“ (H)	81

Abkürzungsverzeichnis

AG.....	Arbeitsgruppe
BKD	Berliner Krisendienst
BMAS.....	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG.....	Bundesministerium für Gesundheit
CBPR	Community based participatory research
CSQ	Client Satisfaction Questionnaire
EGH	Eingliederungshilfe
FD EGH	Fachdienst Eingliederungshilfe
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
GPZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum
HK.....	Hauptkategorie
IV	Integrierte Versorgung
KK.....	Kontextkategorie
PE	Partizipative Evaluation
PEF.....	Partizipative Entscheidungsfindung
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PZI	Problemzentriertes Interview
RPB	Regionales Psychiatrie Budget
SDM.....	Shared Decision Making
SGB	Sozialgesetzbuch
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
UK.....	Unterkategorie
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonventionen
WKK.....	Westküstenklinikum Heide
WPAZ-P	Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit
ZUF	Zufriedenheitsfragebogen

1. Einleitung

In der Versorgungsforschung werden seit mehreren Jahren die Probleme und die Behinderungen der patientenzentrierten Versorgung durch die Fragmentierung der medizinischen Versorgung in einzelne Sektoren und deren getrennte Finanzierung diskutiert. Dies gilt insbesondere für die Bereitstellung individualisierter psychiatrischer bzw. psychosozialer Leistungen (Brückner 2012, Deister & Wilms 2015). In den letzten Jahrzehnten wurden verschiedene Bemühungen unternommen, um diese Versorgungshürden zu überwinden. Beispiele dafür finden sich in regionalen Psychriatriebudgets (Deister et al. 2010, Deister & Wilms 2014) und Modellen der integrierten Versorgung (Schmidt et al. 2013). Sie ermöglichen eine ambulante Versorgung ohne das damit Mehrkosten verbunden sind (Fischer et al. 2014). Problematisch ist jedoch, dass Betroffene sich gesondert in die IV-Modelle einschreiben müssen, was ein Hindernis für die Versorgung darstellt (Wullschleger et al. 2015).

Darüber hinaus lassen bisherige Bemühungen einen wichtigen Aspekt außer Acht: Menschen mit seelischen Behinderungen benötigen nicht nur bedarfsgerechte psychiatrische Hilfen (gemäß SGB V), sondern auch niederschwellige und gemeindenaher Unterstützung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB XII). Die aktuellen statistischen Kennzahlen zur Anzahl der Empfänger von Eingliederungshilfe in Einrichtungen belegen hingegen eine kontinuierliche Ausweitung stationärer Teilhabeleistungen (Statistisches Bundesamt 2015).

Einen Beitrag zur Überwindung dieser Versorgungsprobleme in einer einzelnen Region leistet möglicherweise das Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) in Dithmarschen, Schleswig-Holstein. Ausgestattet mit einem rechtskreisübergreifenden Case Management wird versucht Patienten in niederschwellige, ambulante und bedürfnisgerechte Hilfen einzusteuern. Dies gilt sowohl für Leistungen nach SGB V als auch nach SGB XII. Dadurch, dass das GPZ eine psychosoziale Beratungsstelle vorhält, kommen diesem auch primärpräventive Aufgaben zu.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Erfahrungen der Stakeholder des GPZ abzubilden. Wie zufrieden sind die Nutzer mit dem Beratungsangebot?¹ Wie beurteilen Professionelle die Zusammenarbeit im rechtskreisübergreifenden Koordinationsmodell?

Die Forschungsfrage wird anhand von zwei qualitativen Teilstudien behandelt, die jeweils getrennt voneinander durchgeführt wurden: 1. Befragung der Nutzer des GPZ und 2. Befragung der professionellen Akteure. In Teil zwei wird ein partizipatives Forschungskonzept zugrunde gelegt, da die Interviewten an der Studienvorbereitung und Durchführung teilgenommen haben (vgl. Kapitel 3.2).

In der Einleitung werden die wissenschaftlich-empirischen Grundlagen der beiden Teilstudien dargelegt. Es gibt folgende Schwerpunkte:

Kapitel 1.1 führt in das *Problemfeld Eingliederungshilfe und Teilhabe Wohnen* ein. Dies ist notwendig, um die komplexen Ursachen, die der Ausweitung stationärer Teilhabeleistungen zugrunde liegen, nachzuvollziehen. Vor dem Hintergrund der im GPZ angebotenen Beratung beschäftigt sich das Kapitel 1.2 mit der *Beratung bei psychischen Krisen*. Es werden die Begriffe *psychische Krise* sowie *psychosoziale Beratung* definiert und Evaluationsergebnisse von Beratungsstellen für Menschen in seelischen Krisensituationen vorgestellt. Das Kapitel 1.3 legt den wissenschaftlichen Kenntnisstand über Vernetzungs- und Kooperationspraktiken im gemeindepsychiatrischen Raum dar. Dies ist für die spätere Diskussion zu den hemmenden und förderlichen Faktoren der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit (Kapitel 5.2.1) von Bedeutung.

Die anschließenden Kapitel sind vorwiegend für die Nutzerstudie relevant: Zunächst geht es darum, wie sich die Konstrukte *Patientenzufriedenheit und -erfahrungen* abbilden lassen (Kapitel 1.4) und welches die Befunde gegenwärtiger Zufriedenheitsforschung sind. Das Kapitel 1.5 stellt das Konzept der *Partizipativen Entscheidungsfindung* (PEF) vor. Letzteres ist nicht nur ein wichtiger Einflussfaktor von Patientenzufriedenheit, sondern auch Teil der Forschungsfrage. So soll untersucht werden, inwieweit PEF im GPZ stattfindet.

¹ Die Studie wird im Rahmen eines übergeordneten dreiteiligen Studienkonzepts mit dem Titel „Evaluation Sozialraum Dithmarschen“ durchgeführt (vgl. Kapitel 2).

Kapitel 1.6 stellt die psychosoziale Versorgung der Region Dithmarschen einschließlich regionaler Besonderheiten und Problemfelder vor und leitet zur Forschungsfrage über (Kapitel 2).

Nachdem in Kapitel 3 die verwendeten Methoden dargelegt und die Studiendurchführung dokumentiert wurde, werden die Erfahrungen der Nutzer (Kapitel 4.1) und der Experten (Kapitel 4.2) ausführlich dargestellt. Im Anschluss folgt die Diskussion der Ergebnisse, welche sich in Kapitel 5.1 (Versorgungszufriedenheit der Nutzer) und Kapitel 5.2 (rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit) gliedert. Dabei wird der in der Einleitung erarbeitete wissenschaftliche Kenntnisstand einbezogen.

Aus Gründen der erleichterten Lesbarkeit wird in der vorliegenden Dissertation die männliche Sprachform verwendet. Die Wahl dieser Form soll keine Vernachlässigung anderer Geschlechter darstellen.

1.1 Problemfeld Eingliederungshilfe und Teilhabe Wohnen

Der Begriff *Eingliederungshilfe* (EGH) wurde in der Vergangenheit häufig missverstanden. So suggeriert eine verbreitete Annahme es gehe darum, jemanden wieder *einzugliedern*, der auf irgendeine Weise aus dem gesellschaftlichen Raster gefallen sei (Wiedemeier 2015). Das ein erheblicher Teil der EGH-Berechtigten von einer seelischen Behinderung betroffen ist und oft Jahrzehnte in stationären Wohnformen verbringt, geht aus der Auslegung nicht hervor.

Im Jahr 2013 gab es ca. 385.800 Empfänger von *Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten*, von denen ca. 55 % in stationären und 45 % in ambulanten Wohnmöglichkeiten versorgt wurden (Statistisches Bundesamt 2015, S. 31). Dem gegenüber stehen die Versorgungskosten, die für eine ambulant betreute Wohnform mit ca. 8.500 € pro Jahr ungefähr dreimal geringer als die für stationäre Einrichtungen waren. Auffällig ist, dass die Zahl der Leistungsempfänger je nach Bundesland deutlich variiert. In Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein erhielten bis zu 17 von 1.000 Einwohnern EGH, in Baden-Württemberg waren es nur 7 von 1.000 Einwohnern.

Insgesamt nehmen die Ausgaben- und Fallzahlen seit der Einführung der EGH im Jahr 1963 kontinuierlich zu (LWL-Statistik 2015, S. 10). Für diese Entwicklung werden eine Reihe von Ursachen diskutiert. Beispielsweise der medizinische Fortschritt und der damit einhergehende Anstieg der Lebenserwartung (Vorholz 2013) oder die Verlegung schwer

psychisch erkrankter Patienten aus klinischen Langzeitstationen in stationäre Wohnheime (Uminstitutionalisierungshypothese).²

Während diese Erklärungsansätze die Leistungsentwicklung auf Bundesebene in den Blick nehmen, sind auch regionale Unterschiede zu beachten. Diese lassen sich v. a. durch Marktmechanismen erklären. Da es im Heimbereich keine populationsbezogene Bedarfsplanung gibt, können Wohnplätze ungesteuert angeboten werden. Dadurch entstehen vorrangig dort Einrichtungen, wo Immobilien und Personal vergleichsweise günstig sind. Dies führt wiederum dazu, dass Patienten aus Metropolregionen, in denen häufig ein Mangel an stationären Wohnplätzen besteht, eher gemeindefern versorgt werden: In Mecklenburg-Vorpommern stammen z. B. ca. 15 % der geschlossen stationär versorgten Klienten aus anderen Bundesländern. Andersherum sind ca. 15 bis 20 % der Leistungsberechtigten aus Mecklenburg-Vorpommern in geschützten Heimen anderer Bundesländer untergebracht (Speck, Steinhart & Freyberger 2013). Wenn nun zugleich Klienten zurück in ihre Herkunftsregion ziehen und die Nachfrage regionsfremder Personen nachlässt, kann es zur Unterbelegung der jeweiligen Heimeinrichtungen kommen. Wird ein Heimplatz geschaffen, muss dieser auch belegt werden, um finanzielle Verluste zu verhindern und Kürzungen des Trägerbudgets zu vermeiden.

Es ist eine Hypothese des Autors der vorliegenden Arbeit, dass zur Auffüllung dieser Wohnheimplätze z. T. Klienten aufgenommen werden, die teilweise auch in niederschweligen und kostengünstigen ambulanten Settings versorgt werden könnten. Dies leitet zu der Fragestellung der vorliegenden Dissertation über, inwiefern rechtskreisübergreifendes Case Management zur Lösung vorbeschriebener Versorgungsprobleme beitragen kann.

Nachdem bisher das *Problemfeld EGH* beleuchtet wurde, wird im Folgenden der Funktionsbereich des GPZ vorgestellt, der sich mit der Beratung von Menschen in psychischen Krisen beschäftigt. In diesem Zusammenhang soll geklärt werden, was psychosoziale

² Im Zuge der Psychiatriereform wurden in den 1980er Jahren zahlreiche Langzeitstationen an Fachkrankenhäusern aufgelöst, um Betroffene verstärkt gemeindenah zu versorgen (Brückner 2010). Dazu wurden neue Wohnformen (therapeutische Wohngruppen, betreutes Einzelwohnen) geschaffen, zugleich entstanden vielerorts stationäre Wohnheime. Die „Uminstitutionalisierungshypothese“ postuliert die sukzessive Verschiebung von Patienten aus Langzeitstationen in diese stationären Wohnformen der EGH (Pribe et al. 2005, Wienberg 2008, Bitter et al. 2009). Durch die damit verbundene Verlagerung der Kostenträgerschaft aus den Händen der Krankenkassen (SGB V) in die Zuständigkeit der EGH (SGB XII) erklärt sich ein Teil des Fallzahlenanstiegs der 80er Jahre.

Beratung ist und in welchen Strukturen sie stattfindet. Wie wurden Beratungsstellen, die ein vergleichbares Leistungsspektrum wie das GPZ haben, evaluiert?

1.2 Beratung bei psychischen Krisen

Zunächst soll in diesem Kapitel der Begriff der *psychischen Krise* definiert werden. Es bietet sich an, dies in Abgrenzung vom *psychiatrischen Notfall* zu tun (Brückner 2005, Brückner, Akel & Klein 2006, Orzessek 2009). In der Krise

„wird durch eine außerordentliche innere oder äußere Belastung das seelische und psychosoziale Gleichgewicht eines Individuums gefährdet. [...] Es zeigen sich Unbehagen und Anspannung, jedoch [...] keine Krankheitssymptome“ (Rupp 2010, S. 3).

Persistiert dieser Zustand ungelöst über längere Zeit, so kann die Problematik eskalieren und eine akute psychische Störung entstehen (Häfner & Rössler 1986). Während ein solcher psychiatrischer Notfall häufig mit einer Klinikaufnahme verbunden ist (Rupp 2010), gibt es verschiedene niederschwellige Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen in Krisensituationen. Eine davon ist psychosoziale Beratung (Krischke 2009).

1.2.1 Was ist psychosoziale Beratung?

Bamler, Werner und Nestmann (2013, S. 81) verstehen unter psychosozialer Beratung

„ein Angebot, [Menschen] bei der Bewältigung komplexer Anforderungen innerhalb ihrer Alltags- und Lebenswelt, [...] zu unterstützen und sie bei Orientierungs-, Entscheidungs-, Auswahl- oder Planungsproblemen [...] zu begleiten“.

Menschen, die Beratungsstellen aufsuchen, haben zumeist Probleme, die sie lösen oder Informationsbedarfe, die sie decken möchten. Sie definieren sich in der Regel aber nicht als krank:

„Wer Beratung aufsucht, fühlt sich [...] von bestimmten Anforderungen der sozialen Welt überfordert, hat Entscheidungsprobleme, Misserfolge oder Beschwerden, die nicht (mehr) mit den im Alltag zur Verfügung stehenden Ressourcen bearbeitet werden können“ (Großmaß 2005, S. 185).

Ziel von Beratung ist es, ein Anliegen zu ordnen und zu priorisieren, um so mögliche Handlungswege zu erschließen. Anders als Psychotherapie, die sich damit befasst, *„personale Defizite oder Störungen zu diagnostizieren und zu bearbeiten“* (Bamler, Werner & Nestmann 2013, S. 81), knüpft Beratung an vorhandene soziale und materielle Ressourcen an. Sie erfüllt somit eine präventive, rehabilitative und ressourcenfördernde Aufgabe.

1.2.2 Kommunale Strukturen der Beratung

In Deutschland gibt es eine Fülle von psychosozialen Beratungseinrichtungen für unterschiedlichste Problemfelder und Lebensbereiche (BAGFW 2012). Beispiele sind Berufs- und Studienberatung, Drogenberatung oder Ehe- und Partnerschaftsberatung. Für Menschen mit seelischen Krisen hält das Gesundheitssystem jedoch nur vereinzelt niederschwellige Beratungsmöglichkeiten vor. Ein Beispiel sind sogenannte Früherkennungszentren, die neben der Durchführung von Diagnostik auch über Behandlungsoptionen aufklären und beraten (Leopold et al. 2013). Das Angebot richtet sich häufig nur an eine Teilmenge der Hilfesuchenden, nämlich an die, die z. B. Symptome einer psychotischen oder bipolar-affektiven Störung zeigen (Leopold et al. 2015). Außerdem sind Früherkennungszentren fast nur in Metropolregionen vorhanden, wo sie psychiatrischen (Universitäts-) Kliniken angeschlossen sind, wie z. B. in Köln (Bechdorf 2006) oder Hamburg.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) sind vermutlich die einzigen Anbieter, die Beratung bei schweren psychischen Krisen flächendeckend anbieten (Clausen & Eichenbrenner 2016). Die SpDi sind Teil der Gesundheitsämter, die wiederum den Kommunen angehören. Im Normalfall verfügt jeder Landkreis bzw. jeder Bezirk einer Großstadt über mindestens einen SpDi (Krischke 2009). Unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie beraten die Mitarbeiter des SpDi Betroffene und ihre Angehörigen – bei Bedarf auch im häuslichen Umfeld. Sie vermitteln und organisieren lebenspraktische Hilfen und arbeiten in Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten, Krankenhäusern und anderen Hilfeinstitutionen. Die Beratung, die in vielen Fällen auch telefonisch angeboten wird, ist jedoch meist nur tagsüber an Werktagen verfügbar. Zu anderen Zeiten fällt die Krisenversorgung i. d. R. der psychiatrischen Klinik zu, welche die Pflichtversorgung der jeweiligen Region innehat (Clausen & Eichenbrenner 2016).

Alle zuvor aufgeführten Beratungsangebote weisen Einschränkungen entweder hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit und bzw. oder der angesprochenen Zielgruppe auf. Aus diesem Mangel heraus wurden in den letzten Jahrzehnten v. a. auf Initiative einzelner gemeindepsychiatrischer Verbände Krisendienste geschaffen (Peinkofer-Menath 2006), die auch abends und teils nachts Klienten beraten – unabhängig vom Schweregrad der Krise. Diese Angebote sind jedoch nicht flächendeckend, sondern nur vereinzelt und überwiegend in Ballungsräumen, z. B. in Berlin (Berliner Krisendienst 2009) oder Stuttgart (EVA Stuttgart 2014) vorhanden.

1.2.3 Aktueller Forschungsstand

Krisendienste, die psychosoziale Beratung anbieten, sind im deutschsprachigen Raum bisher kaum wissenschaftlich evaluiert worden. Darüber hinaus gibt es nur wenige Studien, die neben der Patienten- und Angehörigenperspektive auch die Sichtweise der Mitarbeiter einbeziehen (Orzessek 2009). Eine Ausnahme bildet der Berliner Krisendienst (BKD), der i. R. einer Begleitforschung umfassend untersucht wurde (Bergold & Zimmermann 2003, Freikamp 2012). Aufgrund der Ähnlichkeit des Indikations- und Leistungsspektrums des BKD und des GPZ in Heide (Berliner Krisendienst 2009), sollen die Evaluationsergebnisse zusammenfassend dargestellt werden.

Das häufigste Konsultationsanliegen beim BKD war Einsamkeit auf Seiten des Ratsuchenden. 26 % der Klienten äußerten sich latent suizidal, 10 % wurde eine Klinikeinweisung nahegelegt und 6,5 % konnte an einen ambulanten Psychotherapeuten vermittelt werden. Neben der Vermittlerrolle erfüllt der BKD auch eine Resozialisierungsfunktion: Klienten, die z. B. schlechte Erfahrungen mit Kliniken und ambulanten Behandlern gemacht hatten, wurden bei der Rückführung in eine längerfristige, tragfähige psychotherapeutische Beziehung unterstützt (Bergold & Zimmermann 2003, Freikamp 2012).

Aus einem bevölkerungsgeographischen Blickwinkel lassen sich die strukturellen Anforderungen an den Krisendienst in Berlin jedoch nur begrenzt mit denen des GPZ im ländlichen Dithmarschen vergleichen.³ Daher sollen an dieser Stelle Evaluationsergebnisse aus einer Gegend mit ähnlicherer Bevölkerungsstruktur und -dichte herangezogen werden. Die österreichische Region Kärnten erfüllt diese Kriterien und ist mit einem psychiatrischen Not- und Krisendienst ausgestattet, der eine 24h-Rufbereitschaft mit ärztlichem Hintergrunddienst vorhält und ggf. Hausbesuche durchführt. Häufigste Interventionsformen sind Einzel- und Gruppengespräche im sozialen Umfeld der Klienten. In ihrer Evaluation zeigen Oberlerchner und Rados (2015), dass der Krisendienst eine wichtige Versorgungsverantwortung übernimmt, indem er insbesondere schwer kranke Patienten berät, die protrahierte krisenhafte Verläufe zeigen, jedoch aufgrund geringer Krankheitseinsicht keine ärztlich-stationäre Hilfen annehmen möchten. Für eine kontinuierliche Begleitung dieser Patienten sind Case Manager im Einsatz, die in Krisensituationen Hausbesuche zur Ergründung der individuellen Bedürfnislage machen können und die Patienten

³ Die Bevölkerungsdichte von Berlin beträgt 3.891, vom Landkreis Dithmarschen 93 (Statistisches Bundesamt 2015) und von Kärnten 58 Einwohner pro km² (Bundesanstalt Statistik Österreich 2016).

partnerschaftlich über Zeiträume von mehreren Jahren begleiten. Patienten, die im Rahmen dieses Programms betreut wurden, berichten, dass ihnen durch die verbindliche und verlässliche Beziehungsarbeit mit den Case Managern geholfen werden konnte, ein stabileres Selbstwertgefühl zu entwickeln (Oberlerchner & Rados 2015).

Während im vorangehenden Text der theoretische und empirische Bezugsrahmen für die zu evaluierende Beratungstätigkeit des GPZ gelegt wurde, soll im Folgenden der wissenschaftliche Kenntnisstand zur Kooperations- und Vernetzungspraxis insbesondere in gemeindepsychiatrischen Kontexten dargestellt werden. Dies leitet zum Anliegen der Expertenbefragung über, nämlich zu untersuchen, welche Faktoren die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit fördern oder behindern.

1.3 Vernetzung und Kooperation

Während in den letzten Jahrzehnten gemeindenahere psychosoziale Angebote ausgebaut und diversifiziert wurden (Bramesfeld 2003), ist ein komplexes und nahezu unübersichtliches Angebot an Unterstützungsleistungen entstanden (Brückner 2012). Dies hat zur Folge, dass Hilfen oft nicht passgenau ausgewählt oder koordiniert werden und die Kontinuität der Versorgung unterbrochen ist (Bramesfeld & Amelung 2013). Letzteres gilt insbesondere für schwer erkrankte Patienten mit komplexen Unterstützungsbedarfen.

Es wurden daher verstärkt Ursachen und Lösungsansätze vorbeschriebener Versorgungsmisstände untersucht. So zeigten bereits Holst und Severinsson (2003), wie wichtig die funktionierende Zusammenarbeit von Krankenhäusern und gemeindepsychiatrischen Diensten ist. Ein häufiges Hindernis betrifft die verschiedenen Berufsgruppen, die oft nur unzureichend kollaborieren (Kvarnström 2008).

Die *Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker* wurde in Deutschland erstmals systematisch von Ungewitter et al. (2013) in einer groß-angelegten Fokusgruppenstudie untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass bessere Kooperation wichtiger ist als die Schaffung zusätzlicher Dienste. Verbesserungspotential wird in der systematischen Vermittlung von Kooperationspraktiken, der Einführung einer Kooperationsvergütung und der „*Implementierung systematischer Koordination von Versorgungsnetzwerken*“ (Ungewitter et al. 2013, S. 309) gesehen.

Andvig et al. (2014) untersuchten die Bedeutung multiprofessioneller Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Akteuren aus Klinik und Gemeinde für eine patientenorientierte

Versorgung. Unter Anwendung eines qualitativen Forschungskonzepts wurden Fokusgruppen (n=18) durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Andvig et al. (2014) kamen dabei zu umfassenden Befunden, die aufgrund ihrer Komplexität und Relevanz für die vorliegende Dissertation möglichst vollständig dargestellt sind (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Entwicklung interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Klinik und Gemeindepsychiatrie anhand Organisationsstrategien und interaktionaler Modelle.⁴

A) Verbesserung kommunikativer Fertigkeiten

1. Sich besser Kennenlernen (persönlicher Kontakt, Erwartungen klären)
2. Entwicklung eines gemeinsamen professionellen Verständnisses (die professionellen Aufgaben des Gegenübers wahrnehmen; diskutieren, was unter hoher Versorgungsqualität verstanden wird)

B) Entwicklung von Strukturen für Koordination und Verantwortungsübernahme

1. Routineabläufe (Mangel an Routinen zum Informationsaustausch, schriftlicher Austausch, Treffen mit dem Patienten um dessen Bedürfnisse und Verantwortlichkeiten zu klären)
2. Regelmäßige Treffen („*responsibility groups*“ zur verbindlichen Koordination der Patientenarbeit)

C) Zunehmende Einsicht in Werte und Bedingungen von Entscheidungsfindung

1. Stärkerer Nutzereinbezug (größeres Bewusstsein darüber, wie Patienten einbezogen werden können, Dialog mit dem Patienten über dessen Bedürfnisse)
2. Gleichheit und Respekt (eine „von oben herab“-Haltung als auch eine „kleine Schwester – großer Bruder“-Mentalität der Krankenhausmitarbeiter gegenüber dem gemeindepsychiatrischen Personal verhindern die Zusammenarbeit; Beiträge des anderen müssen wertgeschätzt werden)

Eine aktuelle deutschsprachige Studie von Ruppert et al. (2016) beschäftigt sich hingegen mit intra- und interinstitutionellen Kooperationspraktiken in der integrierten psychiatrischen Versorgung (IV-Netzwerk). Die Ergebnisse dieser ebenfalls qualitativ angelegten Studie (n=39) heben die Wichtigkeit des Gelingens externer Kooperation für die Versorgungsqualität hervor. Letztere ließe sich z. B. durch den Abbau von Informationsdefiziten über das IV-Netzwerk auf Seiten der extern kooperierenden Mitarbeiter (z. B. niedergelassene Fachärzte) verbessern. Ähnlich wie Ungewitter et al. (2013) werden auch von Ruppert et al. (2016) finanzielle Anreize zur Herstellung einer verbindlichen Kooperationspraxis vorgeschlagen.

Während die Zusammenarbeit von gemeindenahen und stationären psychiatrischen Leistungen inzwischen gut erforscht ist, fehlen weitgehend wissenschaftliche Untersuchungen über die Kooperationspraxis psychiatrischer und sozialfürsorgerischer Anbieter.

⁴ Modifiziert und adaptiert aus dem Englischen nach Andvig et al. 2014, S. 3, Tabelle 1.

Eine der wenigen Studien zu diesem Thema haben Magnusson und Lützén (2009) verfasst. Sie verdeutlichen, dass häufig unterschiedliche Ziele und Vorstellungen darüber, wie die Versorgung der Patienten auszusehen habe, sich hinderlich auf die Zusammenarbeit auswirken.

Zuletzt sollen die Empfehlungen der *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* (DGPPN 2013) zum Thema Vernetzung und Kooperation vorgestellt werden.⁵ So wird eine Verständigung aller Beteiligten gefordert,

„um Angebote sowie Versorgungsbedarfe in einer Region beurteilen [zu können]. Wesentlich scheinen dabei folgende Aspekte:

- 1. funktionierende regionale Koordinationsgremien unter Beteiligung aller Akteure (Leistungserbringer und Kostenträger, Betroffene und Angehörige, Kommune),*
- 2. eine kontinuierliche regionale Psychiatrieberaterstattung sowie*
- 3. der Abschluss regionaler Zielvereinbarungen“ (DGPPN 2013, S. 194).*

Neben diesen Empfehlungen mangelt es jedoch zum einen an konkreten Umsetzungsvorschlägen und praxisnahen Konzepten bzw. Modellen, die den gegenwärtigen Kenntnisstand über Kooperations- und Vernetzungsformen bündeln und dabei sowohl medizinische als auch Teilhabeleistungen einbeziehen. Ein Vorstoß in diese Richtung stellt Steinhart und Wienbergs *Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung* dar (2016).

⁵ In Kapitel 4.6 der Leitlinien ist der derzeitige Kenntnisstand über *Vernetzung und Kooperation* umfassend zusammengetragen (vgl. DGPPN 2013, S. 192).

1.3.1 Funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung

In ihrem Basismodell legen Steinhart und Wienberg (2016) Mindeststandards für die Behandlung und Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen in der Gemeinde vor (vgl. Abbildung 1). Dabei orientieren sie sich an den Vorgaben der *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien* (DGPPN 2013), wonach mobile multiprofessionelle Teams im Zentrum künftiger Versorgung stehen sollen. Für den Bereich Teilhabe werden die Mindeststandards aus den UN-Behindertenrechtskonventionen (UN-BRK) abgeleitet, insbesondere aus Artikel 19, der das Recht auf unabhängige Lebensführung in der Gemeinde vorsieht.

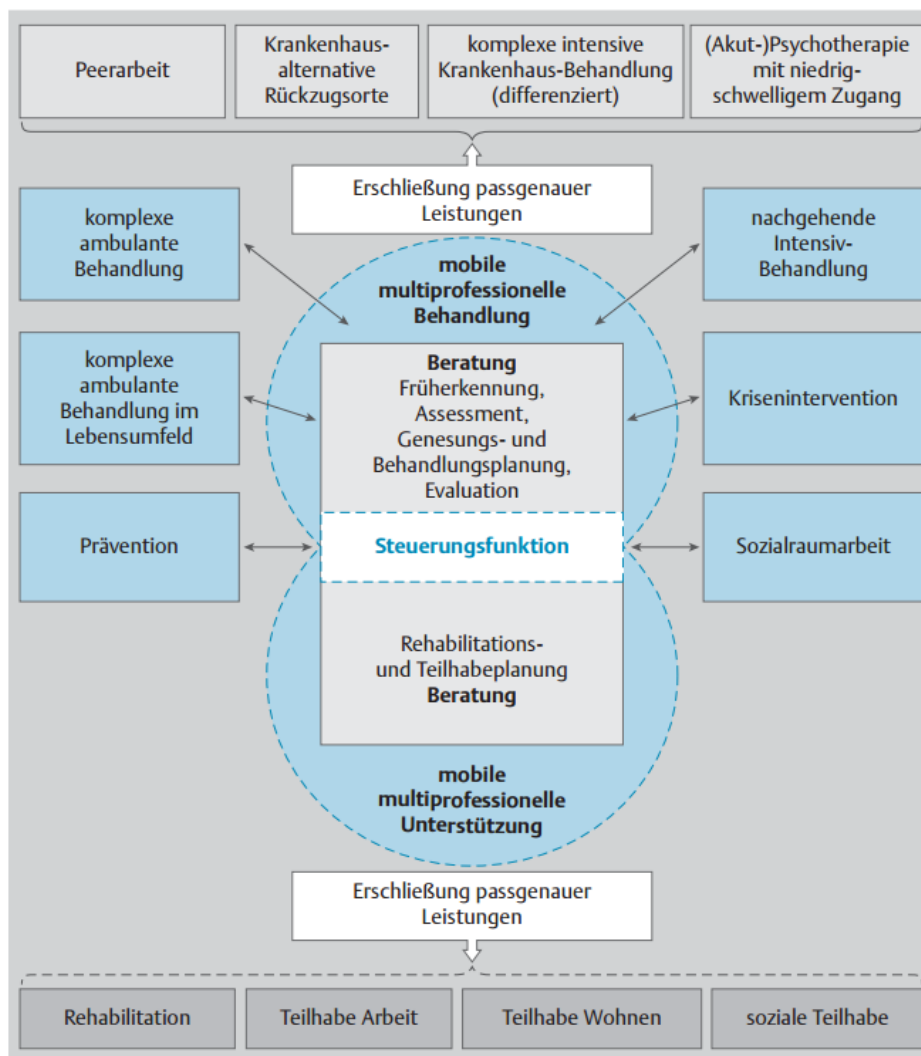


Abbildung 1: Funktionales Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen (Steinhart & Wienberg 2016, S. 66)

Im Zentrum des Modells steht die zentrale, gemeindepsychiatrische Fallsteuerung, die bspw. von einem GPZ übernommen werden könnte. Daneben sind zwei Kernfunktionen enthalten 1. mobile multiprofessionelle Behandlung (SGB V) und Unterstützung (SGB XII) sowie 2. Beratung bei medizinisch-psychiatrischen Angelegenheiten und Rehabilitations- und Teilhabeplanung. Daneben sind auch fallunspezifische Leistungen enthalten, dazu gehören Prävention, Gesundheitsförderung und Netzwerkarbeit im Sozialraum. Die zur Umsetzung des Modells notwendigen Mittel sollen durch „eine erhebliche Ressourcenverteilung aus dem stationären in den ambulanten Sektor“ zur Verfügung gestellt werden. Letzteres sei jedoch nur möglich, wenn jeweilige Anbieter stationärer Leistungen „entsprechende Deckungsbeiträge auch mit ambulanten Leistungen generieren können“ (Steinhart & Wienberg 2016, S. 67).

Während in den vorangehenden Kapiteln die theoretischen und empirischen Grundlagen der Expertenbefragung gelegt wurden, beziehen sich die folgenden Ausführungen auf die Nutzerstudie. In diesem Zusammenhang soll zunächst geklärt werden, wie sich die Konstrukte Patientenzufriedenheit und -erfahrungen erfassen und abbilden lassen. Was ist der Kenntnisstand gegenwärtiger Zufriedenheitsforschung?

1.4 Patientenzufriedenheit und -erfahrungen

Spätestens seit Einführung gesetzlich verpflichtender Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den 1990er Jahren (Gaebel 1995), wird das Urteil der Patienten zunehmend in Form von Zufriedenheitsmessungen berücksichtigt (Leimkühler & Müller 1996).⁶ Dabei kommen hauptsächlich quantitative Methoden zum Einsatz. Das bekannteste Instrument im deutschsprachigen Raum ist der *Zufriedenheitsfragebogen* (ZUF; Schmidt, Lamprecht & Wittmann 1989). Dabei handelt es sich um die Adaptation des international führenden *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ; Attkisson & Zwick 1982, Attkisson 2012).

Das in den quantitativen Instrumenten zugrunde gelegte Zufriedenheitsverständnis kann jedoch aufgrund verschiedener methodischer und konzeptueller Mängel kritisiert werden (Gruyters & Priebe 1994). Beispielsweise wegen der regelhaft hohen Zufriedenheitswerte, die unabhängig von Befragungsort und Zeitpunkt erzielt werden (Jacob & Bengel 2000), eines nur geringen Zusammenhanges zwischen Behandlungsergebnis und gemessener Zufriedenheit (Hannöver et al. 2000) und der häufig fehlenden Kongruenz von

⁶ Vgl. § 135a, Absatz 2, Satz 2 SGB V.

abgegebener Bewertung und dem tatsächlichen Zufriedenheitsurteil (Williams et al. 1998). Darüber hinaus gibt es zahlreiche Instrumente, die lediglich die Globalzufriedenheit und nicht die zugrundeliegenden Einflussfaktoren messen. So wird nicht ersichtlich, welches die Ursachen möglicher (Un-) Zufriedenheit sind (Jacob & Bengel 2000).

Problematisch ist auch der fehlende Einbezug der Patienten in die Entwicklung der Instrumente, die überwiegend *das* messen, was von den Forschern als wichtig erachtet wurde (Cleary 1999, Rose et al. 2011). Eine Ausnahme bildet der *Weddinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit* (WPAZ-P) der partizipativ konzipiert wurde und für jede trialogische Akteursgruppe vorliegt (Mahler et al. 2014).⁷ Der WPAZ-P gehört zu den wenigen Instrumenten, die für den gemeindepsychiatrischen Kontext entwickelt wurden.

Bevor abschließend geklärt werden kann, welche Methodik sich zur Beantwortung der Forschungsfrage eignet, soll die einführende Darstellung des für die vorliegende Untersuchung in Frage kommenden methodischen Repertoires komplettiert werden.

1.4.1 Qualitative Methoden

Qualitative Ansätze werden in der Versorgungsforschung zunehmend eingesetzt (Sikorski, Glaesmer & Bramesfeld 2010), um Sichtweisen von Akteuren zu rekonstruieren (subjektive Konstruktion) oder um der „*Komplexität von Versorgung angemessen zu begegnen und auch Wertvorstellungen sowie Ausdrucksformen von Machtverhältnissen in Untersuchungen einzubeziehen*“ (Meyer & Stamer 2014, S. 448). Ein Anwendungsgebiet qualitativer Forschung ist die Abbildung von Patientenerfahrungen mit Gesundheitsleistungen (Engl. *patients experiences*; Cleary 1998, Coulter, Fitzpatrick & Cornwell 2009, Manary et al. 2013).

Patientenaussagen haben gegenüber standardisierten quantitativen Fragebogenauswertungen den Vorteil, dass sich möglicherweise konkrete Verbesserungsvorschläge für den beforschten Gegenstand ableiten lassen (Richter & Fleer 2004). Sie weisen eine höhere Reliabilität, Validität und Veränderungssensitivität auf (Zastowny et al. 1995, Black & Jenkinson 2009). Darüber hinaus ist die Aufforderung, das Erlebte zu schildern, weniger

⁷ Trialogisch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass neben Betroffenen auch Professionelle und Angehörige einbezogen werden. Für die Messung von Patientenzufriedenheit bedeutet dies, dass letztere aus jeweils unterschiedlichen Perspektiven zu beurteilen ist. Mahler et al. (2014) haben daher für jede Akteursgruppe einen eigenen Fragebogen entwickelt.

subjektiv und nicht modulierbar durch Einflüsse wie Erwartungen und Antwortverhalten (Cleary et al. 1992).

Qualitatives Material lässt sich z. B. in Fokusgruppen oder Einzelinterviews erheben. Letztere bieten sich an, um die persönliche Meinung eines

„Befragten jenseits des sozialen Gruppendrucks zu erkunden. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn man bestimmte Personengruppen [...] befragen will, denen auf Grund existierender soziokultureller Hierarchien die Kompetenz abgesprochen wird, zu einem bestimmten Thema ihre Meinung zu äußern“ (Halbmayer et al. 2011).

Gruppensituationen ermöglichen hingegen das Überwinden von Rationalisierungen und psychologischen Barrieren und decken über Einzelmeinungen hinausreichende Überzeugungen und Vorstellungen auf (Ungewitter et al. 2013). Sie sind geeignet, um soziale Dynamiken und Beziehungen innerhalb der Gruppe sichtbar zu machen. Außerdem ist der zeitliche Gesamtaufwand von Fokusgruppen vermutlich geringer als bei Einzelinterviews (Applebaum et al. 2004).

Ein wichtiges methodisches Problem sehen Richter und Fleer (2004) bei der Teilnehmerrekrutierung: Nicht alle Patienten sind dazu imstande, die Fragen des Interviewers in ausreichender Differenziertheit zu beantworten, z. B. aufgrund akuter Erkrankungen oder kognitiver Defizite. Die Teilnehmerauswahl wird daher häufig vom Klinikpersonal übernommen, da letzteres die Patienten i. d. R. ausreichend kennt, um beurteilen zu können, wer z. B. krankheitsbedingt nicht einbezogen werden kann. Dieses Vorgehen schmälert ggf. die Repräsentativität der Stichprobe, zugleich ist es potentiell manipulationsanfällig, etwa wenn Klinikmitarbeiter vorrangig Patienten auswählen, die sich positiv äußern.

Im Folgenden sind wichtige Befunde der Zufriedenheitsforschung zusammengetragen. Sie sollen später dabei helfen, die Erfahrungen der Nutzer des GPZ einordnen und stützen zu können um sie abschließend zu einem differenzierten Zufriedenheitsurteil zu verdichten (vgl. Kapitel 5.1).

1.4.2 Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsforschung

Es lassen sich behandlungsabhängige von behandlungsunabhängigen Faktoren unterscheiden. Bei letzteren handelt es sich um Patientenmerkmale, die unabhängig von der Gesundheitsleistung die Zufriedenheit beeinflussen (Möller-Leimkühler et al. 2002). Dazu gehören Vorerfahrungen mit dem Gesundheitssystem (Giupponi et al. 2009), die zum

Befragungszeitpunkt vorliegende Stimmung und das Alter des Patienten (Möller-Leimkühler et al. 2002). Personen, die an einer chronischen Störung leiden, sind in der Regel zufriedener als Akutkranke (Clade 2000). Zur Bedeutung des Geschlechts, der Diagnose und der Psychopathologie liegen widersprüchliche Befunde vor (Möller-Leimkühler et al. 2002, Giupponi et al. 2009, Spießl et al. 2009). Callan et al. fanden 1998, dass mit zunehmender Kongruenz der subjektiven Krankheitskonzepte von Patient und Therapeut, der Grad an Zufriedenheit steigt. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Möller-Leimkühler et al. (2002), die einen positiven Zusammenhang von Zufriedenheit und vorbestehendem Arzt- bzw. Medikamentenvertrauen belegen konnten.

Behandlungsabhängige Faktoren

Eine wichtige Rolle scheint das Behandlungssetting zu spielen. Gemeindenah und ambulant versorgt sind zufriedener als stationäre Patienten (Vincente et al. 1993, Möller-Leimkühler 2002, Günhe et al. 2011). Besonders unzufrieden waren Betroffene, die gegen ihren Willen behandelt wurden (Soergaard et al. 2008).

Darüber hinaus scheint eine positiv erlebte Therapeut-Patient-Beziehung (Möller-Leimkühler 2002) bzw. die *„sozioemotionale Kompetenz des Arztes [...] von überragender Bedeutung für die Patientenzufriedenheit – unabhängig von den Versorgungsstrukturen“* (Giupponi et al. 2009, S. 351) zu sein. Hierzu passen die Befunde von Vouri (1991), dass die Empathiefähigkeit des Therapeuten für Patienten wichtiger ist, als die technisch-räumliche Ausstattung.

Als belegt gilt auch der Zusammenhang von Zufriedenheit und PEF, Zimmermann et al. (2014). Da die vorliegende Studie auch die Partizipationsmöglichkeiten der Nutzer der GPZ-Beratung untersucht, soll der Kenntnisstand über PEF im Folgenden vertieft werden.

1.5 Partizipative Entscheidungsfindung

Die Einbeziehung von Patienten in Therapieentscheidungen hat in den letzten Jahren auch im wissenschaftlichen Diskurs an Bedeutung gewonnen und ist v. a. im Zusammenhang mit der zunehmenden Bedeutung von Patientenrechten in der Öffentlichkeit zu sehen (Loos et al. 2013). Zunächst durch selbstorganisierte Betroffenenorganisationen vertreten, wurden die Rechte der Patienten 2003 in die *Charta der Patientenrechte in Deutschland* aufgenommen und mündeten 2012 in einen Gesetzentwurf. Die verstärkte

Einbeziehung von Betroffenen in Therapieentscheidungen ist auch vor dem Hintergrund besser informierter Nutzer zu sehen (Elwyn et al. 2005, Brückner 2015). Heutzutage sind medizinische Fachinformationen einer breiten Öffentlichkeit über das Internet zugänglich (Hamann et al. 2006). Sie ermöglichen Patienten bereits im Vorfeld des Arztbesuches einen Überblick auf die Therapieoptionen und fördern somit ein Gespräch auf Augenhöhe.

Da in den verschiedenen Akteursgruppen (Betroffene, Angehörige, Behandler und Wissenschaftler) unterschiedliche Auffassungen von PEF bestehen (Loos et al. 2013, Forster 2015), ist zu betonen, dass das in dieser Arbeit zugrunde gelegte Konzept von Wissenschaftlern erarbeitet wurde. Nach Charles et al. (1997, S. 681) sind dabei vier zentrale Aspekte zu berücksichtigen:

1. Mindestens zwei Teilnehmer (Arzt und Patient) sind beteiligt.
2. Beide Akteure teilen Informationen.
3. Ein stufenweiser Prozess soll zu einem Konsens bzgl. der bevorzugten Behandlung führen.
4. Es wird eine Einigung hinsichtlich der zu implementierenden Behandlung erzielt.

Auf einer Skala von keiner Partizipation (Entscheidungsmacht vollständig beim Arzt) und höchster Partizipation („informed choice“; Arzt informiert und Patient entscheidet) nimmt PEF eine Mittelstellung ein. Dabei gilt es, den paternalistischen Stil der Arzt-Patient-Beziehung zu überwinden, in der der Arzt als alleiniger Experte fungiert. Es ist anzunehmen, dass nach wie vor die Hälfte aller Patienten die Beziehung zum Therapeuten als paternalistisch erlebt (Scheibler et al. 2005). Anstatt lediglich passiver Empfänger einer Gesundheitsleistung zu sein, ist dem Betroffenen die Möglichkeit einzuräumen, als Experte aus Erfahrung aufzutreten. Erschwert wird dies häufig dadurch, dass behandelnde Ärzte partizipative Konzepte gar nicht kennen oder anwenden (Ernst et al. 2007).

Befragt man Patienten, so geben diese ein ausgeprägtes Informations- und Partizipationsinteresse an (Loh et al. 2004), wobei jüngere und weibliche Patienten besonders an PEF interessiert sind (Dierks & Seidel 2005). Durch Einbindung in Entscheidungen erhoffen sich Betroffene ein gesteigertes Maß an Information und Aufklärung, insbesondere über Medikamente (Fleischmann 2003). Weitreichende Therapieentscheidungen wie

bspw. der Wechsel zu einem stärkeren, aber nebenwirkungsreicheren Medikament können als länger andauernde Entscheidungsprozesse verstanden werden. Diese finden häufig nicht innerhalb eines Termins mit dem Therapeuten statt, sondern entstehen über einen längeren Zeitraum unter Einbeziehung von Angehörigen, Freunden und anderen Informationsquellen, z. B. dem Internet (Loos et al. 2013).

Bisher gibt es wenig Evidenz über die Effektivität von PEF-Interventionen, lediglich ein Cochrane Review aus dem Jahr 2010 verweist auf zwei kontrollierte Interventionsstudien (Duncan, Best & Hagen 2010). In einer dieser größeren randomisierten Untersuchungen (Hamann et al. 2007) konnte gezeigt werden, dass die Anwendung von PEF positive Auswirkung auf Patientenzufriedenheit, Compliance und Rehospitalisierungsrate hat. Ein Unterlassen von PEF führt hingegen zu schlechteren Behandlungsergebnissen (Reichhart 2008). Verschiedene Studien, die die Perspektive der Nutzer einbeziehen, konnten die herausragende Bedeutung einer guten therapeutischen Beziehung für die Wahrnehmung von subjektiver Beteiligung an klinischen Entscheidungen belegen (Woltmann & Whitley 2010, Loos et al. 2013).

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass PEF zahlreiche Ähnlichkeiten mit den Konzepten des *Trialog* und dem *Open Dialogue* aufweist. Ersteres beschreibt das partizipative Denken und Handeln psychiatrischer Akteure (Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Mitarbeiter), die im Idealfall gleichberechtigte Partner im psychiatrischen Handlungsfeld sind (Bombosch et al. 2004). Dörner et al. (2013) charakterisieren Trialog als interdisziplinäre und universelle sozialpsychiatrische Programmatik.

Der *Offene Dialog* beschreibt hingegen ein konkretes therapeutisches Konzept bzw. einen Bezugsrahmen, der Grundregeln des Sich-In-Beziehung-Setzens für den gemeindepsychiatrischen Raum bereitstellt und dabei die trialogischen Akteursgruppen einbezieht. Zentrales Element ist eine auf gegenseitiger Wertschätzung, Respekt und Offenheit beruhende Kommunikation, die sich unter Berücksichtigung der Bedürfnisse aller Beteiligten vollzieht. Er findet maßgeblich im Rahmen von psychiatrischen Therapieversammlungen statt, die im Krisenfall einzuberufen sind, um einen für alle Beteiligten gangbaren Weg aus der Krise aufzuzeigen (Seikkula et al. 2003, Seikkula et al. 2015). Ähnlichkeiten mit PEF sieht der Autor der vorliegenden Arbeit v. a. in der Haltung und den Kommunikationsregeln, die in den beiden Konzepten eingenommen werden.

Nachdem in den vorangehenden Teilen der theoretische Bezugsrahmen der Dissertation gelegt und das zur Verfügung stehende methodische Repertoire vorgestellt wurde, soll im Folgenden in den spezifischen Forschungsgegenstand, nämlich das GPZ und die psychiatrische Versorgung des Landkreises Dithmarschen mit ihren Besonderheiten und Problemlagen eingeführt werden.

1.6 Gemeindepsychiatrie in Dithmarschen

Das in der Kreishauptstadt Heide gelegene Westküstenklinikum (WKK) hat den psychiatrischen Versorgungsauftrag für den ca. 137.500 Einwohner umfassenden Kreis Dithmarschen. Bis 2006 wurde von der dortigen Klinik vorwiegend eine stationäre psychiatrische Behandlung angeboten. Seit Einführung des Regionalen Psychriatriebudgets wurde die vollstationäre Versorgung zugunsten einer teilstationären, ambulanten und aufsuchend tätigen Versorgung deutlich reduziert (Petersen & Heynal 2010).⁸ Die dadurch frei werdenden Ressourcen werden seit dem für die Weiterentwicklung einer leitlinienorientierten, sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung reinvestiert. Dazu gehören unter anderem:

- Der Ausbau aufsuchender Behandlungsformen (Home-Treatment) mit der Schaffung der damit verbundenen strukturellen Voraussetzungen, wie z. B. der Anschaffung von Dienstfahrzeugen. Das Home-Treatment wurde 2010 mit vier Patienten pro Woche gestartet und konnte bis 2014 auf 15 Patienten erhöht werden.⁹
- Die Stationen wurden zu sogenannten „Behandlungsebenen“ integriert. Demnach übernimmt das Personal einer Ebene die voll-, teilstationäre und ambulante Versorgungsverantwortung, einschließlich Home-Treatment und psychiatrischer Institutsambulanz. In 2014 wurden 137 Patienten wöchentlich pro Ebene versorgt. Die Zahl der davon tagesklinischen Patienten konnte von 2007 (16 pro Tag) bis 2014 auf 41 Patienten gesteigert werden.
- Die Betten einer Behandlungsebene können auch nachtklinisch genutzt werden.
- Weitere neu etablierte Strukturelemente sind eine Substitutionsambulanz, eine Gedächtnissprechstunde, eine psychoonkologische, sowie eine sexualmedizinische Ambulanz.

⁸ Die stationäre Belegung sank im Zeitraum 2007-2014 von 81 belegten auf 39 Betten pro Tag (Birker 2015).

⁹ Quelle siehe vorangehende Fußnote.

Durch die Flexibilisierung der Hilfsangebote und die Öffnung der bisher geschützten Stationen, konnte die Zahl der Unterbringungen nach PsychKG von 2009 bis 2014 um 73 % reduziert werden (Birker 2015).¹⁰

Neben der medizinischen Versorgung durch das WKK gibt es zahlreiche komplementäre Dienste, die eine gemeindepsychiatrische Versorgung der Region sicherstellen. Dazu gehören u. a.:

- Brücke Dithmarschen e.V., Beratungsstelle, Begegnungsstätte und Selbsthilfe (Träger: Kreis Dithmarschen),
- Förderverein „Nerven Nahrung e.V.“, Freizeitaktivitäten und Selbsthilfe (Träger: Brücke SH)
- Buntes Haus, Begegnungsstätte und Stelle für ambulante Hilfen (Träger: Brücke SH),
- Wohneinrichtungen im Bereich der EGH (Träger: Brücke SH, Koog-Haus und Iuvo),
- Hilfen im Bereich Arbeit für seelisch Behinderte Menschen (Träger: Werkstatt Neuwerk),
- Ambulante Suchthilfe (Träger: Diakonie),
- Sozialpsychiatrischer Dienst (Träger: Kreis Dithmarschen).

Im Fokus der vorliegenden Dissertation steht das im Jahre 2013 neu eingerichtete Gemeindepsychiatrische Zentrum (GPZ) in Heide. Als niederschwellige Beratungsstelle für Menschen mit psychischen Krisen erfüllt es einen primär- und sekundärpräventiven Auftrag. Darüber hinaus übernehmen die dort nach dem Prinzip der Bezugstherapie arbeitenden Mitarbeiter die Funktion sektorenübergreifender Case Manager für Patienten mit besonderen Hilfebedarfen. Dazu gehören vorwiegend Betroffene, die z. B. stationäre Leistungen aus dem Bereich EGH beziehen und häufig in der Klinik behandelt werden. Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist das GPZ bemüht, Patienten möglichst ressourcenorientiert in gemeindenahen Hilfeformen einzusteuern.¹¹ Zentrales Instrument des Case Managements ist die sogenannte „GPZ-Auftragsrunde“, eine wöchentliche Besprechung, an der Mitarbeiter des GPZ, ärztliche sowie pflegerische Bezugstherapeuten der Klinik und die jeweiligen Sachbearbeiter des Fachdienstes EGH teilnehmen. In dieser

¹⁰ 2009 gab es 176, in 2014 48 Unterbringungsbeschlüsse. Quelle siehe vorangehende Fußnote.

¹¹ Dies ist in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der jeweiligen Bundesländer geregelt, in Schleswig-Holstein bspw. in §1, Absatz 3, Satz 5: „Ambulante Formen haben Vorrang“.

Runde wird entschieden, welcher der beteiligten Akteure, die rechtskreisübergreifende Versorgungsverantwortung eines Klienten übernimmt. Zugleich wird diskutiert, welche Maßnahmen hilfreich sein könnten, um den komplexen Hilfebedarf des jeweiligen Patienten zu decken. Während der Patient selbst an der GPZ-Auftragsrunde nicht beteiligt ist, nimmt er an den Hilfeplangesprächen des Fachdienstes EGH teil. Zur Verstärkung der rechtskreisübergreifenden Ausrichtung nehmen auch die Mitarbeiter des GPZ, sowie die Bezugstherapeuten der Klinik an der Hilfeplanung teil, in der die Bedarfe der Patienten ermittelt und festgelegt werden.

Im GPZ sind derzeit zwei Vollzeitkräfte (VK) mit einer pflegerischen oder soziotherapeutischen Ausbildung beschäftigt. Sie werden zu einem Teil von der Klinik (1,5 VK) und vom Kreis (0,5 VK) finanziert.

1.6.1 Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Kreis

Im Rahmen ihres sozialpsychiatrischen Behandlungskonzeptes arbeitet die Klinik eng mit den komplementären Einrichtungen, Kontakt- und Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Ämtern des Kreises zusammen. Dazu gehört auch die Teilnahme im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Die Kooperation zwischen WKK und Kreis begann am 1. November 2011, als ein Vertrag zur fachärztlichen Begutachtung nach PsychKG und EGH (SGB XII) geschlossen wurde. Hintergrund ist, dass der Landkreis die Position des amtsärztlichen Psychiaters bedingt durch Personalmangel nicht mehr besetzen konnte. Seit Vertragsschluss übernehmen nun Fachärzte der Klinik diese Tätigkeit auf privatrechtlicher Basis. Dadurch konnte u. a. die Zahl der Zwangseinweisungen erheblich gesenkt werden (Birker 2015). In einem zweiten Kooperationsvertrag (1. Januar 2013) wurde das GPZ gegründet, am 1. August 2013 folgte ein dritter Vertrag, der die Gestellung der leitenden Psychologin (zu 50 % der Arbeitszeit) als Leiterin des SpDi regelt.

1.6.2 Versorgungsprobleme in der Region

Neben der oben beschriebenen fachlichen Weiterentwicklung der psychiatrischen und komplementären Dienste, ist das GPZ als Steuerungsinstrument vorgesehen, um Versorgungsschiefen in der Region zu korrigieren. Letztere konzentrieren sich auf zwei Problembereiche:

1. Der Landkreis Dithmarschen hat bezogen auf das Land Schleswig-Holstein die niedrigste Ambulantisierungsquote und zugleich die höchsten Fallkosten bei der EGH (Bunn et al. 2013, S. 26). Neben dem Anspruch, die in Wohnheimen lebenden Patienten möglichst gemeindenah und bedürfnisorientiert zu versorgen, besteht von Seiten des Kreises die Notwendigkeit, die zur Verfügung stehenden ökonomischen Mittel sachgerecht einzusetzen. Das GPZ hat daher die Aufgabe, insbesondere bei langjährigen Klienten mit hohem Hilfebedarf zu prüfen, inwieweit deren Bedürfnisse auch außerhalb von Wohnheimen gedeckt werden können. Es ist zu vermuten, dass ambulante Hilfen und flankierende Maßnahmen in komplementären Einrichtungen eine sinnvolle Möglichkeit darstellen, um Patienten unter Einsatz geringerer Ressourcen zu versorgen und gleichzeitig dem Prinzip des Sozialraumbezuges und der Patientenautonomie Rechnung zu tragen (Schlebrowski 2009).
2. Betreiber von Wohnheimen, die in den Bereich der EGH fallen, nehmen bei Belegungsengpässen Patienten aus entfernten Regionen auf, um keine wirtschaftlichen Verluste zu machen. Dabei handelt es sich häufig um Patienten mit komplexen Hilfebedarfen, die in ihrer Herkunftsregion nicht angemessen versorgt werden können. Abgesehen davon, dass diese Patienten entgegen dem Grundsatz der Gemeindenähe versorgt werden, handelt es sich um Patienten mit hoher Krankheitsschwere, die eine stationäre Versorgung oft notwendig macht. Jede zusätzliche stationäre Klinikaufnahme belastet jedoch das regionale Psychiatriebudget der Klinik und erzeugt nicht vorhersehbare Kosten. Dem GPZ wurde daher u. a. die Steuerungsverantwortung übertragen, um die Aufnahme kreisfremder Klienten in stationären Wohnformen zu begrenzen.

2. Fragestellung

Die vorliegende Dissertation reiht sich ein in die dreiteilige Studie mit dem Titel *Evaluation Sozialraum Dithmarschen*.¹²

Studienteil I basiert auf der Annahme, dass die verstärkte Einsteuerung von Patienten mit psychischen Störungen aus stationären in ambulante EGH-Einrichtungen mit einer Kostenreduktion verbunden ist. Anhand der Leistungs- und Kostendaten für die Jahre 2010 - 2015 soll die Kosten- und Mengenentwicklung der EGH für zwei Vergleichsgruppen – jeweils mit und ohne GPZ-Einsteuerung – untersucht werden, um mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen sichtbar zu machen.

Inwieweit durch die Tätigkeit des GPZ die Lebensqualität der Leistungsempfänger beeinflusst und eine kosteneffektive Mittelverwendung hergestellt wird, ist Gegenstand des II. Studienteils.

Die vorliegende Dissertation (Studienteil III) geht der Frage nach, welche Erfahrungen Nutzer und Professionelle mit der GPZ-Beratung bzw. dem rechtskreisübergreifenden Case Management gemacht haben. Analog zu den beiden Aufgabenbereichen des GPZ (Beratung und Case Management) wird die Forschungsfrage zweigeteilt behandelt:

Der erste Teil untersucht die Qualität der Beratungstätigkeit im GPZ aus Sicht der Nutzer. Wie wird die Beratung erlebt? Welche Erfahrungen wurden mit der Beratung gemacht? Aus den Erfahrungen soll ein differenziertes Verständnis über die Zufrieden- bzw. Unzufriedenheit der Nutzer abgeleitet werden.

Der zweite Teil bezieht sich v. a. auf die GPZ-Auftragsrunde und deren Funktion als zentrales Instrument des Case Managements. Welche hemmenden und förderlichen Einflüsse gibt es für die Zusammenarbeit? Welche regionsspezifischen Versorgungsprobleme sehen die Akteure? Welche Chancen und Potentiale bietet die rechtskreisübergreifende Koordination?

¹² Das übergeordnete Forschungskonzept *Evaluation Sozialraum Dithmarschen* wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Schleswig-Holstein positiv genehmigt. Die Studie wurde mit Mitteln des Landes Schleswig-Holstein gefördert (Az. 234 - 455.5.004-005/02).

3. Material und Methoden

Während in den gesundheitsökonomischen Untersuchungen der Studienteile I und II quantitative Methoden zum Einsatz kommen, wird für die Abbildung der Erfahrungen (Studienteil III) eine qualitative Methodik beansprucht (vgl. Kapitel 1.4.1).

An dieser Stelle soll zusammenfassend begründet werden, weshalb sich in der vorliegenden Arbeit dafür entschieden wurde, die Versorgungszufriedenheit anhand von Erfahrungen abzubilden, anstatt quantitative Instrumente einzusetzen. Es wurde bereits auf die methodischen und konzeptuellen Probleme verwiesen, die mit dem Konstrukt Patientenzufriedenheit zusammenhängen (vgl. Kapitel 1.4). Wegweisend war dabei die Erkenntnis, dass die Ergebnisse quantitativer Instrumente nur sehr begrenzt Rückschlüsse auf die Ursachen und Bedingungen von (Un-) Zufriedenheit zulassen. Da es jedoch genau darum geht, die Gründe potentieller (Un-) Zufriedenheit aufzudecken, um sie den Akteuren vor Ort zurückzumelden, wurde sich für die Erhebung von Erfahrungen entschieden. Patientenerfahrungen sind eine geeignete Darstellungsform, um das Erleben der Patienten bzw. deren Wahrnehmung von Gesundheitsleistungen abzubilden (vgl. Kapitel 1.4.1). Umfang und Vielfalt des bei Erfahrungsberichten anfallenden Materials, lassen sich vor allem mit qualitativen Methoden verarbeiten (Coulter, Fitzpatrick & Cornwell 2009, Manary et al. 2013).

Im Anschluss an die nun folgende Beschreibung der Studiendurchführung wird die gewählte Methode im Einzelnen erläutert.

3.1 Durchführung der Studie

Zunächst wurden die zu befragenden Personen rekrutiert (September bis Oktober 2014). Diese Aufgabe wurde von den Mitarbeitern des GPZ durchgeführt. Nur sie waren dazu imstande zu entscheiden, welche Patienten bzw. Nutzer sich differenziert über die erhaltene Beratung äußern konnten. Es wurden neun Nutzer ausgewählt, die sich mindestens zweimal im GPZ hatten beraten lassen. Die Bezeichnungen Nutzer, Ratsuchender oder Klient implizieren, dass eine psychiatrische Diagnose zwar möglich, jedoch kein Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie war. So waren vier der neun Teilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung von einer psychiatrischen Störung betroffen und wurden in

der Vergangenheit im WKK bereits stationär behandelt. Nicht in die Auswahl eingeschlossen wurden Kinder und Jugendliche mit einem Alter von unter 18 Jahren. Dies hängt damit zusammen, dass die Jugendhilfe nicht an dem Modellprojekt beteiligt war.

Die professionellen Akteure wurden ebenfalls vom GPZ bestimmt. Insgesamt waren neun Interviews vorgesehen. Die Teilnehmer wurden so ausgewählt, dass möglichst viele – mit dem GPZ-kooperierende Institutionen – in die Auswahl eingeschlossen wurden. Neben Mitarbeitern in Führungspositionen wurden in gleichem Maße Mitarbeiter ohne Personalverantwortung einbezogen, um eine möglichst umfassende Einschätzung zu erhalten.

Die Interviews wurden in den Monaten November bis Dezember 2014 in den Räumen des GPZ im WKK Heide vom Autor durchgeführt. Von der Klinik entfernt lebende Nutzer wurden vom jeweiligen Bezugspersonal des GPZ zuhause abgeholt. Die Gespräche wurden so terminiert, dass genügend Zeit für die inhaltliche Vor- und Nachbereitung blieb. Vorbereitet werden mussten insbesondere die problemzentrierten Experteninterviews, da der Interviewende sich mit dem Tätigkeitsfeld des jeweiligen Experten vertraut machen musste. Bei den Nutzerbefragungen nahm hingegen die Nachbereitung mehr Zeit in Anspruch, da umfangreichere Kontextprotokolle (vgl. Kapitel 3.3.1) erhoben wurden.

Mithilfe eines tragbaren Stereo-Aufnahmegerätes wurden ca. elf Stunden Interviewmaterial digital aufgezeichnet. Die Nutzerbefragung dauerte drei Stunden (im Durchschnitt ca. 20 Minuten), die Befragung der Professionellen nahm ca. acht Stunden (durchschnittlich 48 Minuten) in Anspruch.

Im Zeitraum bis Januar 2015 wurde das Material vollständig transkribiert. Die Transkripte wurden inhaltsanalytisch ausgewertet, sodass im Juni 2015 die Ergebnisse vorlagen. Insbesondere die Ergebnisse der Inhaltsanalyse wurden regelmäßig mit anderen – an der Studie *Evaluation Sozialraum Dithmarschen* beteiligten – Forschern diskutiert, um die Gütekriterien der Inhaltsanalyse zu gewährleisten (vgl. Kapitel 3.4.2.2). Die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse sowie die Niederschrift dieser Arbeit beanspruchten die Zeit bis Juni 2016.

3.2 „Stakeholder involvement“ und partizipative Forschung

Da der Anspruch bestand, die Befragten Nutzer und Professionellen als Teilhabende (engl. „Stakeholder“) mit in den Forschungsprozess einzubeziehen, wurde ein partizipativer Ansatz gewählt. Der Übergang zwischen „Partizipation“ und „Nicht-Partizipation“

vollzieht sich fließend und da kein allgemeiner Konsens darüber besteht, was partizipative Evaluation (PE) ist (Caspari 2006), soll zunächst das in dieser Arbeit zugrunde gelegte Verständnis ausgeführt werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Evaluation versteht als Aufgabe von Evaluation die „*systematische Untersuchung des Nutzens eines Gegenstandes*“ (DeGEval 2015). Das Prädikat „partizipativ“ verweist dabei auf die Absicht, wissenschaftliche und praktische Sichtweisen zu vereinen, um soziale Realität präziser abzubilden.

Durch den verstärkten Praxisbezug zeichnen sich Forschungsergebnisse oft durch stärkeren Gegenstandsbezug aus, können jedoch nicht regelhaft abstrahiert werden (Mayring 2007). Nach King (2012, S. 199) ist definierendes Grundmerkmal der PE die systematische Beteiligung von Nutzern bzw. Stakeholdern und Evaluatoren. Neben der Erzeugung praktischen Wissens beabsichtigt PE, im Forschungsfeld eine konzeptionelle Entwicklung anzustoßen. Diese kann z. B. darin bestehen, dass möglicher Erkenntnisgewinn aus der Evaluation in Arbeitsabläufe im Feld integriert wird (Brandes & Schaefer 2013). Anders gesagt zielt partizipative Forschung darauf, „*soziale Praktiken nicht nur zu untersuchen, sondern perspektivisch auch zu verändern*“ (Stamer et al. 2015, S. 969).

In der psychiatrischen Versorgungsforschung geht der Einbezug von Nutzern zurück auf die Empowermentbewegung (Krumm 2006), entsprechend wird die PE im englischen Sprachraum auch als „empowerment evaluation“ oder „inclusive evaluation“ bezeichnet (Ryan et al. 1998). In der Psychiatrie bedeutet Empowerment,

„dass die Betroffenen Möglichkeiten der Einflussnahme auf ihr eigenes Leben zurückgewinnen – indem sie die psychische Erkrankung bewältigen, vermehrt bei der Behandlung und den Behandlungsstrukturen mitbestimmen oder auf politischer Ebene Einfluss nehmen“ (Knuf 2003, S. 17).

Von Unger (2012) verweist darüber hinaus auf den hohen Stellenwert von partizipativen Ansätzen in der Gesundheitsförderung, insbesondere, für die Einbeziehung von sozial oder gesundheitlich marginalisierten Gruppen. Partizipation könne jedoch nur dann gesundheitsfördernd wirken, wenn sie mit Befähigungs- und Bemächtigungsprozessen auf Seiten der Partizipierenden einhergehe. Manche Forscher ordnen Nutzerbefragungen, die nicht auf partizipative Ansätze zurückgreifen sogar als manipulativ ein (Wallerstein 2006).

Zur Bestimmung des Partizipationsgrades von Forschungsprojekten schlug King (2012, S. 200) ein Modell vor, welches das Ausmaß der Partizipation in drei Stufen unterteilt; evaluatorgesteuert, kollaborativ oder akteursgesteuert. Im ersten Fall werden die relevanten Entscheidungen vom Evaluator getroffen, wogegen sie bei der kollaborativen Form zwischen Nutzern und Evaluatoren ausgehandelt werden. Bei der akteursgesteuerten Evaluation übernimmt der Evaluator die Rolle eines Dienstleisters, der Nutzer zu Co-Forschern ausbildet, sie so zur Durchführung der Untersuchung befähigt, die technische Ausstattung bereitstellt und den Vorgang aus Gründen der Qualitätssicherung begleitet. Auf dem Vorschlag von King basierend entwickelten Wright et al. (2010, vgl. Abb. 1) ein differenzierteres Modell für die Beteiligung an Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Qualitätsentwicklung.¹³ In neun Stufen bildet es ab, welche partizipativen Potentiale bzw. Niveaus zur Verfügung stehen. Das Modell ist so konzipiert, dass das Ausmaß an Verantwortlichkeit der Partizipierenden im Forschungsprozess mit jeder Stufe zunimmt. Insbesondere die höheren Stufen (6-9) implizieren nicht nur einfache „Teilnahme“, sondern „Teilhabe“ von Nutzern an der Forschung.

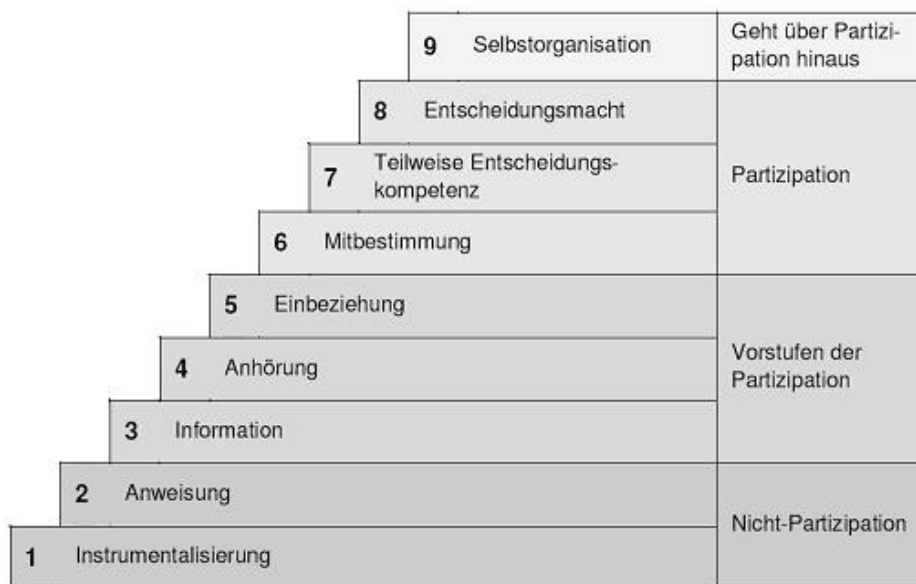


Abbildung 2: Stufenmodell der Partizipation (Wright et al. 2010, S.42)

¹³ Das Modell basiert auf einem 8-stufigen Modell der Bürgerbeteiligung an politischen Prozessen nach Arnstein und Trojan (vgl. von Unger 2012, S. 27)

Brandes und Schaefer (2013) benennen folgende Vorzüge von PE:

- Schaffung von Synergieeffekten für den Forschungsprozess durch Zusammenwirken verschiedenster Akteure,
- Nutzerbeteiligung führt zu Kompetenzgewinn sowohl auf Seiten der Evaluatoren als auch beim Nutzer,
- kleine Erhebungs- und Auswertungszyklen führen dazu, dass Ergebnisse im laufenden Forschungsprozess an die Stakeholder rückgemeldet werden können. Beziehen sich diese Ergebnisse bspw. auf Prozesse und Arbeitsabläufe, die es zu verändern gilt, dann können die Veränderungen unmittelbar umgesetzt werden. So entsteht ein iterativer Prozess, der zur Qualitätssicherung des Interventionskonzeptes beiträgt.¹⁴

Zu den Schwierigkeiten und Herausforderungen von PE gehören:

- Erhöhter v. a. zeitlicher Ressourcenbedarf,
- Grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten zwischen den Akteuren können zum Abbruch führen oder den Forschungsprozess erschweren,
- Vorhandensein gegenseitiger Bereitschaft, sich auf Lern- und Entwicklungsprozesse einzulassen,
- Anforderung an den Wissenschaftler bestehen nicht nur in der Kenntnis des nötigen Methodenwissens, sondern auch in dessen Fähigkeit mit den Nutzern – sprich mit den Co-Forschern – auf Augenhöhe kommunizieren zu können bzw. einen gleichberechtigten Austausch mit ihnen zu ermöglichen.¹⁵

Unter Berücksichtigung oben genannter Vorzüge, Schwierigkeiten und Herausforderungen PE ist die vorliegende Studie als „evaluatorgesteuert“ bis „kollaborativ“ nach King (2012) einzuordnen. „Kollaborativ“ ist der Einbezug der Professionellen deshalb, da Letztere nach dem Prinzip der Mitbestimmung einbezogen, bzw. ihnen in Teilen sogar Entscheidungskompetenzen übertragen wurden.¹⁶ So wurde der für die Nutzer-Interviews verwendete Leitfaden gemeinsam mit den Professionellen entwickelt. Es waren auch die

¹⁴ Modifiziert nach Brandes und Schaefer (2013, S. 133 ff.)

¹⁵ Vergleiche vorangehende Fußnote.

¹⁶ Professionelle schließt sämtliche an der Forschung beteiligten Psychiatrieprofis mit ein, die im Kreis Dithmarschen tätig sind, nicht jedoch die Evaluatoren selbst, sprich der Forscher der Charité.

professionellen Akteure, die die Studienteilnehmer auswählten und mit ihnen Aufklärungs- bzw. Vorgespräche durchführten.¹⁷ Diese Gespräche dienten zwar vorwiegend der sachgemäßen Zusammensetzung der Stichprobe, dennoch wurden auch für die Fragestellung relevante Daten erhoben.¹⁸

Zugleich kann Studienteil III. auch als „evaluatorgesteuert“ bezeichnet werden, da die Nutzer des GPZ weder zu Co-Forschern ausgebildet wurden, noch übernahmen sie die Befragung der Studienteilnehmer, wie es bspw. in aktorsbezogenen Settings vorgesehen ist. Nach Wright's Stufenmodell der Partizipation (vgl. Abb. 1) ist der nutzerbezogene Forschungsteil den Stufen Anhörung und Einbeziehung zuzuordnen, was lediglich einer Vorstufe von Partizipation entspricht. Vollständige Partizipation wäre erst gegeben, wenn Nutzer auch Mitbestimmungsrechte trügen. Selbst wenn in den Leitfadeninterviews gefragt wird, ob sich die Nutzer vorstellen könnten, an der künftigen Weiterentwicklung des GPZ mitzuwirken, tun sie dies eben noch nicht im vorliegenden Forschungsdesign.

Während der Planungsphase der Studie gab es die Überlegung, ein Forschungskonzept zu verfolgen, welches ein höheres Niveau an Partizipation vorsieht, die sogenannte „Community based participatory research“ (CBPR). Demnach sind alle Beteiligten in jedem Schritt des Forschungsprozesses als gleichberechtigte Entscheidungsträger einzubeziehen; von Planung über Durchführung und Auswertung, bis hin zur Deutung der Ergebnisse (Israel et al. 1998, Minkler & Wallerstein 2011). Bedingt durch die mit diesem Ansatz verbundenen höheren zeitlichen und finanziellen Ressourcen, konnte die CBPR jedoch nicht implementiert werden.¹⁹

¹⁷ Die Bezeichnung Studienteilnehmer schließt einerseits Nutzer, Betroffene bzw. Patienten, die das GPZ in Dithmarschen besuchten ein und darüber hinaus sämtliche Professionellen (vgl. vorangehende Fußnote).

¹⁸ Dies bezieht sich auf die situative und biographische Anamnese, die durch die professionellen erhoben wurde.

¹⁹ Der hauptsächliche Mehraufwand bei der CBPR entsteht durch die Schulung von Nutzern als Co-Forscher. In der vorliegenden Studie nahmen lediglich die Professionellen als Co-Forscher teil, was sich als weniger aufwändig herausstellte, da die Professionellen bereits über den Großteil der für die Tätigkeit als Co-Forscher notwendigen Kompetenzen verfügten.

3.3 Interviews

3.3.1 Halbstandardisierte Leitfadeninterviews (Nutzer)

Im Vorfeld des Interviews stellte der Befragende seine Person sowie das Anliegen der Befragung vor. Daraufhin wurden auch die Nutzer gebeten, sich persönlich vorzustellen. Um die Atmosphäre etwas aufzulockern, wurde ein paar Minuten beiläufige Konversation geführt. Anschließend wurde eine kurze biographische sowie psychiatrische Anamnese erhoben. In einem soziodemographischen Fragebogen wurden Basisparameter wie Geschlecht, Alter, psychiatrische Diagnose (sofern vorhanden), Wohnort und Beruf erfasst.

Für das halbstandardisierte Interview wurde ein Leitfaden entwickelt, der sich auf die konkrete Beratungssituation im GPZ bezieht (vgl. Kapitel 3.3.1.1). Um eine möglichst detaillierte Äußerung der Erfahrungen und Erwartungen der Nutzer zu erlangen, wurde ein offener Fragestil gewählt, d. h. der Leitfaden durfte situativ – also während des Interviews – angepasst werden. Nach Beendigung des Gesprächs und Verabschiedung der Befragten wurden vom Interviewer sogenannte Kontextprotokolle angefertigt, um wichtige Aspekte, die nicht in der Tonaufzeichnung enthalten sind, zu erfassen.²⁰ Dazu gehören bspw. nonverbale Äußerungen oder Informationen darüber, wie der Interviewer das Gespräch wahrgenommen hat.

²⁰ Auch systematisches Interviewprotokoll oder Contact Summary Sheet genannt (Flick 2014).

3.3.1.1 Interviewleitfaden

Tabelle 2: Interviewleitfaden zur Nutzerbefragung

Begrüßung

Ich freue mich, dass Sie sich zu diesem Gespräch bereit erklärt haben. Haben Sie vorab Fragen?

Kontakt mit dem GPZ

- 1) Mich interessiert zunächst wie Ihr letzter Kontakt mit dem GPZ war. Bitte erinnern Sie sich zurück!
 - a) Warum kamen Sie in das GPZ, was war der Anlass?
 - b) Worüber haben Sie gesprochen?

Beratung im GPZ

- 2) Wie fanden Sie die Beratung im GPZ?
 - a) Fanden Sie etwas besonders gut?
 - b) Hat Ihnen etwas nicht gefallen?
 - c) Hat was gefehlt?
 - d) Fanden Sie die Beratung fachlich kompetent? Inwiefern?
 - e) Hat Ihnen die Beratung was gebracht? Wenn ja, was?
 - f) Wie würden Sie Ihre Beziehung zum Ansprechpartner im GPZ charakterisieren?
- 3) Wie sehen Sie Ihren Anteil am Ergebnis bzw. an den getroffenen Entscheidungen?
- 4) Könnten Sie sich vorstellen, an der Weiterentwicklung des GPZ mitzuwirken?

Abwendung von Klinikaufenthalten und stationärer Eingliederungshilfe

5. Konnte durch den Besuch des GPZ eine stationäre oder tagesklinische Behandlung oder ein ambulanter Arztbesuch verhindert werden?
6. Welche Alternativen zur Behandlung in Krankenhaus und Tagesklinik kennen bzw. nutzen Sie?
7. Haben Sie im GPZ über diese Alternativen etwas dazugelernt? Wenn ja, was?
8. Wo sehen Sie deren Vorteile gegenüber der Krankenhausbehandlung?
9. Haben Sie bereits Leistungen, die unter die Eingliederungshilfe fallen in Anspruch genommen? Wenn ja, welche?

Abschluss

Ich habe nun keine weiteren Fragen mehr. Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, was noch nicht erwähnt wurde und was Ihnen wichtig erscheint?

3.3.2 Problemzentrierte Experteninterviews (Professionelle)

Bei der Befragung der professionellen Akteure wurden die Grundsätze und Instrumente des problemzentrierten Experteninterviews (PZI) nach Witzel (2000, S. 1) herangezogen, um „eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ zu akquirieren. Das PZI ist deshalb für die vorliegende Fragestellung geeignet, weil es einen deutlich höheren Strukturierungsgrad aufweist als narrative Interviews und zum anderen, da es auf einen gemischt induktiv-deduktiven Auswertungsprozess vorbereitet: Angelehnt

an das Offenheitsprinzip wird mit erzählungsgenerierenden Kommunikationsregeln die Narration des Interviewten angeregt (induktiver Aspekt), während der Interviewer die Kommunikation immer stärker zum Forschungsproblem hin zentriert und bestehende Erklärungsmodelle einbezieht (deduktiver Aspekt). Im vorliegenden Fall wurden die Experten eingangs gebeten, ihren Anteil und ihre Berührungspunkte mit dem rechtskreisübergreifenden Koordinationsmodell zu skizzieren. So wurde schrittweise zu der zentralen Problemstellung hingeführt, nämlich, welche Faktoren es sind, die die Zusammenarbeit zwischen den Rechtskreisen fördern oder behindern. Je nach Reflexivität und inhaltlicher Fokussierung des Interviewpartners, lag es dann am Interviewer, Narrative zu dosieren bzw. stärker auf Nachfragen im Dialogverfahren zurückzugreifen. Zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews wurden die Themenfelder, die in jedem Fall zur Sprache kommen sollten in Form von Leitfadenfragen festgehalten.²¹

3.4 Auswertung

3.4.1 Pseudonymisierung und Transkription

Alle erhobenen Informationen (Interviewmaterial, soziodemographische Fragebögen, Kontextprotokolle) wurden aus Gründen des Datenschutzes pseudonymisiert gespeichert. Die als Audiodatei vorliegenden Interviews wurden mit Hilfe der Transkriptionssoftware „f4analyse“ wörtlich transkribiert.²² Da die Transkriptionsarbeiten in Teilen als Auftragsarbeit an Dritte vergeben wurde, eine Schweigepflichterklärung bzw. eine Erklärung zur Sicherstellung von Datenschutz und Datensicherheit bei der Arbeit mit personenbezogenen Daten unterzeichnet. Der überwiegende Teil der Transkriptionen wurde vom Promovenden durchgeführt.

Es wurde nach den Regeln des *Vereinfachten Transkriptionssystems* nach Dresing und Pehl (2011) transkribiert, deren zentrale Aspekte wie folgt zusammengefasst werden können:

- Die interviewende Person wird mit „I“, die Befragte mit „B“ abgekürzt. Jeder Sprecherbeitrag erhält einen eigenen Absatz. Dialekte werden ins Hochdeutsche übersetzt, paraverbale Äußerungen werden beim Einsatz in runden Klammern notiert.

²¹ Die Leitfadenfragen sind in Kapitel 2 nachzulesen.

²² Die Software wurde unter www.audiotranskription.de heruntergeladen.

- Zu pseudonymisierende Inhaltsbestandteile werden entsprechend den Richtlinien des Wiener Instituts für sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik (2011) und des UK Data Archive (2010) verschlüsselt.
- Eigennamen von Personen und Institutionen sowie Orte (Städte, Adressen und Länder) werden pseudonymisiert. Die Pseudonymisierungen aller Interviews werden in einer Excel-Datei hinterlegt, diese wird auf einem anderen Laufwerk als die fertigen Transkripte gespeichert.

3.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Auswertung der Transkripte wurde nach den Regeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) durchgeführt. Der Autor hat sich für diese Methode entschieden, da sie die Möglichkeit bietet, das Material durch Abstraktion in eine kompaktere Form zu überführen, die *„immer noch Abbild des Grundmaterials“* ist (Mayring 2010, S. 65), also den Forschungsgegenstand nach wie vor in der Sprache des Materials bzw. der interviewten Personen erfasst.

Die vorliegende Arbeit begreift demnach die Inhaltsanalyse als *„die Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt“* (Mayring 2010, S. 11). Unter einem systematischen, regel- und theoriegeleiteten Vorgehen wird das Ziel verfolgt, fixierte Kommunikation zu analysieren und Rückschlüsse zu ziehen. Dabei geht es neben den explizit-verbale Kommunikationsinhalten auch um implizite Informationsgehalte. Diese sind beispielsweise in non-verbale Ausdrucksformen (z. B. Schweigen, Wortwiederholungen) enthalten. Schließlich soll *„eine induktive Kategoriendefinition [...] die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess [ableiten], ohne sich auf vorab formulierte Theoriekonzepte zu beziehen“* (Mayring 2010, S. 83).

Die Auswertung wurde unter Zuhilfenahme von Microsoft Word und Excel durchgeführt. Inhaltstragende Textbestandteile wurden mittels Kommentarfunktion in Word mit Memos versehen. Weitere Reduktions- und Abstraktionsschritte erfolgten schließlich in Excel.

3.4.2.1 Ablaufmodell und praktische Durchführung

Das Ablaufmodell der *Zusammenfassenden Inhaltsanalyse* (Mayring 2010, S. 68) diene als Durchführungsanleitung. Es wurde größtenteils übernommen und an die Forschungsfrage adaptiert.²³ Die Inhaltsanalyse wurde für die beiden Fragestellungen und Akteursgruppen (Nutzer bzw. Professionelle) getrennt durchgeführt. Folgende Darstellung enthält die Einzelschritte der Analyse von Materialreduktion bis hin zur induktiven Kategoriebildung:

1. Bestimmung der Analyseeinheiten: Die Kodiereinheit ist der kleinste Textbestandteil, der einer Kategorie zugeordnet werden kann. Jede Aussage eines Akteurs über seine Erfahrungen, Erlebnisse und Bewertungen in Zusammenhang mit dem GPZ stellt eine Kodiereinheit dar. Die Kontexteinheit definiert hingegen den größten Materialbestandteil, der mit einer Kategorie erfasst werden kann. Die Auswertungseinheit legt fest, in welcher Reihenfolge Textbestandteile analysiert werden. Im vorliegenden Fall sind Kontext- und Auswertungseinheit identisch, wobei sie im ersten Materialdurchlauf vom einzelnen Akteur, im zweiten Durchgang vom Gesamtmaterial aller Befragten einer Akteursgruppe gebildet werden.
2. Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen: Nicht inhaltstragende Bestandteile werden gestrichen, die Formulierung erfolgt in einer einheitlichen Sprachebene.
3. Generalisierung bzw. Anpassung des Abstraktionsniveaus der Paraphrasen: Letzteres legt fest, inwieweit die aus dem Material durch Reduktion gewonnenen Kodiereinheiten zu verallgemeinern sind. Unter dem angestrebten Abstraktionsniveau liegende Paraphrasen werden generalisiert. Vor dem Verfassen einer neuen Kodiereinheit wird überprüft, ob diese in den bisher formulierten Paraphrasen enthalten ist, oder ob sie mit „*anderen generalisierten Paraphrasen in Bezug steht, sodass sie bündelbar, konstruierbar, integrierbar zu einer neuen Aussage ist*“ (S. 70).
4. Erste Reduktion durch Selektion und Streichung bedeutungsgleicher Paraphrasen.
5. Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau. Die Schritte 1-5 wurden aufgrund der

²³ Die folgende Darstellung wurde z. T. wörtlich von Mayring (2010, S. 68 ff.) übernommen und teilweise modifiziert.

Menge des durchzugehenden Materials und aus zeitökonomischen Gründen in einem Durchlauf erledigt.

6. Zusammenstellung der Aussagen zu einem Kategoriensystem. Es wird zwischen Haupt-, Kontext- und Unterkategorien differenziert. Anschließend wird überprüft, inwieweit die Kategorien das Ausgangsmaterial noch repräsentieren.
7. Es folgt ein zweiter Durchlauf (ab Schritt 3), wobei die Auswertungseinheit nicht mehr vom einzelnen Transkript, sondern vom Gesamtmaterial einer Akteursgruppe gebildet wird. Gleichzeitig wird das Abstraktionsniveau erhöht und es entstehen allgemeinere Aussagen zur Versorgungszufriedenheit der Nutzer bzw. zur Zusammenarbeit der professionellen Akteure.
8. Wiederholte Überprüfung der Kategorien sowie der untergeordneten Codes am Ausgangsmaterial.

Das zuvor beschriebene Ablaufmodell wird bei Einbeziehung von Interpretationsregeln (vgl. Mayring 2010, S. 70) und unter Anpassung des Abstraktionsgrades so oft durchlaufen, bis das gewünschte Abstraktionsniveau erreicht ist.

Dabei kann der Prozess der Kategorienbildung als gemischt induktiv-deduktiv bezeichnet werden. Durch Orientierung an einem Leitfaden, der ausgehend von der Forschungsfrage sowie anhand theoretischer Vorannahmen zur Patientenzufriedenheit entwickelt wurde, kann der Entstehungsprozess des Kategoriensystems der Nutzerbefragung als hauptsächlich deduktiv angesehen werden. Unter- und Kontextkategorien sollen hingegen induktiv entstehen. Sie sind aus den individuellen Erfahrungen und Perspektiven der Nutzer abzuleiten. Aus erkenntnistheoretischer Sicht ähneln sich die Prozesse der Kategorienbildung bei Nutzern und Professionellen. Durch Verwendung des problemzentrierten Experteninterviews, das prinzipiell weniger leitfadenorientiert ist und Narrative bevorzugt, ist jedoch anzunehmen, dass die Ergebnisse der Befragung der Professionellen aus einem stärker induktiven Prozess hervorgehen.

3.4.2.2 Gütekriterien

Die Überprüfung der Forschungsergebnisse auf Reliabilität und Validität gehören zu den Standards (sozial)wissenschaftlichen Arbeitens, weshalb sie auch in der vorliegenden Studie untersucht werden sollen.²⁴

Üblicherweise wird die Verlässlichkeit als Intercoderreliabilität bestimmt. Dabei wird das Material unter Einhaltung der anfänglich definierten Kodierregeln (Analyseeinheiten, Abstraktionsniveau) von weiteren Forschern bearbeitet und die entstehenden Kategorien werden gegengeprüft. Dieser Ansatz wurde auch in der vorliegenden Arbeit verfolgt, indem ein externer Forscher mehrere Transkripte vollständig kodierte.²⁵ Im Anschluss wurden die Kategoriensysteme zwischen den beteiligten Forschern konsentiert. Der Ablaufplan wurde optimiert und um Regeln ergänzt, sofern sich Abweichungen bei der Kodierung auf Ungenauigkeiten des Ablaufplanes zurückführen ließen. Mayring (2010, S. 117) kritisiert an diesem Konzept, dass Intercoderreliabilität sich gerade bei umfangreichen Kategoriensystemen nur schwer herstellen lasse. Dem ist entgegenzusetzen, dass es bei Reliabilitätsprüfungen nicht ausschließlich darum geht, vollständige Kongruenz zwischen zwei Systemen herzustellen; im Gegenteil – durch Einbezug weiterer Auswerter können neue inhaltliche Aspekte sichtbar gemacht werden.

Zur Sicherung der Validität wird in der Literatur die *kommunikative Validierung* beschrieben. Bei dieser Methode geht es um eine Rücküberprüfung der Ergebnisse in Form einer Diskussion zwischen Forschern und Beforschten. Dies konnte aus verschiedenen Gründen nur für die Expertenbefragung geleistet werden. Der entscheidende Grund war, dass man sich mit den befragten Nutzern nicht auf einen gemeinsamen Termin einigen konnte. Mayring (2010, S. 120) führt die Validitätsprüfung jedoch nicht als notwendiges Gütekriterium der zusammenfassenden Inhaltsanalyse an.

²⁴ Reliabilität ist gleichzusetzen mit Verlässlichkeit oder Genauigkeit, Validität steht für die Richtigkeit oder Gültigkeit der Ergebnisse.

²⁵ Jeweils ein Transkript jeder Akteursgruppe wurde kodiert. Das Prädikat „extern“ verweist darauf, dass der Forscher nicht der AG *Evaluation Sozialraum Dithmarschen* angehörte.

4. Ergebnisse

4.1 Erfahrungen der Nutzer

Die Ergebnisse der Nutzerbefragung sind aus Gründen der Übersichtlichkeit in Tabellenform gehalten, wobei jeder Hauptkategorie (HK) eine Kurzbeschreibung vorangestellt ist. Dieser folgt dann die tabellarische Darstellung der – eine HK bildenden – Unterkategorien (UK).

HK stehen in direktem Zusammenhang mit der Forschungsfrage, nämlich der Erforschung von Erfahrungen, Erwartungen und der Zufrieden- bzw. Unzufriedenheit der Nutzer mit der Beratung im GPZ. Sie sind überwiegend deduktiv aus den Fragen des Interviewleitfadens als auch aus theoretischen Vorannahmen abgeleitet. So spiegelt sich die HK „Positive Erfahrungen und Zufriedenheit“ z. B. in den Fragen „Wie fanden Sie die Beratung im GPZ?“ und „Fanden Sie etwas besonders gut?“ wider. Tabelle 3 gibt eine Übersicht zum System der HK mit ihren jeweils korrespondierenden Leitfadenfragen.

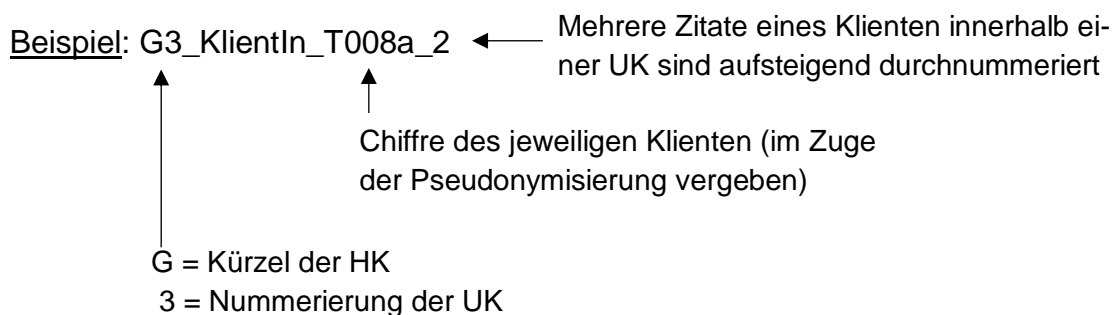
Tabelle 3: Hauptkategorien und zugehörige Leitfadenfragen der Nutzer

- **Positive Erfahrungen und Zufriedenheit (A)**
„Was war Ihre Erfahrung mit der Beratung im GPZ? Wie fanden Sie die Beratung im GPZ? Fanden Sie etwas besonders gut?“
- **Negative Erfahrungen und Kritik (B)**
„Was war Ihre Erfahrung mit der Beratung im GPZ? Was hat Ihnen nicht gefallen?“
- **Vorteile aufsuchender Beratung (C)**
„Welche Alternativen zur Behandlung in Krankenhaus und Tagesklinik kennen bzw. nutzen Sie? Wo sehen Sie deren Vorteile gegenüber der Krankenhausbehandlung?“
- **Beziehung zum Berater (D)**
„Fanden Sie die Beratung fachlich kompetent? Inwiefern? Wie würden Sie Ihre Beziehung zum Ansprechpartner im GPZ charakterisieren?“
- **Shared Decision Making (E)**
„Wie sehen Sie Ihren Anteil am Ergebnis bzw. an den getroffenen Entscheidungen?“
- **Ergebnisse der Beratung (F)**
„Worüber haben Sie gesprochen? Hat Ihnen die Beratung was gebracht? Wenn ja, was?“
- **Konsultationsgründe (G)**
„Warum kamen Sie in das GPZ, was war der Anlass?“

Die UK sind hingegen überwiegend induktiv entstanden und bilden das Kondensat des in mehreren Auswertungszyklen durchlaufenen Materials. Im Zuge der – mit fortschreitender Inhaltsanalyse einhergehenden – Abstraktion und Reduktion des Materials wurden die UK zunehmend in das System der HK integriert.

Die Reihenfolge der Darstellung der HK beinhaltet keine unterschiedliche Wertung oder Gewichtung der Ergebnisse. UK werden hingegen in absteigender Häufigkeit ihres Vorkommens im Material besprochen. In der Regel wird jede UK von mindestens ein und höchstens vier Ankerbeispielen – je nach Verfügbarkeit und Passgenauigkeit der vorhandenen Zitate – begleitet.²⁶

Jedes Ankerbeispiel wurde mit einem eindeutigen Referenzschlüssel versehen, um sich im Zuge der Beschreibung der Kategorien auf die zugrundeliegenden Zitate beziehen zu können. Der Referenzschlüssel setzt sich wie folgt zusammen:



4.1.1 Positive Erfahrungen und Zufriedenheit (A)

Die Unterkategorie Zeit nimmt eine zentrale Stellung bei den positiven Erfahrungen der Nutzer ein. Sie verweist hier zum einen auf eine kurze Wartezeit für einen GPZ-Termin, als auch die im Beratungsgespräch ausreichend zur Verfügung stehende Zeit. Letztere bezieht sich sowohl auf die Dauer einzelner Treffen, als auch auf die – über mehrere Sitzungen hinweg – zur Verfügung stehende Zeit. „*Ich fand das eben halt gut, dass [die Beraterin] [...] sich wahnsinnig viel Zeit genommen hat für die Sache*“, schildert eine Klientin (A1_KlientIn_T004a).

²⁶ Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die in der Beschreibung der HK benannten Unterkategorien im Folgenden mit Unterstreichungen dargestellt.

Die positiven Erfahrungen mit aufsuchender Beratung, werden im Zuge der Darstellung der HK „Vorteile aufsuchender Beratung“ (siehe unten) besprochen.

Durch das Angebot einer 24 Stunden verfügbaren Rufbereitschaft fühlen sich die Nutzer des Zentrums entlastet (vgl. UK Sicherheit). Dieser Notdienst für psychosoziale Krisen wird durch die beiden Mitarbeiter des GPZ geleistet – wobei der reguläre Kliniknotdienst der psychiatrischen Abteilung fortbesteht. Allein das Wissen über das Bestehen des GPZ scheint Ängste zu reduzieren, wie z. B. das Gefühl, im Anschluss an einen stationären Aufenthalt ohne Hilfen zu sein (vgl. A3_KlientIn_T008a).

Ferner begrüßen die Klienten, dass die Beratung auch ohne Krankenversicherung unentgeltlich zugänglich sei. Eine der Nutzerinnen (KlientIn_T005a) war bspw. – bedingt durch Privatsolvenz – im sogenannten GKV/PKV-Notlagentarif versichert. Da dieser Spezialtarif lediglich einen reduzierten Leistungsumfang beinhaltet, nämlich nur medizinische Leistungen der Akut- und Schmerzversorgung, konnte die Nutzerin keine ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen. Die Beratung konnte im vorliegenden Fall genutzt werden, um die Klientin (a) durch Gespräche zu entlasten und (b) den Wechsel in einen regulären Krankenkassentarif anzubahnen.

Nutzer schätzen das umfassende und fundierte Informationsangebot im GPZ, insbesondere über die regionalen, niederschweligen Hilfen (Begegnungs- und Tagesstätten, Schuldnerberatung u. a.). Dies wird in der Verwunderung einer Klientin deutlich, die von der GPZ-Beraterin eine spezielle Selbsthilfegruppe für ihr – an einer seltenen neurologischen Erkrankung leidendes – Kind empfohlen bekommen hatte (vgl. A4_KlientIn_T009a). Vor Bestehen des GPZ schien es hingegen nicht leicht gewesen zu sein, sich in den zahlreichen Hilfsangeboten zurechtzufinden und das jeweils passende auszuwählen.

Tabelle 4: „Positive Erfahrungen und Zufriedenheit“ (A)	
1. Zeit	<p>„Ich fand das eben halt gut, dass [die Beraterin] [...] sich wahnsinnig viel Zeit genommen hat für die Sache.“ (A1_KlientIn_T004a)</p> <p>„Da sagte [die Beraterin] auch, ja eigentlich brauchst Du auch gar nicht wiederzukommen, aber sie hat wirklich mir dann gleich gesagt, so, wir treffen uns nochmal in einer Woche oder eineinhalb und schnacken dann nochmal drüber und das fand ich [...] halt sehr gut, dass sie sich dann halt nochmal die Zeit nimmt. [...] Das ist sehr gut.“ (A1_KlientIn_T006a)</p>

Ergebnisse

	<p>„Mein Arzt hat [die Beraterin] konsultiert. Ich bin zu meinem Hausarzt gegangen und habe mit dem über alles geredet. Und er meinte, ich soll eine Therapie machen, aber wahrscheinlich erst mal überhaupt jemanden zum Reden bekommen und dann hat er sofort [die Beraterin] konsultiert und eine Stunde später stand sie dann bei mir vor der Tür.“ (A1_KlientIn_T003a)</p> <p>„Also die [Beraterin] hatte auch gesagt Du kannst morgen gleich herkommen oder gleich, also das war [total flexibel].“ (A1_KlientIn_T006a_2)</p> <p>„[Die Beraterin] hat sofort gesagt. Ja, dann komme ich gern zu ihnen nach Hause und hat sofort ein Termin mit mir gemacht, für den nächsten Tag. Da war ich echt froh.“ (A1_KlientIn_T007a)</p>
2. Aufsuchende Beratung	<p>„Sie [, die Beraterin,] kommt zu mir aufs Dorf und das finde ich echt toll, weil ich ja nicht die Möglichkeit habe, zur Klinik zu kommen. Das ist echt toll. [...] Ich war auch ganz überrascht, dass man auch außerhalb betreut werden kann und auch heute mit dem [von Zuhause ab]Holen, da war ich völlig baff.“ (A2_KlientIn_T008a)</p> <p>„Ich hab gedacht, [...] eigentlich brauch ich jemanden, der zu mir kommt, wo ich nicht hin muss. [Außerdem hab ich] derzeit auch noch eine Verbrennung am Fuß, da kam wirklich alles zusammen. Etwas wo ich nicht jetzt hin muss, irgendwie eine Stelle aufsuchen muss. Sondern jemand, der zur mir nach Hause kommt. [...] [Die Beraterin] hat sofort gesagt. Ja, dann komme ich gerne zu ihnen nach Hause und hat sofort ein Termin mit mir gemacht, für den nächsten Tag. Da war ich echt froh.“ (A2_KlientIn_T007a)</p>
3. Sicherheit	<p>„Das finde ich auch ganz toll: [Die Beraterin] hat mir die Telefonnummer gegeben, [ich] kann sie auch jederzeit anrufen. Also von daher fühle ich mich sicherer, dass es sowas gibt.“ (A3_KlientIn_T008a)</p> <p>„Ich hatte Angst alleine rauszukommen [...] aus dem Krankenhaus ohne Unterstützung. Da hatte ich Angst gehabt, die ersten Tage. Wieder alleine [zu sein]. Aber jetzt so – Sicherheit. Einfach die Sicherheit, dass [die Beraterin] da ist, das macht schon viel aus.“ (A3_KlientIn_T008a_2)</p>
4. Kranken-versicherung nicht notwendig	<p>„Ein sehr großer Vorteil war [die kostenlose Beratung] – ich habe aufgrund der Insolvenz [...] auch große Probleme mit der Krankenkasse, bin momentan im sogenannten Nottarif versichert. [...] Im Grunde wusste ich nicht, ob ich überhaupt versichert bin. Und eine stationäre Aufnahme in eine Klinik wäre für mich sowohl privat als auch eben finanziell überhaupt nicht möglich, weil ich nicht wusste, ob ich überhaupt abgesichert bin.“ (A4_KlientIn_T005a)</p>
5. Gutes Informationsangebot	<p>„Aber das finde ich wichtig und cool [...], dass [die Beraterin] auch gleich wusste, dass es da eine Selbsthilfegruppe für die Behinderung meines Kindes gibt.“ (A5_KlientIn_T009a)</p>

4.1.2 Negative Erfahrungen und Kritik (B)

Acht der neun Befragten gaben an, durchwegs gute Erfahrungen mit der Beratung gemacht zu haben. Eine Nutzerin kritisierte hingegen die fehlende Sichtbarkeit des Zentrums bei regionalen Hilfeinstitutionen (Arbeitsamt, Jobcenter und Schuldnerberatung) und im Internet. Für sie war eine mehrmonatige erfolglose Suche nach psychosozialer Unterstützung vorausgegangen (vgl. B2_KlientIn_T005).

1. Keine Unzufriedenheit oder Kritik	<p>„Ja, also es war wirklich alles gut. Also da hat mir jetzt irgendwie nichts besonders gefehlt.“ (B1_KlientIn_T006a)</p> <p>„Ich wüsste auch nichts zu kritisieren, weil momentan kann ich echt nur sagen – finde ich gut, dass es so etwas gibt, echt.“ (B1_KlientIn_T008a)</p>
2. Fehlende Sichtbarkeit des GPZ	<p>„Ich hatte schon zuvor ungefähr ein Drittel Jahr lang immer wieder an verschiedensten Stellen angefragt ob Hilfsprogramme [...] in dieser Art und Weise bekannt sind, die man in Anspruch nehmen kann [...] und keiner wusste etwas. Das finde ich sehr sehr [...] schade.“ (B1_KlientIn_T005a)</p> <p>„Ich finde einfach, dass diese Angebote deutlich mehr präsent sein müssen bei Institutionen, die eben sich z. B. mit Arbeitslosen, Insolvenzen mit – es gibt ja so viele andere Situationen wo man in Stress, in Notsituationen gerät [befassen]. Dass es einfach viel verbreiteter sein müsste, weil ich ewig gebraucht habe, bevor ich jetzt tatsächlich eine Anlaufstelle hatte. Also das finde ich, ist einer der ganz ganz wichtigen Punkte.“ (B1_KlientIn_T005a_2)</p> <p>„Dann hab ich mich in Internetforen erstmal schlau gemacht, [...] über Einrichtungen aus meiner Region, da kam aber nichts richtig zustande. Da gab's keine konkreten Aussagen, für Heide war im Grunde nichts da. [Und auf der] Seite www.depressionen-depression.net [...] war einfach faktisch nichts hinterlegt.“ (B1_KlientIn_T005a_3)</p>

4.1.3 Vorteile aufsuchender Beratung (C)

Insbesondere Nutzer mit sozialen Rückzugstendenzen oder körperlichen Einschränkungen scheinen von der aufsuchenden Beratung zu profitieren.

Nutzer bevorzugen die aufsuchende Beratung aus unterschiedlichen Gründen. Einerseits könnten sich die Berater vor Ort ein besseres Bild von den Lebensbedingungen der Ratsuchenden machen und sich so leichter in deren Situation einfühlen. Zum anderen fällt es Klienten leichter, ihr Anliegen im gewohnten Lebensraum zu artikulieren, als in der

etwas „sterilen [und] ein bisschen befremdlichen“ Krankenhausatmosphäre (vgl. C2_KlientIn_T001a).

Schließlich scheint die Hürde, sich in einer psychiatrischen Klinik als Patient vorzustellen, deutlich höher zu sein, als die aufsuchenden Beratungsangebote des GPZ in Anspruch zu nehmen (vgl. E1_KlientIn_T005a).

Tabelle 6: „Vorteile aufsuchender Beratung“ (C)	
1. Sozialer Rückzug & körperliche Beeinträchtigung	<p>„Ich hatte eigentlich Montag mit ihr [der Beraterin] einen Termin, bin aber nicht hier her gekommen, weil es mir da nicht so gut ging. Ich hatte mein Handy abgeschaltet und mir die Decke über den Kopf gezogen, ich wollte keinen sehen und keinen hören und dann hat sie mich Dienstag angerufen, dann bin ich aber ans Telefon gegangen.“ (C1_KlientIn_T001a)</p> <p>„Ja, vielleicht nach Hause kommen, das ist vielleicht ein bisschen leichter, weil man dann da seine gewohnte Umgebung hat. [...] Ich traue mich ja so wie so meistens nicht raus, weil ich dann viele Leute nicht kenne und dann ziehe ich mich zurück. So bei der Begegnungsstätte bin ich dann auch nicht so gewesen, weil ich mich dann ja eher zurück ziehe.“ (C1_KlientIn_T002a)</p> <p>„Eigentlich brauch ich jemanden, der mal zu mir kommt, wo ich jetzt nicht hin muss. [Außerdem habe ich] derzeit auch noch eine Verbrennung am Fuß, da kam wirklich alles zusammen. Etwas wo ich nicht jetzt hin muss, irgendwie eine Stelle aufsuchen muss. Sondern jemand, der zur mir nach Hause kommt. [...] [Die Beraterin] hat sofort gesagt. Ja, dann komme ich gerne zu ihnen nach Hause.“ (C1_KlientIn_T007a)</p>
2. Gewohntes Umfeld	<p>„Ich finde, diese Hausbesuche persönlicher, wenn man sich gegenüber sitzt und miteinander spricht und auch in einem normalen Umfeld und (...) dass [die Beraterin] sich dann auch so besser in mich rein versetzen kann. Ich finde, das Krankenhaus ist dann immer so ein bisschen (...) nicht steril, aber das ist so ein bisschen befremdlich und zu Hause ist das immer so ein bisschen (...) anders. Also, da kommt man dann, wenn es einem schlecht geht [...] auch mehr aus sich raus.“ (C2_KlientIn_T001a)</p> <p>Vgl. C1_KlientIn_T002a)</p> <p>„Ich denke [...] in einer akuten Situation kann eine nichtstationäre Therapie wo man in seinem – wenn es gegeben ist – stabilen Umfeld mit festen Tagesstrukturen verbleibt, einfach positiv sein.“ (C2_KlientIn_T001a_2)</p>

4.1.4 Beziehung zum Berater (D)

In dieser Kategorie scheint Empathie und Wertschätzung (UK) eine zentrale Rolle zu spielen. Rückfragen von Seiten des Beraters nach zuvor stattgefundenen Gesprächen signalisieren dessen Interesse und Wertschätzung (vgl. KlientIn_T001a). Ähnliches gelte für die Fähigkeiten zuhören zu können und aussprechen zu lassen. Dies scheint für Rat-suchende notwendig, um Anliegen angemessener artikulieren zu können (vgl. D1_KlientIn_T009a). Wertschätzung zeige sich nicht nur in dem, was der Berater sage, sondern auch in dessen Verhalten, Auftreten, Präsenz und der Art, Dinge bei den Klienten wahr-zunehmen (vgl. D1_KlientIn_T007a).

Dabei ähnele der Kontakt zum Berater weniger einer ärztlichen Beziehung, die mit Attribu-ten wie objektiv, formal und distanziert charakterisiert wird (vgl. D2_KlientIn_T003a). Viel-mehr zeichne sich das Verhältnis durch die Kombination freundschaftlich-familiärer und professioneller Anteile aus (vgl. D2_KlientIn_T004a). Das Wissen über die langjährige Erfahrung eines Beraters vermittele den Nutzern ein Gefühl fachlicher Kompetenz (vgl. D2_KlientIn_T007a).

Tabelle 7: „Beziehung zum Berater“ (D)

1. Empathie & Wertschätzung	<p>„Und ich hab das so gesehen wie [die Beraterin] [meine häusliche] Umgebung wahrgenommen hat – das fand ich z. B. auch wichtig. Das habe ich nicht vergessen [...] – nicht nur das, was gesagt wird. Gut jeder ist anders, aber für mich war das wichtig. Diese Wert-schätzung, so. Für mich als Person, wo ich lebe [...] Ich fühlte mich wirklich wertgeschätzt, [...] vorher war ich wie so ein Häufchen Elend und nach dem Gespräch habe ich gedacht ich bin doch noch ein normaler Mensch.“ (D1_KlientIn_T007a)</p> <p>„Mir hat da auch nichts gefehlt. [Die Beraterin] war ganz offen, die war ganz ehrlich, (mhh) also man hat sich eigentlich richtig gut auf-gehoben gefühlt. Also es war eigentlich auch so recht familiär, es war wirklich sehr sympathisch und man hat sich irgendwie nicht doof gefühlt, also man wurde hier gleich entspannt empfangen, das war echt, war echt gut.“ (D1_KlientIn_T006a)</p> <p>„[Die Beraterin] hat erst mal nur zugehört [...] sich meine Geschichte angehört. Und das ist für mich auch immer ganz wichtig. Weil ich schon bei vielen Leuten gesessen habe, den wollte ich dann noch ir-gendwas erklären dazu und die haben mich gar nicht ausreden las-sen.“ (D1_KlientIn_T009a)</p> <p>„Dass [die Beraterin] sich oft auch telefonisch meldet und wie der Termin gelaufen ist, ob ich da auch hingegangen bin, oder. Sie fragt dann eben oft, ob ich da Unterstützung brauche, ob ich begleitet werden möchte, oder ob mich jemand abholen soll, oder so etwas.“ (D1_KlientIn_T001a)</p>
-----------------------------	---

Tabelle 7: „Beziehung zum Berater“ (D)	
2. Fachkompetenz	<p>„Also [die Beraterin] hat sich vorgestellt, hat mir auch gesagt, dass sie schon ziemlich lange in dem Bereich [...] arbeitet, also [...] Erfahrung hat. Das hat mir auch ein gutes Gefühl gleich gegeben. So und das habe ich ihr auch angemerkt, das merkt man. Ob jemand weiß wovon er redet – oder nicht.“ (D2_KlientIn_T007a)</p> <p>„Es war fachlich kompetent, das Ganze, und es war eben halt aber auch so freundschaftlich, [...] das fand ich eben so gut an dieser ganzen Sache, dass das nicht nach einem Schema oder Liste abgearbeitet wurde, jedenfalls hatte ich dieses Gefühl nicht. Also [die Beraterin] ist da schon wirklich sehr auf mein Problem eingegangen.“ (D2_KlientIn_T004a)</p> <p>„Es war schon professionell, finde ich. Aber es war nicht, von den Gefühlen her, dieses typische, wie wenn man zum Arzt geht, dass da alles exakt fachlich beredet wurde. Also es war schon ein klein wenig auf dieser Ebene, wie mit einer Freundin, aber es war trotzdem eben professionell, finde ich.“ (D2_KlientIn_T003a)</p>

4.1.5 Shared Decision Making (E)

Im Gespräch getroffene Entscheidungen werden in einem kooperativen Prozess zwischen Nutzer und Professionellen ausgehandelt. Das Ankerbeispiel (vgl. E1_KlientIn_T005a) verdeutlicht die Lösung eines häufigen Konfliktes zwischen Therapeut und Patient unter Berücksichtigung von Shared Decision Making (SDM): Nachdem der Nutzer den Vorschlag einer stationären Aufnahme abgelehnt hat, besteht der Berater nicht darauf, sondern macht ein für den Klienten tragfähigeres Gegenangebot – nämlich sich beim ambulanten Behandler vorzustellen. Der Berater gibt folglich keine konkreten Anweisungen, sondern zeigt lediglich Handlungsmöglichkeiten auf, während der Klient entscheidet (vgl. E1_KlientIn_T005a_2).

Tabelle 8: „Shared Decision Making“ (E)	
1. Shared Decision Making	<p>„Diese typische Angst im Bekanntenkreis [...], du bist depressiv, du kriegst sofort Medikamente und wirst eingewiesen. Also was ich sehr schön fand – es wurde mit mir gesprochen, ob ich das möchte, ob ich wirklich mal vier Wochen stationär aufgenommen werden möchte. Als ich gesagt habe, das möchte ich nicht, [gab es auch] die Möglichkeit eine leichte Medikation über den Hausarzt zu machen [...]. Und ich fand es sehr schön, dass ich die Wahl hatte und das für mich stimmige rausfiltern konnte“ (E1_KlientIn_T005a).</p> <p>„Sie hat mir ja auch die notwendige Zeit [...] gelassen, selber zu überlegen, ist jetzt stationär irgendwas für mich? Also das hatte sie – glaube ich – schon durchschaut, dass ich damit gerungen habe, man, Du kommst hier in die Psychiatrie!“ (E1_KlientIn_T004a)</p>

	„Ich musste mich an die Art der Gespräche erst gewöhnen, [der Berater] ist natürlich kein "Freund", der mit einem dann spricht, sondern er ist aber auch nie jemand gewesen, der konkrete Anweisungen gegeben hat. Er hat immer nur gesagt, "denk mal drüber nach, versuch's mal".“ (E1_KlientIn_T005a_2)
--	---

4.1.6 Ergebnisse der Beratung (F)

Das Outcome der Beratungs- und Koordinationsleistung aus Sicht der Klienten zu bestimmen, ist zentrales Moment dieser Kategorie. Zunächst führte die Möglichkeit, ihre psychosozialen Probleme i. R. der Beratung artikulieren zu können, bei allen Befragten zu Entlastung (vgl. F2_KlientIn_T008a). Häufig konnte ein umfassenderes (Störungs-) Verständnis bei Klienten oder deren Angehörigen erreicht werden und Strategien zum Umgang mit den Problemen bzw. Symptomen wurden diskutiert. Insbesondere Klienten mit Partnerschaftskonflikten profitierten vom Einbezug des Partners bzw. Angehörigen in die Beratung.

Menschen, die ihren individuellen Hilfebedarf nicht einschätzen konnten, wurden dabei unterstützt, diesen zu ermitteln. Es wurden geeignete Hilfemaßnahmen aufgezeigt und Fehleinschätzungen über die Angemessenheit bestimmter Interventionen konnten korrigiert werden (vgl. F3_Klientin_T009a). So wurde bspw. einer mit der Versorgung ihrer Kinder überforderten Mutter von einem tagesklinischen Aufenthalt abgeraten. Nahegelegt wurde hingegen eine ambulante Psychotherapie, da sich dies am ehesten mit der Versorgung ihrer Kinder zu vereinbaren ließ.

1. Entlastung	„Also [die Beraterin] gibt echt viele Ratschläge, [...] das ist echt toll. Und ich fühle mich danach immer auch erleichtert, weil meine Probleme kann ich mit ihr besprechen so, was jetzt die Tage war und was mich bedrückt.“ (F1_KlientIn_T008a) „Also mich bringt's auf jeden Fall weiter. Und ich merke auch wie ich peu-a-peu – wie gesagt – von meinem ganzen Druck den ich innerlich hatte – runter komme, der sich so ein bisschen löst und auch sagen kann – heute ist einfach mal so. Hätte ich vorher nie gemacht. Ich saß immer da und ich muss, ich muss, ich muss. Und heutzutage sage ich okay, wenn das nicht funktioniert. Okay. Nächster Versuch.“ (F1_KlientIn_T008a_2)
2. Verständnis & Umgang mit Problemen	„Mir hat das was gebracht, wie ich an Sachen rangehen kann, dass ich eben halt eine Lösung dafür suchen muss, auch mit dem Partner [...] wenn das mit dem [...] zusammenhängt. Und sie hat mich auch

Tabelle 9: „Ergebnisse der Beratung“ (F)	
	<p>ein bisschen bestärkt, dass ich nicht alleine dastehe, immer so ein bisschen Mut gemacht, gesagt, das machst Du jetzt“ (F2_KlientIn_T006a)</p> <p>„Nein, ich bin überrascht, dass sie so die Probleme sieht, wo ich sie gar nicht sehe. Also sie sieht bei mir Verhaltensmuster, wo ich immer wieder reinfalle, die ich selber so gar nicht sehen konnte und [jetzt] auch merke.“ (F2_KlientIn_T008a)</p> <p>„Ja, also dass wir jetzt einen Plan gemacht haben, was ich zuhause mit dem Freund verändern kann, da habe ich eben halt Tipps bekommen, wie man das [...] ändern kann. Und das Ergebnis ist [...] in der Mache [...]. Also, das hat schon wirklich viel gebracht.“ (F2_KlientIn_T006a_2)</p>
3. Ressourcen-orientierte Bedarfs-einschätzung	<p>„Da sagte die [Beraterin] mit der ich im GPZ gesprochen habe, dass sie mir dann raten würde, nicht unbedingt den Weg über die Tagesklinik [...] zu gehen, weil mich das vielleicht dann auch überfordern würde, sondern lieber zu versuchen nochmal eine Einzeltherapie anzustreben.“ (F3_KlientIn_T009a)</p> <p>„[Die Beraterin] mir dann nahe gelegt hat, dass ich hier stationär aufgenommen werden soll, [...] was ich dann aber nachher doch abgelehnt hatte, ich bin dann eben wieder gegangen [...] und irgendwann brach das dann komplett über mich rein und dann bin ich hier dann direkt stationär aufgenommen worden.“ (F3_KlientIn_T004a)</p>
4. Qualifizierte Vermittlung	<p>„und dass ich hier halt auch die Telefonnummer von der Psychologin bekommen habe, wo ich jetzt so schnell ein Termin bekommen habe. Ich hatte mir vorher schon mal so eine Liste ausgedruckt von Psychotherapeuten und Psychologen hier in Schleswig-Holstein, bzw. in meinem näheren Umkreis. Und hatte angefangen die abzutelefonieren, aber irgendwie hat sich keiner von denen zurückgemeldet und als [die Beraterin] mir hier die Telefonnummer von der [Psychotherapeutin] gegeben hat – weiß ich nicht – da hatte ich gleich ein total gutes Gefühl im Bauch [...] und dann hat sie auch zurückgerufen, es war die erste die zurückgerufen hat und das war für mich auch schon eine ganz tolle Erfahrung.“ (F4_KlientIn_T009a)</p> <p>„Und hier über das GPZ habe ich dann glücklicherweise jetzt eine Psychologin in [Ort in Schleswig-Holstein] zwar gefunden, das ist ungefähr 30 Kilometer weit weg, aber die hat nächste Woche schon einen Termin für mich.“ (F4_KlientIn_T009a_2)</p>
5. Überbrückung Wartezeit Therapieplatz	<p>„[Der Psychotherapeut] schlug mir dann vor, nochmal ins GPZ zu kommen um ein Beratungsgespräch zu führen, um zu gucken welche Hilfsmöglichkeiten es [...] noch für mich gibt, weil er selber nur alle vier bis sechs Wochen aufgrund von Zeitproblemen einen Termin anbieten konnte.“ (F5_KlientIn_T009a)</p> <p>„Die Ärztin auf der Station hier [...] hat quasi den Kontakt hergestellt, dass ich zu [der Psychotherapeutin] gehen sollte, [die] hat dann aber gesagt, vor Dezember würde das [...] nichts, weil sie keine Termine mehr frei hat. So, dann hatte ich das erst hingenommen, dann ging es mir wieder schlechter zu Hause und dann habe ich gesagt, irgendwas musst Du tun, mit irgendjemandem musst du reden, dann</p>

Tabelle 9: „Ergebnisse der Beratung“ (F)	
	<p>habe ich nochmal mit [der Stationsärztin] gesprochen [die mich dann ins GPZ geschickt hat]“ (F5_KlientIn_T004a)</p> <p>„Ich suche aber immer noch Hilfe [im GPZ [...]], weil ich sollte in ambulante Psychotherapie, das geht aber vor Dezember nicht, weil da immer alles besetzt ist.“ (F5_KlientIn_T004a_2)</p>
6. Gesetzliche Betreuung	<p>„Und sie hat mir auch dabei geholfen, [...] dass ich die Betreuerin vom Amtsgericht schneller bekomme. Sie hat ein bisschen Druck gemacht, weil das ging so nicht, ich habe jemanden gebraucht, der wirklich alle [Behördenangelegenheiten] für mich übernehmen kann.“ (F6_KlientIn_T003a)</p> <p>„Also [die Beraterin] war der Meinung, dass ich eine so starke [rechtliche] Betreuung nicht brauche, weil ich ja so eigentlich noch geistig doch auf der Höhe bin [...] und das alles ganz gut einschätzen kann. Dass ich einfach noch so ein bisschen Unterstützung brauche, so an den richtigen Stellen.“ (F6_KlientIn_T001a)</p>
7. Einbezug Angehöriger	<p>„Da aber auch die Kommunikation zu ermöglichen zwischen meinem Partner und dem Therapeuten fand ich sehr schön. Damit er auch mal die Fragen die er hatte – nach dem Motto – wie kann ich ihr helfen? Was soll ich machen wenn sie ...? Dass er auch da mal Fragen stellen konnte als Angehöriger, das fand ich sehr positiv.“ (F7_KlientIn_T005a)</p> <p>„Also das Ergebnis war, das ich mich auch mit meiner Freundin hingesetzt habe, nach dem Gespräch. [Die Beraterin] hatte auch mit meiner Freundin gesprochen [...], also sie kam separat dazu, weil [die Beraterin] auch wissen wollte, wie ich mich gemacht habe, seitdem ich aus der Klinik bin weil sie viel Kontakt mit mir hat, dadurch dass [wir zusammen wohnen].“ (F7_KlientIn_T008a)</p>

4.1.7 Konsultationsgründe (G)

Mit dieser Kategorie sollen die Motivationen und Gründe für die Inanspruchnahme der GPZ-Leistung dargestellt werden. Sieben der neun befragten Klienten befanden sich zum Zeitpunkt der Beratung in einer Krisensituation. Diese wurde im Zusammenhang mit Überforderung im Allgemeinen oder in verschiedenen Lebensbereichen gesehen (z. B. Kindererziehung, Haushalt, Pflege kranker Angehöriger) oder durch kritische Lebensereignissen ausgelöst (z. B. Tod nahestehender Personen, Trennung/Scheidung).

Eine Patientin schien nach stationärem Aufenthalt in einer psychosomatischen Fachklinik nicht ausreichend stabilisiert zu sein, um den Alltag bewältigen zu können und erhoffte sich eine nachstationäre Betreuung im GPZ (vgl. G1_KlientIn_T009a / G8_KlientIn_T009a).

Eine bedeutsame Rolle scheint das Zentrum für Menschen zu spielen, die schlechte Erfahrungen mit stationären (psychiatrischen) Aufenthalten gemacht haben, die sich vor einer Aufnahme fürchten bzw. diese ablehnen, oder sie sich aus finanziellen Gründen (nicht krankenversichert) nicht leisten können.

Für Patienten, die eine stationäre Aufnahme wünschten, die jedoch aus medizinischer Sicht (fachärztliches Urteil) nicht indiziert zu sein schien, ist das GPZ eine Anlaufstelle, um ihre Beschwerden dennoch artikulieren zu können. So wurde z. B. einer jungen Patientin die stationäre Aufnahme verwehrt, da sie im Vorfeld durch suizidales Agieren versuchte hatte, eine Krankenhausbehandlung zu erwirken (vgl. G3_KlientIn_T008a_2). Neben Klienten mit psychiatrischen Anliegen, wird das GPZ auch von Menschen mit leichteren psychischen Problemen konsultiert, z. B. um eine Einschätzung bzgl. der Angemessenheit bzw. Notwendigkeit ambulanter Psychotherapie durch einen Spezialisten zu erhalten.

1. Überforderung	<p>„Sozusagen als ich [aus der Reha-Klinik] nach Hause kam, stürzte halt auch alles wieder auf mich ein. Es war ganz viel mit meinem Sohn zu regeln, das hat mich einfach alles überfordert.“ (G1_KlientIn_T009a)</p> <p>„Der Anlass war, dass ich wieder in eine tiefe Depression gefallen bin und dringend Hilfe gebraucht habe, weil meine Mutter vor einem halben Jahr einen Schlaganfall hatte und ich deswegen jetzt gezwungen bin, alleine zu wohnen, weil meine Mutter in einer Pflegeeinrichtung untergekommen ist und ich wurde da einfach in die Rechnungsangelegenheiten rein geschubst.“ (G1_KlientIn_T003a)</p>
2. Verlust eines Angehörigen	<p>„Und ja, [...] seit einem Jahr, als mein Vater gestorben ist, das hat mich eben dann nochmal ganz nach unten gezogen, ich habe gedacht, ich komme damit zurecht, aber da habe ich mir auch selbst was vorgemacht und dann war es echt extrem, dass ich STARKE Stimmungsschwankungen hatte und auch zu Wutausbrüchen geneigt habe und so. Ja, dann habe ich eingesehen, dass das so nicht mehr geht.“ (G2_KlientIn_T001a)</p>
3. Psychiatrische Symptome & Syndrome	<p>„Ich habe die Hilfeleistung in Anspruch genommen, weil ich gerade eine Lebenskrise außergewöhnlichen Ausmaßes erlebt habe und das war für mich einfach alleine spürbar nicht mehr zu bewältigen. Ich hab dann begonnen, [...] mich selbst zu verletzen und das war der Punkt wo ich gesagt habe – da komm ich allein jetzt nicht mehr weiter.“ (G3_KlientIn_T008a)</p> <p>„Ich kam hierher, weil ich Suizidgedanken hatte und auch was vorhatte. [Ich] wurde von der Stationsärztin hierunter verwiesen,</p>

Tabelle 10: „Konsultationsgründe“ (G)	
	<p>weil sie der Meinung war, [die GPZ-Beraterin] könnte mir helfen“ (G3_KlientIn_T008a_2)</p> <p>„Ja und ich bin da halt ziemlich isoliert, ich hab Alkoholprobleme, also ich missbrauche Alkohol, hab dadurch mein Führerschein verloren und bin dadurch jetzt noch mehr isoliert“ (G3_KlientIn_T007a)</p>
4. Partnerschaftliche Probleme	<p>„Es war eben halt so gewesen, dass meine Frau irgendwann zu mir gesagt hat, dass sie [...] sich scheiden lassen wollte, ich noch eine ganze Zeit lang zu Hause versucht habe, damit klar zu kommen und [als] das dann irgendwann nicht mehr ging [bin ich] an [die GPZ-Beraterin] herangetreten“ (G4_KlientIn_T004a)</p>
5. Drohende oder bestehende Psychosoziale Notlage	<p>„Meine Lebenskrise wurde verursacht durch eine Insolvenz beruflicher Art. Ich war selbstständig [gewesen]. [...] Der [GPZ-Berater] hat natürlich den Bereich, wie packe ich die Schulden konkret an, nicht behandeln können, es war aber einfach so, dass ich sehr sehr sehr starke Schuldgefühle gegenüber den – letzten Endes jetzt in die Röhre schauenden Gläubigern hatte, [...] ein großes Gefühl eben auch der Schuld, der Minderwertigkeit und einfach auch existenzielle Ängste. Das war wirklich so der Hauptpunkt.“ (G5_KlientIn_T005a)</p>
6. Klärung ob Psychotherapie notwendig	<p>„Ja also ich stell mir halt vor, ja dass [...] sie sich das anhört und mir dann [...] einen speziellen Therapeuten empfiehlt. Entweder sagt sie, ja eigentlich hast Du gar nichts, das hat nichts mit früher zu tun oder, dass man doch sieht, ok, das hat was damit zu tun und möchte halt [mit einem Therapeuten] darüber sprechen, wie man damit umgehen kann.“ (G6_KlientIn_T006a)</p>
7. Überbrückung Wartezeit Therapieplatz	<p>Vgl. Ankerbeispiele gleichnamiger UK der HK „Ergebnisse der Beratung“.</p>
8. Nach stationärem Aufenthalt nicht ausreichend stabilisiert	<p>„Ich war im Sommer 7 Wochen zu einer psychosomatischen Reha wegen Depression und Burnout. Auf dieser Reha sind Probleme von früher ganz gut hochgekommen. Aber leider erst spät, zum Ende [...] hin und man hat mich nach Hause geschickt, als bei mir ein Knoten geplatzt ist. Zu früh praktisch und – ja – Zuhause bin ich dann in ein ziemliches Loch gefallen und hab nach Hilfen gesucht.“ (G8_KlientIn_T009a)</p> <p>„Sozusagen als ich [aus der Reha-Klinik] nach Hause kam, stürzte halt auch alles wieder auf mich ein. Es war ganz viel mit meinem Sohn zu regeln, das hat mich einfach alles überfordert.“ (G8_KlientIn_T009a_2)</p>
9. Stationäre Aufnahme verhindern	<p>„Ich wollte ja erst nicht in die Klinik, ich wollte ja nicht stationär aufgenommen werden und [die Beraterin] hat gleich am Anfang gesagt, sie würde es am liebsten sehen, dass ich stationär aufgenommen werde. Und ich kann mir vorstellen, dass sie das nicht bei jedem sagt, so und sie hat ja auch Recht behalten letztendlich, ich bin ja auf der Station gelandet.“ (G9_KlientIn_T004a)</p> <p>„Im Grunde wusste ich nicht, ob ich überhaupt versichert bin. Und eine stationäre Aufnahme in eine Klinik wäre für mich sowohl privat als auch eben finanziell überhaupt nicht möglich, weil ich nicht wusste, ob ich überhaupt abgesichert bin.“ (G9_KlientIn_T005a)</p>

Tabelle 10: „Konsultationsgründe“ (G)	
	„Also es war immer so ein, was ist jetzt eigentlich im Vordergrund, so. Klinik haben wir überlegt, da habe ich gesagt, also hier in Heide schon mal gar nicht. Mache ich nicht, will ich nicht. Also das ist meine Entscheidung und da hat [die Beraterin] ja dann auch nicht gesagt.“ (G9_KlientIn_T007a)

Im Folgenden sollen die zentralen Aspekte der Nutzerbefragung zusammenfassend dargestellt werden.

Verschiedene positive Erfahrungen trugen zur Zufriedenheit der Nutzer mit der Beratung im GPZ bei. Einerseits sind es die kurzen Wartezeiten auf Termine als auch die während der Beratung in ausreichendem Maße zur Verfügung stehende Zeit. Eine telefonische Rufbereitschaft und das Wissen um das Bestehen des GPZ vermittelte den Beratenden ein Gefühl von Sicherheit. Nutzer betonten die Zufriedenheit mit dem umfassenden Informationsangebot und der erhaltenen Hilfe, sich darin zurechtzufinden.

Alle Befragten gaben an, mit den Leistungen des GPZ ausschließlich gute Erfahrungen gemacht zu haben. Kritisiert wurde lediglich von einer Nutzerin die unzureichende Sichtbarkeit der Beratungsstelle. Wäre dies bspw. bei Arbeitsamt, Schuldnerberatung und anderen Institutionen, die von Menschen mit psychischen Krisen aufgesucht werden, besser bekannt, könnte die Hilfesuche möglicherweise verkürzt werden.

Nutzer, die z. B. unter sozialem Rückzug oder körperlichen Beeinträchtigungen leiden, betonten die Vorteile aufsuchender Beratung: Psychische Beschwerden konnten im gewohnten Umfeld besser artikuliert werden, zudem habe man außerhalb der Klinik weniger Ängste gehabt, stationär aufgenommen werden zu müssen.

Besondere Wichtigkeit räumten die Nutzer der Beziehung zum Berater ein, die als kompetent, empathisch und von gegenseitiger Wertschätzung geprägt, erlebt wurde. Außerdem fühlten sich die Beratenden in getroffenen Entscheidungen einbezogen und sprachen von einem kooperativen Aushandlungsprozess.

Die Mehrzahl der Nutzer fühlte sich durch die Beratung im GPZ entlastet, sodass Krisensituationen entschärft und zugrundeliegende Ursachen z. T. gelöst werden konnten. Häufig wurde dabei das soziale Umfeld (v. a. Angehörige) einbezogen. Komplexere Bedarfe konnten ermittelt und entsprechende Hilfeleistungen angebahnt werden (z. B. ambulante Psychotherapie oder Maßnahmen der EGH).

Im Anschluss an die nun folgende Ergebnisdarstellung der Interviews mit den Experten sollen die Befunde aus der Nutzerbefragung diskutiert und in Zusammenhang mit anderen Forschungsergebnissen gestellt werden. Eine zentrale Rolle soll dabei dem Stellenwert aufsuchender Beratung, der Beziehung zum Berater und der partizipativen Entscheidungsfindung als zufriedenheitsbildende Erfahrungen eingeräumt werden.

4.2 Erfahrungen der Professionellen

Die Ergebnisse der Expertenbefragung sind in HK und Kontextkategorien (KK) gegliedert, die sich wiederum in UK verzweigen.

Die Bezeichnung der HK wurde in Anlehnung an die Fragestellung entwickelt, also im Kontext der Erforschung von förderlichen und hemmenden Faktoren für die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit. Die KK und die UK wurden hingegen überwiegend induktiv aus dem Material entwickelt. Tabelle 11 gibt eine Übersicht auf das Kategoriensystem.

Jedes Ankerbeispiel wurde mit einem eindeutigen Referenzschlüssel versehen, um sich im Zuge der Argumentation der Kategorien auf die zugrundeliegenden Zitate beziehen zu können. Der Referenzschlüssel setzt sich wie folgt zusammen:

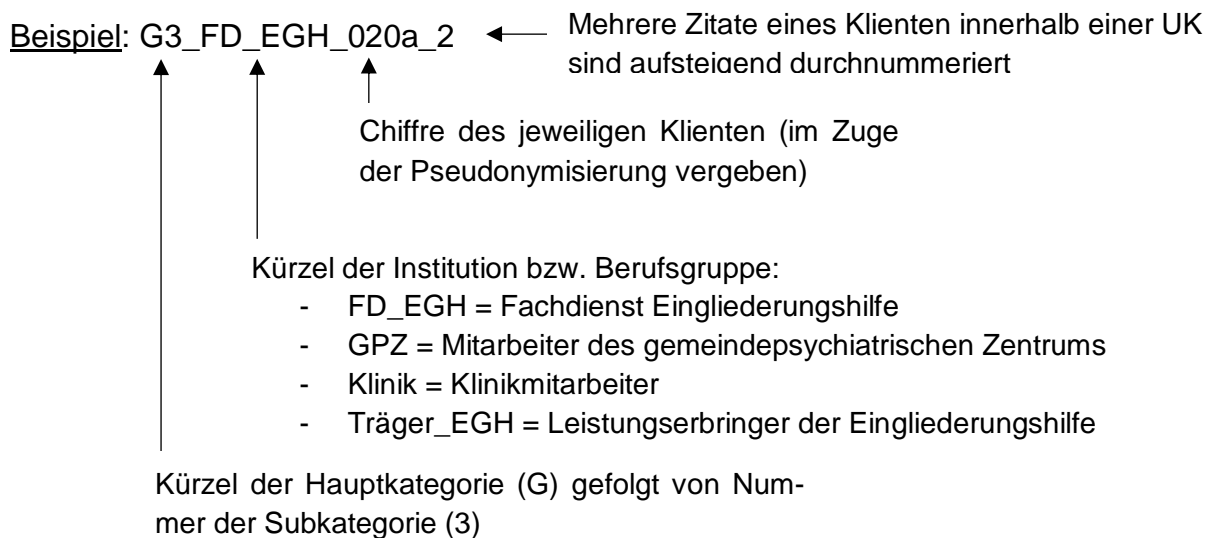


Tabelle 11: Kategoriensystem der Expertenbefragung

<p>HK Was fördert die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren? (A)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gemeinsame Ziele 2. Wissens- & Erfahrungsaustausch 3. Information & Kommunikation 4. Verbindliche Absprachen 5. Geteiltes Personal 6. Zeit 7. Vernetzung 8. Bürokratieabbau <p>HK Was hemmt die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren? (B)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nicht gedeckte Informationsbedarfe 2. Stark divergierende Interessen 3. Fremdbelegung stationärer EGH-Einrichtungen 4. Doppelstrukturen 5. Fehlende Partizipation von Mitarbeitern an Entscheidungen 6. Komplexität der Finanzierungssituation 7. Zeitmangel <p><u>Anmerkung:</u> HK = Haupt-, KK = Kontext- und UK = Unterkategorien</p>	<p>KK Fremdbelegung stationärer EGH-Einrichtungen (C)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gemeindeferne Patientenverlagerung 2. Schwer gestörte Patienten 3. Therapeutischer Milieuwechsel 4. Kostenträgerwechsel 5. Belastung des regionalen Psychriatriebudgets 6. Fehlende kommunale Steuerbarkeit 7. Ökonomische Anreize und Notwendigkeiten <p>KK Ambulantisierung (D)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infrastruktur + Demographie • Höhere Verantwortung • Motivationen + Vorbehalte • Stärkere Begutachtung von Bestandsfällen <p>KK Flexiblere Hilfemaßnahmen (E)</p> <p>KK Bezugstherapeutisch begleitete Hilfeplanung (F)</p> <p>KK Herausforderungen / Wünsche / Ziele (G)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr budgetierte EGH-Plätze • Stärkerer Einbezug der EGH-Träger vs. Trägerneutralität • GPZ-Gebäude • Arbeit für Menschen mit psychischen Störungen • „Offener Dialog“ <p>KK Ergebnisse der Zusammenarbeit (H)</p>
---	--

4.2.1 Was fördert die Zusammenarbeit? (A)

Gemeinsame Ziele scheinen eine Grundvoraussetzung rechtskreisübergreifender Zusammenarbeit zu sein. In der untersuchten Region hatten zunächst Klinik und EGH den Anspruch, verstärkt ambulante Hilfen anzubieten und überschüssige, stationäre Leistungen abzubauen (vgl. A1_Klinik_026a). Zentrales Anliegen war dabei,

„die Etiketten [der beteiligten Institutionen] [...] ein Stück weit in den Hintergrund [zu] rücken und den Bedarf des Menschen in den Vordergrund. Und das ist auch die Grundlage auf der wir die Zusammenarbeit [...] gestrickt haben“,

erläutert ein Mitarbeiter des Fachdienstes EGH (vgl. A1_FD_EGH_020a). Aus Sicht der EGH-Leistungserbringer (A1_Träger_EGH_028a) sind *„gleiche Interessenslagen, gleiche Zukunftsvorstellungen [...] wie sich die sozialpsychiatrischen Hilfen weiterentwickeln sollten“* Ausgangspunkt der Zusammenarbeit. Gemeinsame Ziele spielen nicht nur aus Institutionsperspektive eine Rolle – wichtig ist hingegen auch eine *„gemeinsame kooperative Haltung“* zwischen den Mitarbeitern unterschiedlicher Einrichtungen (A1_GPZ_027a).

Dies werde wiederum gefördert durch Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen den Sektoren. So gründete ein EGH-Anbieter Arbeitsgruppen (AG), in die gezielt Mitarbeiter der psychiatrischen Klinik einbezogen wurden um von – den in der Klinik gemachten Erfahrungen – zu profitieren. Im Rahmen des Regionalen Psychiatrie Budgets (RPB) hatte das WKK bereits einen mehrjährigen Umwandlungsprozess (Budgetierung und Abbau stationärer Strukturen bei gleichzeitiger Förderung von Home-Treatment u. a.) durchlaufen, während diese von EGH-Anbietern noch vollzogen werden mussten (vgl. Ankerbeispiele A1). Durch Fortbildungsmaßnahmen sei *„das Verständnis füreinander [...] gestärkt worden [und] auch der konstruktive Austausch“* über Planung und Entwicklung sozialpsychiatrischer Hilfen habe sich entwickelt, fasst ein Mitarbeiter des GPZ zusammen (vgl. A1_GPZ_027a_2).

Die Unterkategorie Information und Kommunikation bezieht sich auf Austauschprozesse, die in der täglichen Routine zwischen den Institutionen etabliert wurden. Dazu gehören standardisierte Abläufe wie z. B. das Einholen einer Schweigepflichtentbindung zwecks Zugriffs des GPZ auf Arztbriefe. Außerdem sind alle Akteure angehalten, Informationen über den – in der GPZ-Auftragsrunde zu diskutierenden Fall – einzuholen. Dies hat zur Folge, dass die Akteure besser informiert sind um nicht *„immer blöd da zu sitzen [in der Auftragsrunde] und um nicht [...] mit einem unbefriedigenden Ergebnis wegzugehen“*

(A3_FD_EGH_021a). Aus diesem Grunde wird im Voraus eine Namensliste der zu besprechenden Klienten per Email ausgetauscht. Durch Verbesserung der Kommunikation konnte bspw. die Wartezeit auf ein Hilfeplangespräch von mehreren Wochen auf wenige Tage verkürzt werden (vgl. A3_GPZ_027a).

Verbindliche Absprachen scheinen sich positiv auf die Zusammenarbeit auszuwirken. So wird im Rahmen der GPZ-Auftragsrunde die Fallverantwortung von einem Akteur verbindlich übernommen, nachdem der Hilfebedarf des Klienten gemeinsam erörtert wurde. Dies bewirkt, dass insbesondere Klienten mit komplexen Hilfebedarfen nicht mehr zwischen Leistungserbringern hin und her verschoben werden. Ohne verpflichtende Einigungen hatte es in der Vergangenheit wochenlange Diskussionen über die Zuständigkeit gegeben, „während es der Patientin noch schlechter ging“ (vgl. A4_GPZ_027a).

Durch geteiltes Personal bzw. die duale Finanzierung von Mitarbeitern, sind diese formal in zwei Institutionen (z. B. Klinik und Fachdienst EGH) angestellt. Sie kennen Arbeitsabläufe, Strukturen usw. beider Arbeitgeber, können also Schwachstellen im System (z. B. Kommunikationsbarrieren, Konflikte) besser erkennen und ggf. ausfüllen als ein Mitarbeiter mit Anstellung in nur einer Institution dies könnte. Ein Mitarbeiter bemerkt dazu kritisch, dass diese Doppelrolle z. B. aufgrund interinstitutioneller Interessensunterschieden nicht immer leicht sei (vgl. A5_GPZ_027a).

Insbesondere durch die Installierung der GPZ-Auftragsrunde und einer gemeinsamen Hilfeplanung (Beteiligte: Klinik, GPZ, FD EGH, EGH-Anbieter, Patient und ggf. dessen gesetzlicher Betreuer) kamen Berufsgruppen und Institutionen in Kontakt, die zuvor nicht zusammengearbeitet hatten – abgesehen von kurzen Telefonkontakten. Die Zusammenarbeit hat

„sich einfach dadurch entwickelt, dass wir mehr Zeit miteinander verbracht haben [...], dass wir uns kennengelernt haben, dass die einfach auch gewusst haben so, wer ist der Fachdienst EGH? Was machen die überhaupt? [...] Was sind denn das für Leute? So. Und andersherum genauso, man musste einfach die Ärzte kennenlernen“ (A6_FD_EGH_025a).

Wie bereits in der UK „Gemeinsame Ziele“ erwähnt, ist Zeit erforderlich, bis – auf Leitungsebene getroffene Entscheidungen – die Mitarbeiterebene erreichen und von diesen umgesetzt werden (vgl. A6_FD_EGH_020a). Viel Zeit scheint auch die Abgabe oder Verschiebung von Entscheidungskompetenzen in Anspruch zu nehmen, und zwar insbeson-

dere auf Seiten desjenigen, der an Entscheidungsmacht einbüßt. So habe es bspw. mehrere Jahre gedauert, bis die Sozialarbeiter der Klinik (vgl. A6_FD_EGH_025a) und EGH-Anbieter (vgl. A6_FD_EGH_025a_2) akzeptieren konnten, dass Entscheidungen bzgl. der Hilfeplanung allein vom Fachdienst EGH getroffen werden.

Vernetzung scheint auf verschiedene Weisen die Zusammenarbeit zu fördern. Auf Institutionsebene ist es die rege Teilnahme an rechtskreisübergreifenden Netzwerkinstrumenten (GPZ-Auftragsrunde, Hilfeplanung, Institutsambulanzrunde), die Kooperation begünstigt (vgl. A7_FD_EGH_025a). Daneben spielt der Einsatz erfahrener Mitarbeiter, die die regionale Psychiatrie-Szene gut kennen, für die Vernetzung förderlich zu sein (vgl. A7_GPZ_023a).

Die UK „Bürokratieabbau“ verweist auf die bürokratischen Prozesse, die vor Einrichtung der regelmäßig tagenden GPZ-Auftragsrunde durch Schriftverkehr und Antragsstellung zwischen den Beteiligten stattfanden und die deutlich reduziert werden konnten (vgl. A7_GPZ_023a_2).

Tabelle 12: Hauptkategorie „Was fördert die Zusammenarbeit?“ (A)	
1. Gemeinsame Ziele	<p>„Aber wir [die EGH und die Klinik] haben eigentlich festgestellt, dass wir gleiche Interessen irgendwo haben. Wir haben diesen eben geschilderten Prozess [der Budgetierung und Ambulantisierung] durchgemacht, möchten also gar nicht mehr den Patienten so viel vollstationär haben.“ (A1_Klinik_026a)</p> <p>„Die Etiketten [der beteiligten Institutionen] sollen ein Stück weit in den Hintergrund rücken [und den] Bedarf des Menschen in den Vordergrund. Und das ist auch die Grundlage auf der wir die Zusammenarbeit [...] gestrickt haben.“ (A1_FD_EGH_020a)</p> <p>„Wir sind praktisch schon so ein kleines bisschen so ein Seiteneinsteiger, nachdem deutlich wurde, ja, dass es einfach die gleiche, gleiche Interessenslagen, gleiche Zukunftsvorstellungen sind, wie sich die sozialpsychiatrischen Hilfen weiterentwickeln sollten“ (A1_Träger_EGH_028a)</p> <p>„Die Mitarbeiter ziehen überwiegend auch sehr gut mit [...]. Das war am Anfang immer schwierig, weil da jeder so in seinem Sud gebadet hat – das ist immer so. Aber mittlerweile ist es schon so, dass wir da eine gemeinsame kooperative Haltung auch gefunden haben. Das hat sich verändert.“ (A1_GPZ_027a)</p>
2. Wissens- & Erfahrungsaustausch	<p>„Ja, richtig. Die Kooperation findet da seit ein paar Monaten sehr intensiv statt. Indem es auch Arbeitsgruppen gibt, wo Mitarbeiter des WKKs eingebunden sind. D.h. wenn die Brücke SH sagt, wir wollen ambulantisieren, ist in jeder Arbeitsgruppe ein Mitarbeiter des WKKs</p>

Tabelle 12: Hauptkategorie „Was fördert die Zusammenarbeit?“ (A)	
	<p>dabei und kann nochmal die eigenen Erfahrungen aus dem Regionalbudget zum Besten geben und auch aktuell mitarbeiten an der Entwicklung der Einrichtung. Das ist einfach eine sehr sehr saubere Sache und sehr sehr konstruktive Sache und das ist wünschenswert auch zu übertragen auf andere Träger.“ (A1_GPZ_027a)</p> <p>„Ich bin da auch in so einer Arbeitsgruppe [...] mit drin in der Brücke SH. Weil wir uns da so ein bisschen gegenseitig auch absichern wollen. Die machen jetzt ja viele Erfahrungen, die wir mit der Ambulantisierung auch gemacht haben. [...] Und dieses ganze Wissen und die Erfahrung, [...] alles was uns da guten Wohles widerfahren ist, das geben wir jetzt natürlich gerne weiter und die [Mitarbeiter der Brücke SH] sind sehr offen auch dafür.“ (A1_Klinik_024a)</p> <p>„Wir haben jetzt diese ganze Umwandlung [um das Abrechnungsbudget] in Teilprojekte gefasst zu verschiedenen Themenbereichen und in diesen einzelnen Bereichen sind auch Externe mit dabei. Das heißt, die Klinik beteiligt sich jetzt auch, was ich total klasse finde an dem Umwandlungsprozess und trägt da wirklich auch fachlich mit zu bei.“ (A1_Träger_EGH_028a)</p> <p>„das Verständnis füreinander ist durch Fortbildungen auch gestärkt worden, auch der konstruktive Austausch darüber hat stattgefunden in unserem System“ (A1_GPZ_027a_2)</p>
<p>3. Information & Kommunikation</p>	<p>„Wir haben eigentlich gesichert, dass [die GPZ-Mitarbeiter] und alle am Tisch beteiligten Institutionen [...] informiert sind [...]. Da gibt es einen standardisierten Prozess und – an den sich auch alle halten sollen.“ (A3_FD_EGH_020a)</p> <p>„Wenn ich einen neuen Fall habe [und] [...] ich also schon ungefähr im Vorwege weiß, das werde ich gefragt und kläre das ab, um da nicht A immer blöd da zu sitzen und um nicht [...] mit einem unbefriedigenden Ergebnis wegzugehen.“ (A3_FD_EGH_021a)</p> <p>„Und z. B. wenn jemand [...] einen Antrag auf ambulante EGH stellt [...] – wir kriegen das dann schon über Mail – dass wir wissen wer kommt, sodass wir auch erstmal gucken können, ob der schon im System bei uns [...] ist. Und können da eventuell einen Arztbrief – also es ist so, dass immer in der EGH schon besprochen wird, dass man sich Informationen sucht, also dass die eine Einverständniserklärung immer unterschreiben die Klienten, sodass wir schon mal gucken können, ob die im System drin waren bei uns, oder im Krankenhaus schon mal gelegen haben und denn laden wir zunächst auch den Therapeuten mit ein, der den Patienten auch kennt und da ganz gut Infos drüber geben kann.“ (A3_GPZ_023a)</p> <p>„Auch verändert hat sich der schnellere Zugriff der Mitarbeiter untereinander, wenn es darum geht zu sagen, wir müssen ein Hilfeplangespräch haben. D.h. früher war es doch so, dass man mehrere Wochen hat warten müssen auf ein Erstberatungstermin. Jetzt ist es so – ein Anruf reicht beim Kollegen – und er sagt ok, wir können uns in zwei Tagen zusammensetzen, wenn die Ressourcen da sind, die</p>

Tabelle 12: Hauptkategorie „Was fördert die Zusammenarbeit?“ (A)	
	zeitlichen. [...] Wie auch immer – man vernetzt sich kooperativer, das ist etwas, was sich positiv verändert hat.“ (A3_GPZ_027a)
4. Verbindliche Absprachen	<p>„Es geht darum, einfach zu einer Entscheidung zu kommen, deswegen haben wir auch einmal in der Woche eine GPZ-Auftragsrunde für Klienten, deren Leistungen nicht geklärt sind. Und [dabei] ist das Ziel immer mit einem Ergebnis rauszugehen. Und das Ergebnis ist immer wer macht's denn jetzt. Das wir uns also nicht wochenlang drüber streiten müssen, während es der Patientin noch schlechter geht. Sondern einfach gucken können – wir wollen ein Ergebnis – und einer muss halt in den sauren Apfel beißen.“ (A4_GPZ_027a)</p> <p>„Im Prinzip haben wir uns zur Aufgabe gemacht, dass die GPZ-Auftragsrunde sich nicht nach einer Stunde auflösen darf ohne Lösung. [...] Das resultiert aus dieser Tatsache, dass es früher immer so ein bisschen Hin- und her gab. [...] Und keiner fühlt sich zuständig und das alles auf dem Rücken des Patienten. Und in dieser Sitzung muss eine Lösung herbeigeführt werden – wie die jetzt nachher aussieht und wem die in den Kram passt, ist egal. Es muss eine Lösung her. Das Ganze wird auch koordiniert von unserem GPZ-Koordinator.“ (A4_Klinik_024a)</p> <p>„Da [in der GPZ-Auftragsrunde] gibt es einen standardisierten Prozess und – an den sich auch alle halten sollen.“ (A4_FD_EGH_020a)</p>
5. Geteiltes Personal	<p>„So, dann war aber das Gesundheitsamt nicht mehr in der Lage [...] den Psychiater-Job zu besetzen. Der alte war in Rente gegangen, und dann waren da zwei, drei Kurzdurchläufer, die sich nicht gehalten haben. Der Markt war leer. Da hatte keiner Bock drauf. So waren wir ziemlich unter Druck. Wir waren die einzigen Psychiater und wir konnten die auch nicht ganz hängen lassen. So habe ich dann gesagt, okay [...], lass uns das mal probieren. Ich habe mir aber so ein Veto-Recht vorbehalten. Und dann haben wir einfach Erfahrungen gesammelt und siehe da – das funktioniert. Also es gibt sehr sehr viel weniger Konflikte in diesem Sinne wie ich das ahnte als ich so von der Therapie mir gedacht habe. Das funktioniert, sehr harmonisch.“ (A5_Klinik_026a)</p> <p>„Ich bin [...] als Koordinator ins Gemeindepsychiatrische Zentrum gewechselt sozusagen. Und dort ist die Aufgabe eben die Koordination von Komplexleistungen, sprich also Leistungen, die sowohl Klinik- wie auch Eingliederungsleistungen bedürfen in das Netz von niederschweligen Bereichen. Der zweite Punkt meines Arbeitsalltags, ich bin zeitgleich Leitung der Brücke Dithmarschen. Das ist ein kreisgetragener Verein, der psychosoziale Beratung anbietet. Ich bin ja auch da Vermittler und Koordinator – was dann auch nicht immer leicht ist, weil ich für beide Bereiche tätig bin.“ (A5_GPZ_027a)</p>
6. Zeit	<p>„Es hat sich einfach dadurch entwickelt, dass wir mehr Zeit miteinander verbracht haben [...], dass wir uns kennengelernt haben, dass die einfach auch gewusst haben so, wer ist der Fachdienst EGH? Was machen die überhaupt? [...] Was sind denn das für Leute? So. Und andersherum genauso, man musste einfach die Ärzte kennenlernen“ (A6_FD_EGH_025a)</p>

Tabelle 12: Hauptkategorie „Was fördert die Zusammenarbeit?“ (A)	
	<p>„Also ich sag mal ist ja schön, wenn drei Leute eine gute Idee haben, aber bis die dreißig dahinterstehenden dann auch mitmachen, dann muss man natürlich in einer ganzen Institution so einen Paradigmenwechsel herbeiführen. Und das braucht und brauchte einfach Zeit. @@Der Chefarzt## hat eine ganze Klinik, die @@nieder-schwellige Beratungsstelle##, da hat @@die Leitung## genügend Mitarbeiter, die erst mal umgepolt werden mussten und ich mit der Eingliederungshilfe ja genauso.“ (A6_FD_EGH_020a)</p> <p>„Also am Anfang war das auch schwierig, muss ich [...] ganz ehrlich sagen, mit den Sozialarbeitern der Klinik [...]. Die haben natürlich auch über Jahre, wo wir noch nicht so intensiv so viel Planung betrieben haben, für die Klienten die Einrichtungen gesucht [...]. Aber dann sind wir hier reingetreten und [haben] gesagt – so, das ist jetzt unsere Aufgabe! Und die fühlten sich da so ein bisschen [...] über-rannt. Das hat [mehrere Jahre] gedauert, bis die Sozialarbeiter der Klinik verstanden haben, dass WIR jetzt nach Einrichtungen gucken [...], dass wir jetzt wirklich Hilfeplanungen machen und wir entschei-den wollen.“ (A6_FD_EGH_025a_2)</p> <p>„Natürlich waren die Leistungsanbieter zu Beginn als wir Hilfeplan-gespräche eingeführt haben, also das war ganz schwierig, also auch mit dieser Stimmung umzugehen, weil natürlich die Einrichtung da auch gar nicht offen war [für diese Kompetenzverlagerung]. Das war ein ganz schwieriger Prozess. Aber das hat jetzt auch Jahre ge-dauert – ehrlich gesagt – bis wir jetzt so sind, wie wir jetzt arbeiten. Das war auch nicht einfach zwischendurch.“ (A6_FD_EGH_025a_3)</p>
7. Vernetzung	<p>„Bei den Hilfeplangesprächen [...] ist ein Arzt aus der Klinik [...] immer dabei [...]. Es ist aber auch manchmal sinnvoll, dass der Thera-peut, also der Psychologe von der Klinik auch noch teilnimmt.“ (A7_FD_EGH_025a)</p> <p>„Aber deshalb ist das ja gerade ganz wichtig, dass man auch die Leute kennt. Und zur Brücke Dithmarschen kann man sagen, dass die ja nun wirklich auch ganz viele Sachen unter einem Haus haben [...]. [Z. B.] die drei Berater, die da arbeiten, da weiß ich eben auch, dass da einer ganz fit ist, der hat immer viel mit Suchtkranken gear-beitet. Oder die andere Frau die da arbeitet für Migranten, Frauen, so Borderline- und Missbrauchssachen. Da weiß ich einfach wo ich wen hin zuweisen könnte.“ (A7_GPZ_023a)</p> <p>„Und das ist auch schon öfters gewesen, dass ich jemanden [an die psychiatrische Institutsambulanz] eben hin vermittelt hab. Und da treffen wir uns z. B. auch immer montags in einer Institutsambulanz-runde und besprechen Fälle, wo auch wirklich nochmal ein reger Austausch einfach ist.“ (A7_GPZ_023a_2)</p>
8. Bürokratieabbau	<p>„Also was wir sicherlich verbessern sollten, wäre eine Fortschreitung der Entbürokratisierung. D.h. [die Auftragsvergabe in der GPZ-Runde] geht relativ schnell mittlerweile, aber es kann noch schneller und besser werden. Es ist schon so, dass es manchmal, dass der Klient manchmal aus dem Fokus gerät und so eher die Finanzen im Fokus sind.“ (A8_GPZ_027a)</p>

4.2.2 Was hemmt die Zusammenarbeit? (B)

Nicht gedeckter Informationsbedarf scheint die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit zu erschweren. Dies zeige sich insbesondere in den Hilfeplangesprächen, wo – in der Vergangenheit – der Amtsarzt, „*ein völlig fremder Mensch, der den Patienten gar nicht kannte*“ (B1_FD_EGH_020a) nur auf Grundlage eines schriftlichen Entlassungsberichtes Entscheidungen traf. Da die amtsärztlichen Aufgaben derzeit von Klinikärzten übernommen werden, kann es vorkommen, dass der Arzt für einen Patienten Therapeut und Amtsarzt zugleich ist. Nicht gedeckte Informationsbedarfe können auch innerhalb einer Institution bestehen, bspw. wenn verändertes Workflowwissen nicht ausreichend von Leitungs- auf Mitarbeiterebene kommuniziert wird (vgl. B1_Klinik_024a).

Stark divergierende Sichtweisen finden sich vorrangig zwischen Klinik und Anbietern von EGH-Leistungen. Letztere nehmen z. T. Klienten aus entfernten Regionen in ihre Wohnheime auf, die dann bei Ausbruch einer psychischen Störung das RPB der Klinik belasten. Gegenläufige Interessen sind hier offensichtlich: Da der Klinik nur eine bestimmte Fallzahl – bezogen auf die Einwohner der Region – pauschal vergütet wird, entstehen ihr durch die Behandlung jedes zusätzlichen (externen) Patienten Kosten, die nicht gedeckt sind. Auf der anderen Seite haben manche EGH-Anbieter das Interesse, ihre Einrichtung möglichst voll belegt zu halten, um die laufenden Infrastruktur- und Personalkosten decken zu können. Im Falle von Unterbelegung wird dann durch gemeindeferne Klienten (z. B. aus anderen Bundesländern) belegt.

Ein anderer Interessenskonflikt besteht bspw. zwischen rechtlichen Betreuern und dem Fachdienst EGH bzgl. der Teilnahme eines Klinikarztes in der Hilfeplanung (vgl. B2_GPZ_027a). Während erstere den Einsatz einer unabhängigen ärztlichen Instanz befürworten, plädiert der Fachdienst EGH für die Teilnahme der Bezugstherapeuten (und -ärzte) an der Hilfeplanung.

Die UK „Fremdbelegung stationärer EGH-Einrichtungen“²⁷ führt zu dem im vorangehenden Absatz dargestellten Interessenskonflikt zwischen vorrangig EGH-Anbieter und der Klinik mit Versorgungsauftrag für die Region (vgl. alle Ankerbeispiele der UK B3).

²⁷ Die UK „Fremdbelegung stationärer EGH-Einrichtungen“ wird an dieser Stelle nur cursorisch besprochen. Eine umfangreichere Darstellung findet sich unter gleichnamiger KK.

Doppelstrukturen scheinen auf personeller als auch institutioneller Ebene die Zusammenarbeit zu erschweren. Als Beispiel hierfür wird die Trennung von Amtsarzt und behandelndem Klinikarzt erlebt, die – bedingt durch eine unterschiedliche fachliche Einschätzung – in der Vergangenheit zu Auseinandersetzungen führte (vgl. B4_FD_EGH_020a). Eine Entscheidung über die gesetzliche Unterbringung von Patienten mit Eigen- oder Fremdgefährdung traf der Amtsarzt lediglich aufgrund eines kurzen Gesprächs und der Krankenakte. Der behandelnde Therapeut hat die Möglichkeit – aufgrund seiner Kenntnis des Therapieverlaufs – abzuwägen, ob eine gesetzliche Unterbringung tatsächlich notwendig ist (vgl. B4_Klinik_024a_2).

Auf institutioneller Ebene finden sich Doppelstrukturen durch unterschiedliche Anbieter der gleichen Leistung. Bot bspw. lediglich Anbieter X ein stationäres Wohnen für Menschen mit Störungen durch psychotrope Substanzen an und angenommen bei Anbieter Y entstand Bedarf nach Wohnplätzen in diesem Bereich, so gab es in der Vergangenheit bei Anbieter Y eine stärkere Tendenz, die eigenen Strukturen für dieses störungsspezifische Angebot auszurichten, anstatt mit Anbieter X zu kooperieren. Vorteil derartiger Zusammenarbeit ist außerdem, dass Anbieter X durch Erbringung größerer Leistungsmengen die Qualität seiner Leistungen vermutlich leichter steigern kann, als ein Anbieter, der nur eine geringe Zahl von Fällen im Suchtbereich versorgt. Sind hingegen einmal Doppelstrukturen zwischen EGH-Anbietern entstanden, so verliert die Zusammenarbeit an Bedeutung, da die Nachfrage mit dem eigenen Leistungs- und Platzangebot vollständig bedient werden kann. Plattform für eine gezielte Vermeidung von Doppelstrukturen ist die GPZ-Auftragsrunde und die rechtskreisübergreifende Hilfeplanung, wo ein Leistungserbringer desjenigen Rechtskreises beauftragt wird, der die Leistung passgenau erbringen kann (vgl. Ankerbeispiele B4).

Die fehlende Partizipation von Mitarbeitern an Entscheidungen, die die Interaktion der jeweiligen Institution mit anderen Einrichtungen oder Sektoren betreffen, scheint die Zusammenarbeit zu behindern. So wird aus Sicht von Mitarbeitern des Fachdienstes EGH bemängelt, dass bedeutende Veränderungen – wie bspw. die Installierung der GPZ-Auftragsrunde oder die Teilnahme eines Klinikarztes an der Hilfeplanung – nicht ausreichend mit den Mitarbeitern besprochen wurde. Man sei vor vollendete Tatsachen gestellt worden („So, da ist jetzt ein Arzt dabei“, B5_FD_EGH_025a). Die Nicht-Partizipation an Entscheidungsprozessen führte dazu, dass sich Mitarbeiter „überrumpelt gefühlt haben“

(B5_FD_EGH_025a). Auch auf Seiten der EGH-Anbieter habe die direkte Art, wie Entscheidungen von Klinik und Fachdienst EGH umgesetzt wurden, zu Irritationen und Vertrauensverlust geführt: „Weil die [Anbieter] nach den Hilfeplangesprächen gesagt haben [...]. So, was soll denn das jetzt – warum ist denn jetzt ein Arzt mit dabei. So das wissen wir ja gar nicht“ (B5_FD_EGH_025_2).

Ausgehend von der Annahme, dass eine umfassende Kenntnis regionaler gemeindepsychiatrischer Strukturen die Zusammenarbeit fördert, scheint andersherum eine komplexe Finanzierungssituation, die Zusammenarbeit zu verkomplizieren. Insbesondere Mitarbeiter der Klinik würden irrtümlich von dem EGH-Budget eine ähnliche Flexibilität erwarten, wie es das RPB bietet (vgl. B6_Träger_EGH_028a_2). Auch die Wichtigkeit der Unterscheidung von externen und regionalen EGH-Klienten sei den Mitarbeitern oft nicht geläufig (B6_Träger_EGH_028a).

Darüber hinaus ist schwer zu vermitteln, dass der Budgetgedanke nicht zwangsläufig zu Ressourceneinsparungen führt, zum Beispiel wenn Patienten ambulantisiert werden. Zumindest können Ressourcen, die durch die ambulante Versorgung eingespart werden, nicht für eine bessere Versorgung dieser Klienten reinvestiert werden. Dies hängt wiederum mit der Tatsache zusammen, dass der Landkreis – aus Kostengründen – nur eine bestimmte Anzahl von EGH-Wohnheimplätzen budgetieren kann, während ein Teil der Plätze weiterhin durch externe Klienten belegt wird. Für externe Klienten vorgesehene Plätze können jedoch häufig nicht belegt werden, z. B. in Zeiten geringer Nachfrage. Personal und Infrastruktur müssen jedoch weiter finanziert werden. Werden nun hingegen durch Ambulantisierung von Klienten mit Dithmarschener Kostenträger Ressourcen frei, so müssen diese derzeit eingesetzt werden, um die Kosten der nicht belegten externen Plätze zu decken.

Zeitmangel ist offenbar in verschiedenen Bereichen ein – für die Zusammenarbeit – limitierendes Moment. So kritisieren Mitarbeiter, dass die rechtskreisübergreifende Koordination (GPZ-Auftragsrunde und behandlerbegleitete Hilfeplanung) relativ kurzfristig eingerichtet wurde. Infolge stand den Mitarbeitern z. T. nicht genügend Zeit zur Verfügung, um die veränderten Abläufe zu verstehen und anwenden zu können (vgl. B7_FD_EGH_025a). Insbesondere bei den therapeutisch tätigen Berufsgruppen (Ärzte/Psychologen) scheint es nur schwer möglich zu sein, sich die – für die Hilfeplangespräche – notwendige Zeit zu nehmen (vgl. B7_Klinik_025a_2). Im Allgemeinen scheint die

Zeitplanung bzw. Terminfindung mit den Ärzten – z. B. im Rahmen der GPZ-Auftragsrunde oder der Hilfeplanung – aus Sicht des Fachdiensts EGH nicht immer leicht zu sein (vgl. B7_Klinik_024a). Dies könnte möglicherweise mit zunehmender Arbeitsverdichtung beim ärztlichen Personal zusammenhängen, die mitunter durch den Personalmangel entsteht.

Tabelle 13: Hauptkategorie „Was hemmt die Zusammenarbeit?“ (B)	
1. Nicht gedeckte Informationsbedarfe	<p>„Und [in den Hilfeplangesprächen gab es] überhaupt gar keinen Brückenschlag zu dem, ich sage mal – vorherigen Leben [bzw. der Vorgeschichte des Patienten] in der Klinik. Es gab einen schriftlichen Entlassungsbericht [...], der dann Grundlage war und den Amtsarzt, ein völlig fremder Mensch, der den Patienten gar nicht kannte, von neu drauf geguckt hat [und entscheiden sollte].“ (B1_FD_EGH_020a)</p> <p>„Wir haben ja oftmals noch Schwierigkeiten, mit den eigenen Mitarbeitern, die uns meinetwegen langjährig in irgendeiner anderen Position kennen, denen zu erklären, was wir da tun. Wir hatten jetzt das große Mitarbeiterfest zum Abschied des langjährigen Geschäftsführers und da fragte mich eine Kollegin, die war mal Krankenschwester auf einer Station vor so und so vielen Jahren und fragte "was machst denn Du jetzt eigentlich?". So. Dann habe ich das erklärt dann sagte sie – "das verstehe ich nicht". Also so komplex ist das [GPZ]“ (B1_Klinik_024a)</p>
2. Stark divergierende Interessen	<p>„Ja es wird schon versucht ein Dialog [über den Umgang mit Externbelegung] zu führen, aber nichts was derzeit irgendwie konstruktiv ist. Das kann ich mal so sagen. Ja, die Klinik hat natürlich Berührungspunkte mit der Einrichtung, weil die Klienten ja auch zu uns in die Klinik kommen. Und häufig gibt es da ja, unterschiedliche Ansichten der Versorgung der Einrichtung [...]. Da gibt es eher Streitpunkte als konstruktive Gespräche.“ (B2_GPZ_027a)</p> <p>„Aber etwas, was ein Hauptkritikpunkt aus der Gemeinde hier ist, weil immer so die Frage ist – wie ist es eigentlich mit Datenschutz? Und wie ist es eigentlich mit so Streitigkeiten? Da gab es gerade am Anfang von den rechtlichen Betreuern eine Aufruhr – bis hin zu Klagen vor Gericht – weil einfach klar war, wenn ein Arzt Kenntnis über den Therapieverlauf hat, hat er im EGH-Antrag einfach nichts zu suchen. Wir [sahen] das anders. Wir meinten schon, dass es für die Klienten hilfreich sei, gekannt zu werden, dass es auch zu Entlastung beiträgt. Das ist aber oftmals nicht so verstanden worden. Und da gibt's viele gegenseitige Anklagen, wenn es ums Thema Datenschutz geht. Von daher ist das etwas wo ich immer wieder Schwierigkeiten habe die Schweigepflichtentbindung und diese Dinge da zu vollziehen.“ (B2_GPZ_027a 2)</p>
3. Fremdbelegung stationärer EGH-Einrichtungen	<p>„Das nächste ist, dass [...] auch an Dithmarscher Landesgrenzen Wirtschaftsunternehmen irgendwelche Heime haben entstehen lassen – und nehmen wir jetzt mal an aus Hamburg, oder von den</p>

Tabelle 13: Hauptkategorie „Was hemmt die Zusammenarbeit?“ (B)	
	<p>Nachbargroßballungsgebieten importieren und importieren. Darunter leiden wir ja auch besonders, weil wir in dem Moment wo die in diesem Heim sind – wenn es psychiatrisch Erkrankte sind – haben wir die regionale Versorgungspflicht, was auch – ich will jetzt nicht zu sehr in die Gossensprache gehen – behämmert ist, das ist nicht fair.“ (B3_Klinik_024a)</p> <p>„Und die Erfahrung, die wir gemacht haben in den letzten Jahren vor Einführung des GPZ ist, immer dann, wenn wir wenig nachgeliefert haben in stationäre Einrichtungen, sind Menschen eingekauft worden, aus Berlin, Hamburg, etc. auf die wir natürlich keinen Einfluss haben. D.h. wenn wir sagen, ab jetzt gibt's keine stationären mehr aus dem Kreis Dithmarschen, bedienen die Einrichtung sich mit Privatverträgen anderer Kliniken und Bereiche aus anderen Großstädten und damit ist keinem so recht geholfen, wenn dann die Finanzierung aus anderen Städten erfolgt.“ (B3_GPZ_027a)</p> <p>„Aber wenn die [regionsfremden Klienten] halt behandelt werden müssen, hier, dann gehen sie an das regionale Psychriatriebudget. [...] Und da wird es schwierig. Also das ist so, das ist mehr das Problem der Klinik, das ist nicht das Problem für mich als Eingliederungshilfe, sondern das ist das Problem der Klinik, wo die, glaube ich, ziemlich genervt sind.“ (B3_FD_EGH_021a)</p>
4. Doppelstrukturen	<p>„Und der Amtsarzt, ein völlig fremder Mensch, der den Patienten gar nicht kannte, [musste über die Bewilligung von EGH-Maßnahmen entscheiden]. Wir haben da ganz viel Reibung im System gehabt, weil dann der eine Arzt gesagt hat, das, was der andere gesagt hat stimmt doch gar nicht, [das] kriegen wir nicht zusammen. Also so. Da gab es eigentlich nur Streit. [...] Und das haben wir jetzt komplett aufgelöst, also die Strukturen, das ist ja wirklich, geht so ineinander über, damit sind wir auch hochzufrieden. Das ist super.“ (B4_FD_EGH_020a)</p> <p>„Wenn wir zum Ort des Geschehens kommen und die Patienten erkennen mich, [dann] kriegen wir es viel öfter hin [...], dass ich schon mal sagen kann [...]: "Können Sie sich noch daran erinnern wie Sie bei uns waren und da ist doch alles gut geworden und wir hatten doch eine Möglichkeit" und dann schaffen wir das, dass die [Patienten] so [mit]kommen. Das ist ganz, das ist wie wunderschön. Und wir hatten alle unsere Bedenken [...], dass das eigentlich nicht zusammen passt. Behandler plus Ordnungsbeamter mit ausführender hoheitlicher Aufgabe.“ (B4_Klinik_024a)</p> <p>„Ich sitze [als Leitung des SpDI] mit meinem Büro hier in der Klinik. Ich gucke morgens immer in den Computer, oder ich weiß eigentlich wer untergebracht ist und ich gehe jeden Tag über die Station und frage. Weil jeder Tag – also ich nehme das mit dem Gesetz fast ein bisschen zu Ernst – es ist eine Freiheitsberaubung und diese Geschichten, die ich noch kenne aus meiner Anfangszeit, einmal sechs Wochen PsychKG, vergessen, dass der PsychKG hat und in der siebten Woche ruft der Richter an, was ist denn eigentlich mit dem – so ungefähr. Das darf es nicht mehr geben. Und da bin ich auch unangenehm manchmal bei den Kollegen, weil ich natürlich</p>

Tabelle 13: Hauptkategorie „Was hemmt die Zusammenarbeit?“ (B)	
	<p>immer auch diese, wie soll ich das sagen, das ist ja so eine Gradwanderung. Wenn ich zu schnell das PsychKG aufhebe, dann muss man ja auch damit rechnen, dass man es vielleicht zu früh gemacht hat. Aber ich gehe dann auch hin, und sag mir ist es egal und wenn ich die Papiere dreimal am Tag ausfülle, ihr könnt in einer Stunde wieder unterbringen, aber erstmal jetzt wieder versuchen, ob es so geht. Das ist auch ein Gefolge davon. Und wir haben sehr sehr viele zwei drei Tage, paar Stunden Unterbringungen [...], wo es gar nicht zum Beschluss kommt, weil es eine vorläufige Unterbringung war, oder aber wo es einen Beschluss gab und dann kann der auch am nächsten Tag oder am drauffolgenden Tag wieder weg sein. Und der kann dann aber auch nach zwei, drei Tagen wiederkommen und da sagt aber auch kein Richter dann also nicht unsere Richter – das ist eine sehr schöne Zusammenarbeit – meine Güte, wie oft soll ich denn noch wegen dem da kommen, sondern toll das ihr es versucht habt“ (B4_Klinik_024a_2).</p> <p>„Das Budget umfasst alle Leistungen. Alle ambulanten, alle stationären, alle teilstationär. [...] Die einzige Idee des Budgets ist es, [...] endlich aufzuhören mit verschiedenen Steuerungsrounds, und der Arzt weiß es besser als die Einrichtung, sondern zu sagen: Wir haben ein gutes fachliches Konzept.“ (B4_FD_EGH_020B_2)</p>
5. Fehlende Partizipation von Mitarbeitern an Entscheidungen	<p>„Sicher wurde ich informiert, aber wir wurden NICHT einbezogen. [...] Also [es wurde] schon auch gesagt [...] wir werden beteiligt [...]. Die Umsetzung war dann aber halt eine andere, tatsächlich. Also es war schon so, dass ich mich überrumpelt gefühlt habe, weil ich genauso die Info bekommen habe – SO, da ist jetzt ein Arzt mit dabei.“ (B5_FD_EGH_025a)</p> <p>Vgl. Zitat B1_Klinik_024a</p> <p>„Man [hätte] sich die eine oder andere Diskussion, die wir nach Hilfeplangesprächen mit dem Anbieter da führen mussten [gespart]. Weil die natürlich nach den Hilfeplangesprächen gesagt haben, Mensch @@Frau Mitarbeiterin der EGH##, haben sie nochmal fünf Minuten und denn kam. So, was soll denn das jetzt – warum ist denn jetzt ein Arzt mit dabei. So, das wissen wir ja gar nicht.“ (B5_FD_EGH_025a_2)</p>
6. Komplexität der Finanzierungssituation	<p>„Und da sagt natürlich die Klinik, Sie merken ja jetzt auch, das ist ganz ganz schwer zu vermitteln, da hat also in einem Teilprojekt ein Arzt spontan gesagt, „das glaube ich nicht, [...] diese Trennung [...] zwischen Dithmarschener und externen Plätzen“, sagt er, „das glaube ich jetzt nicht, dass das so geregelt ist“. Und dann erst in einem Treffen, wo auch jemand Offizielles dabei war, die Koordinierungsstelle, da sagt er, „ah ja, dann ist es also tatsächlich so“. Also, ich will damit einfach ausdrücken, für die Klinik ist natürlich so ein Abrechnungsbudget [für EGH-Leistungserbringer] eigentlich unvorstellbar und das macht es auch in der Praxis ganz ganz aufwendig zu steuern. Weil der Arzt sagte auch, „ja wieso, ihr braucht doch nur das Geld zu nehmen und dann macht ihr eben was anderes“. Nur, das Geld ist eben im Moment nicht da, was aber nicht heißt, also es finden ganz viele Veränderungen statt, aber wir können da nicht so ran klotzen, wie wir das gerne tun wollten.“ (B6_Träger_EGH_028a)</p>

Tabelle 13: Hauptkategorie „Was hemmt die Zusammenarbeit?“ (B)	
	<p>„Es ist ein Abrechnungsbudget, das ist der offizielle Ausdruck dafür und das Abrechnungsbudget haben wir ja mit dem Kreis geschlossen und die Klinik haben das ja mit ihren Kassenträgern da geschlossen und das Abrechnungsbudget unterscheidet sich auch von den Budgetvorstellungen, wie die Klinik sie hat. Und das führte dann manchmal in der Praxis zu Missverständnissen, weil so die Klinikärzte, [die Details und die Unterschiede nicht kennen].“ (B6_Träger_EGH_028a_2)</p>
7. Zeitmangel	<p>„Also es war schon so, dass ich mich überrumpelt gefühlt habe [...] und dementsprechend haben sich die Leistungsanbieter genauso ein bisschen überrumpelt gefühlt. Also das war alles so ein bisschen – ein bisschen Hau-Ruck-Verfahren. So kam mir das vor.“ (B7_FD_EGH_025a)</p> <p>„Wir ja genauso wie die Ärzte. Und die Ärzte wahrscheinlich sogar noch mehr, weil die [...] ja zeitlich noch mehr gebunden sind im Stationsalltag. Ich bin Bürgerdienst, ich sitze am Schreibtisch – ich habe meine Fälle. Aber der Klinikalltag ist ja ganz anders – also da ist ja dann wirklich mit Krisen und so. Und sich dann die Stunde Zeit zu nehmen – für ein Hilfeplangespräch – hat ja vielleicht nicht jeder Arzt so. Und ist auch nicht begeistert davon, das war auch schwierig. Weil die Ärzte mit einer entsprechenden Stimmung in die Gespräche reingegangen sind.“ (B7_FD_EGH_025a_2)</p> <p>„Und der ist eben mit den Oberärzten zusammen in dieser PsychKG Regelung drin. [...] Und der ist eigentlich – sie müssen sich das so vorstellen – wenn ich jetzt meinetwegen auf meinen Bereitschaftsplan gucke und wenn @@Herr Schwarz## im Tagdienst ist, dann muss der als erster fahren. Dann muss ich den immer anrufen. Wenn der gerade Nachtdienst für die Klinik hat, ist der natürlich weg, dann muss ich den nächsten Oberarzt anrufen. Und wenn der im Urlaub ist, oder krank ist, ist auch schlecht, dann muss ich eben die anderen anrufen. Was natürlich immer ein bisschen schwieriger ist, weil die haben ja auch sonst noch viele Ämter.“ (B7_Klinik_024a)</p>

4.2.3 Kontextkategorien

4.2.3.1 Fremdbelegung stationärer Eingliederungshilfeeinrichtungen (C)

Aus Sicht der professionellen Akteure ist die Belegung von Wohnheimplätzen durch regionsferne Patienten historisch bedingt (vgl. C1_GPZ_027a). So werden seit der Nachkriegszeit (des II. Weltkrieges) zunehmend schwer erziehbare und psychisch gestörte Kinder und Jugendliche *„aufs grüne Land und [...] an die Küste geschickt“* (C1_Klinik_024a). Da dieses Vorgehen der gemeindefernen Patientenverlagerung stark an „Kin-

derlandverschickung“, einen von den Nationalsozialisten im II. Weltkrieg instrumentalisierten Begriffs erinnert, wird dieser Ausdruck von den Befragten für obigen Sachverhalt durchweg verwendet. Die zugezogenen Kinder und Jugendlichen kommen oft aus Ballungsgebieten (Berlin oder Hamburg, vgl. C1_GPZ_027a). Dies hängt vorrangig mit den hohen Wohnungsmieten bzw. einem Mangel an Wohnraum für Menschen mit Behinderungen zusammen. In Dithmarschen sind die Immobilienpreise hingegen verhältnismäßig niedrig, was Investoren von EGH-Einrichtungen anzieht (vgl. C6_Klinik_024a). So stieg das Einrichtungsangebot weit über die regionale Nachfrage hinaus (vgl. C1_Träger_EGH_028a). Nach mehrjährigem Aufenthalt im Kreis Dithmarschen setzte bei vielen der zugezogenen Jugendlichen eine Sozialisierung und Beheimatung ein. Bei Erreichen der oberen Altersgrenze für Bewohner von Jugendhilfeeinrichtungen (i. d. R. 18. Lebensjahr) fand daher häufig keine Rückführung in die Herkunftsregion statt. Stattdessen zogen die jungen Erwachsenen in Privatwohnungen, wobei dieser Schritt nicht immer gelang. Manche der Betroffenen waren z. B. mit der Organisation ihres sozialen Lebens oder des Haushalts überfordert und gerieten in eine psychische Krise, die wiederum einen stationären Aufenthalt und möglicherweise den Umzug in eine Heimeinrichtung (für Erwachsene) nach sich zog bzw. erforderlich machte. Tritt letzteres ein, fungiert nicht mehr die Jugendhilfe des Herkunftsgebietes als Kostenträger, sondern die EGH des Landkreises Dithmarschen. Dieser Einbürgerungsprozess mit anschließendem Kostenträgerwechsel wird von den Befragten umgangssprachlich als „Verdithmarschung“ genannt.

Die Motivation des Herkunftsgebietes (= Kostenträger), dessen Klienten gemeindefern zu versorgen, hat verschiedene Gründe. Vorrangig spielt – aus Sicht eines EGH-Leistungserbringers – der Mangel an stationären EGH-Einrichtungen im Herkunftsgebiet eine Rolle. Dementsprechend würden insbesondere schwer gestörte Menschen nach Dithmarschen vermittelt (C3_Klinik_024a), die im Herkunftsgebiet ambulant nicht ausreichend versorgt werden könnten. Es werden jedoch auch fachliche Gründe (z. B. therapeutischer Milieuwechsel, bei schweren Störungen im Suchtbereich) angeführt.

Mögliche Folge der Vermittlung schwer gestörter Patienten in eine Dithmarschener Wohneinrichtung ist die tendenziell höhere Wahrscheinlichkeit für die stationäre Aufnahme und die damit verbundene Belastung des regionalen Psychriebudgets. Um dem entgegen zu steuern, sei die Klinik bemüht, diese Patienten zurück in die in der Herkunftsregion zuständige Klinik zu überweisen (vgl. C4 alle Zitate).

Problematisch scheint die fehlende kommunale Steuerbarkeit von Fremdbelegung durch den Fachdienst EGH der Zielregion. Es gebe rechtlich gesehen keine Möglichkeit, „den Abschluss einer Leistung [zwischen EGH-Anbieter und dem Fachdienst des Herkunfts-kreises] sowie Vergütungsvereinbarungen“ (vgl. C5_FD_EGH_020a) zu unterbinden.

Mit der Unterkategorie Ökonomische Anreize und Notwendigkeiten sollen wirtschaftliche Einflüsse dargestellt werden, die die Fremdbelegung von stationären EGH-Plätzen tangieren. Dazu gehören vorrangig die – bereits oben genannten – niedrigen Immobilienpreise, die Investoren anziehen (vgl. C6_Klinik_024a). Fremdbelegung ist jedoch auch aus Sicht der EGH-Leistungsanbieter ein Mittel, um bei Unterbelegung stationärer Einrichtungen gegenzusteuern. Sie wird somit ökonomisch notwendig, da „die Immobilie [...] erhalten werden [und] die Arbeitsplätze [...] bezahlt werden“ müssen (C6_Klinik_024a_2).

Tabelle 14: Kontextkategorie „Fremdbelegung stationärer Eingliederungshilfe-Einrichtungen“ (C)	
1. Gemeindeferne Patienten-verlagerung	<p>„Wir nennen das immer so eine Art Kinder-Land-Verschickung – also es gab eine so unglaubliche Strömung, wo man in den Städten glaubte, wir schicken unsere Kinder und Jugendlichen oder schwer Erziehbaren aufs grüne Land und dann auch noch an die Küste – und siehe da: Dithmarschen nimmt alles, weil die müssen ihre Plätze füllen und schon hatten wir sie.“ (C1_Klinik_024a)</p> <p>„Ich denke die Haupterklärung, dass es ein Überangebot an stationären Einrichtungen gibt, ist historisch bedingt. Das ist in der Nachkriegszeit schon losgegangen mit sehr sehr vielen Jugendhilfeeinrichtungen die viele Kinder und Jugendliche hatten, die aus Berlin, Hamburg und anderen Großräumen gekommen sind, die auch für relativ wenig Geld hier leben konnten. Und [die Einrichtungen] wurden alle weiter betrieben. Und diese Menschen sind natürlich irgendwann auch erwachsen geworden, ohne dass eine Rückführung in den alten Kreis erfolgt ist. D.h. die Menschen sind bei uns geblieben und waren z.T. sehr schwer krank und chronifiziert. Also es ist ein sozialpädagogisches Problem gewesen, aber auch psychiatrisches. Und wir haben genauso viele stationäre Einrichtungen im Erwachsenenbereich mittlerweile, wie auch im Jugendbereich.“ (C1_GPZ_027a)</p>
2. Kostenträgerwechsel („Verdithmarschung“)	<p>„Und die [Jugendlichen] wurden natürlich auch irgendwann 18 und dann hatten wir sie auf dem Plan hier. Und wenn man dann nicht aufgepasst hat, die drei Monate verpasst hat, die sie zurückgeführt werden können, dann waren sie Dithmarscher Bürger und brauchten EGH. Die waren auch meistens so schwer gestört, dass man die ambulant nicht so richtig – glaube ich – führen könnte. Und das ist ja jetzt das große neue Projekt, das man denkt, das können wir nochmal anders machen.“ (C2_Klinik_24a)</p>

Ergebnisse

	<p>„Also ich denke nur an die ganzen Jugendhilfeeinrichtungen, da haben wir leider ganz schön viele, und wo das Jugendamt ganz oft mit 18 die Hilfe einstellt, wird hier in Heide eine Wohnung gesucht, der ist hier ein halbes Jahr, geht völlig unter, natürlich, landet hier in der Klinik und denn kommen sie zu uns. Gut, aber die sind ja in Dithmarschen, die können wir auch gut versorgen.“ (C2_FD_EGH_25a)</p> <p>„wenn die [lokalen EGH-Leistungsanbieter] irgendwelche Menschen aus ganz Deutschland kriegen, dann haben wir [, der FD EGH] mit denen nichts zu tun. Wir sind nicht in die Hilfeplanung involviert, das hat mit GPZ nichts zu tun, also, null. Die nimmt [die Wohneinrichtung] auf und gibt sie wieder ab und alles ist gut. So. Erst wenn die Hilfe [der Wohneinrichtung] beendet wird, weil alles so super läuft, dann sagen die [Klienten], jetzt will ich auch in Brunsbüttel wohnen, das ist doch alles ganz ganz wunderbar und nach drei Monaten und einem Tag sagen, die, ach Mensch, heute [...] brauche ich doch noch mal eine Station[äre Wohneinrichtung]. Dann stellen die einen Antrag und [...] dann landen die auch in der GPZ-Runde. Aber vorher eigentlich nicht.“ (C2_FD_EGH_021a)</p>
<p>3. Motivation für Herkunftskreis</p>	<p>„Man kann natürlich auch sagen, wir haben einfach keine passenden Einrichtungen bei uns in den Kreisen und natürlich gibt es aber auch aus fachlicher Sicht gute Gründe, jemanden raus zu nehmen aus dem Umfeld.“ (C3_Träger_EGH_028a)</p> <p>„Es gibt natürlich auch Neuanträge, die bewusst nicht in Dithmarschen betreut werden sollen oder unterstützt werden sollen, weil ein Milieuwechsel sinnvoll ist, es schwierig mit den Eltern ist, irgendwie sowas in der Richtung.“ (C3_FD_EGH_25a)</p> <p>„Die waren auch meistens so schwer gestört, dass man die ambulant – nicht so richtig glaubte – führen zu können. Und das ist ja jetzt das große neue Projekt, das man denkt, das können wir nochmal anders machen.“ (C3_Klinik_024a)</p>
<p>4. Belastung des regionalen Psychatriebudgets</p>	<p>„Natürlich machen wir immer die Krise, das machen wir auch im Fall dieses Anderen da. Also wir stellen – und das ist ja [...] denn die Arbeit – [...] den Kontakt zur Herkunftsklinik her. Also wenn da ein Patient in die Einrichtung X kommt, aus Hamburg, der war vielleicht schon zwanzigtausend Mal in der Asklepiosklinik oder sonst irgendwo [...], natürlich wird [da] der Kontakt hergestellt. Aber wir drängen die Einrichtung auch so ein bisschen zu sagen – hier sagt den Leuten ihr könnt euren Vertrag nicht erfüllen, der geht dann dahin zurück in die [Herkunfts]Klinik.“ (C4_Klinik_024a)</p> <p>„Und mittlerweile – nach 19 Jahren Klinik – reden wir schon mit der Einrichtung und sagen. Wir akzeptieren das nicht, nach einer Woche ist der nicht [Dithmarschener], sind wir nicht für den zuständig. Der geht bitte nach Göttingen, Hamburg, oder wo er gerade herkommt zurück. Aber das gelingt nicht immer.“ (C4_Klinik_024a_2)</p>
<p>5. Fehlende kommunale Steuerbarkeit</p>	<p>„Wenn jemand aus einem anderen Landkreis kommt, übernimmt der Herkunftslandkreis die Finanzierung. D.h. wir haben inhaltlich keinen Einfluss mehr darauf“ (C5_GPZ_027a)</p> <p>„Es hat immer schon Leute gegeben, die eingekauft worden sind</p>

Ergebnisse

	<p>[...] es ist [...] so, dass gerade @@der EGH-Anbieter XY## tatsächlich Leute aktuell einkauft, wenn mal ein Platz nicht belegt ist, [...] sodass halt perspektivisch die Prozente immer höher werden, von denen, die nicht aus Dithmarschen kommen. Und das ist ganz schwierig, da Einfluss drauf zu nehmen, das ist etwas, wo wir gucken müssen, ob wir dagegen steuern können.“ (C5_GPZ_027a_2)</p> <p>„Nein, [die Fremdbelegung dem Träger untersagen], das kann man gar nicht. Da haben wir rechtlich keine Möglichkeit nach dem, das geht bis aufs Grundgesetz zurück, die Freiheit der Berufsausübung, der Berufswahl, sag ich mal. [...] Jeder Träger hat einen Rechtsanspruch auf den Abschluss einer Leistung sowie Vergütungsvereinbarungen.“ (C5_FD_EGH_020a)</p>
<p>6. Ökonomische Anreize und Notwendigkeiten</p>	<p>„Wir hatten mal einfach eine Zeit hier in Dithmarschen, wo der Immobilienmarkt [...] noch total billig [war]. Wenn man sich dann irgendwie so eine nette Hütte angeschafft hat und gesagt hat, ich mache hier ein Kleinheim draus und auch noch vielleicht Erzieher oder sonst irgendwas, dann konnte eigentlich jeder Willie hier eine Einrichtung aufmachen und mit den entsprechenden wirtschaftlichen Abnehmern das auch bewirtschaften.“ (C6_Klinik_024a)</p> <p>„Aber es ist eben schon so, dass auch viele hier das als Nebenerwerb, oder als Erwerb tatsächlich betreiben und dann praktisch so als Job, junge Menschen hierher holen und in Dithmarschen schnellen die Zahlen in die Höhe. Wenn man den Solidargedanken hätte, „wir sind Deutschland“, könnte man sagen, was soll es, wir verteilen es um. Aber die Denke ist natürlich, jeder Kreis sieht seinen Kreishaushalt.“ (C6_Träger_EGH_028a)</p> <p>„Aber natürlich ist es auch manchmal so, dass in einer Phase, wenn die Belegung von Dithmarschener Bürgern früher nicht geklappt hat und ich habe dann nur externe Anfragen – mein Personal ist über die Gesamtplatzzahl berechnet – dann greife ich natürlich auf die externen Anfragen zurück, kann ich wählen zwischen Externen und Dithmarschern, dann kann ich sagen, tut mir leid, wir versorgen vorrangig die Region.“ (C6_Träger_EGH_028a_2)</p> <p>„Das ist eigentlich nur noch eine ganz große Einrichtung mit einem anderen Träger, die dieses Wirtschaftssystem noch aufrechterhalten muss. Weil, wenn man jetzt mal aus deren Richtung guckt [...]. Die Immobilie muss erhalten werden, die Arbeitsplätze müssen bezahlt werden. Das ist alles in Ordnung.“ (C6_Klinik_024a_2)</p> <p>„Ja, also 100 % Auslastung ist immer so das A und O, das weiß man. [...] Die Heime haben meistens 15-20 Plätze und 18 Plätze müssen belegt sein, damit es nicht defizitär läuft und die zwei Plätze, das ist Puffer. Also sie sind schon angehalten, ihre Plätze voll zu haben. Dadurch werden die künstlich hoch gehalten.“ (C6_Klinik_022a)</p>

4.2.3.2 Ambulantisierung (D)

Streng genommen bezieht sich der Begriff Ambulantisierung ausschließlich auf Leistungen im Bereich der EGH, die ambulant (z. B. Tagesstätte) oder sogar aufsuchend (z. B. Einzelfallhilfe) erbracht wurden. Um den rechtskreisübergreifenden Aspekten Rechnung zu tragen, wurden die Erfahrungen der Mitarbeiter aus dem Bereich der EGH mit denen der GPZ-Mitarbeiter (mit aufsuchender Beratung) gemeinsam dargestellt.

Die verstärkte Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor – kurz: Ambulantisierung – stellt in der eher ländlich geprägten Region Dithmarschen eine Herausforderung für die Akteure der sozialpsychiatrischen Versorgung dar. Die Konfiguration von Infrastruktur und Demographie in Dithmarschen scheinen dabei von besonderer Bedeutung zu sein. Während sich der Großteil ambulanter Hilfen auf die Städte Heide und Büsum konzentriert (vgl. D1_FD_EGH_020a), sind Angebote der EGH in dezentral liegenden Dörfern und Ortschaften eher unterrepräsentiert. Darüber hinaus ermöglicht das öffentliche Verkehrsnetz keine zufriedenstellende Anbindung peripherer Ortschaften z. B. an die Kreisstadt Heide. Bedingt durch den demographischen Wandel (Überalterung der Bevölkerung) gewinnt dieser Aspekt besonders an Bedeutung, da ältere Menschen in größerem Maße auf eine fußläufig erreichbare öffentliche Infrastruktur angewiesen sind.

Ambulante Strukturen im Bereich der EGH müssten daher insbesondere in peripher liegenden Ortschaften (z. B. Marne oder Friedrichskoog) geschaffen werden (vgl. D1_FD_EGH_025a). Ohne das Vorhandensein dieser Versorgungsstrukturen blieben Steuerungsinstrumente (Bsp.: „personenzentrierte Hilfeplanung“), die verstärkt in ambulante Hilfe einsteuern sollen, wirkungslos. (vgl. D1_FD_EGH_020a_3).

Aus Sicht eines Mitarbeiters aus dem Bereich Pflege scheint die Übernahme von Eigenverantwortung – wie dies bei ambulanten aufsuchenden Behandlungsformen von Mitarbeitern erwartet wird – insbesondere für pflegerische und ergotherapeutische Berufsgruppen nicht leicht zu sein (vgl. D2_Klinik_022a). Dies hänge damit zusammen, dass man sich im stationären Umfeld sicherer fühle. Dort könne man sich bei therapeutischen Entscheidungen auf die Expertise bzw. die Einschätzung anderer Mitarbeiter verlassen, so z. B. wenn es darum gehe, Gefahrenpotentiale einzuschätzen (z. B. Eigengefährdung). An die höhere Verantwortung gewöhne man sich jedoch mit zunehmender Erfahrung mit

der ambulanten Tätigkeit (vgl. D2_Klinik_024a). Aus Perspektive eines Leistungserbringers sei es jedoch „einfacher, jemanden stationär zu versorgen, dementsprechend auch Geld dafür zu kriegen, als ambulant Verantwortung zu übernehmen“ (D2_Klinik_022a_2).

In der folgenden Unterkategorie sollen *Motivationen und Vorbehalte* der Akteure mit der Ambulantisierung dargestellt werden. Die Sichtweisen zu diesem Thema sind durchaus heterogen. Während Klinikmitarbeiter die Ambulantisierung weitgehend befürworteten und sich „eine Rückführung [der Patienten] in die Gesellschaft“ (D3_Klinik_024a_2) erhofften, seien die gesetzlichen Betreuer hingegen „ängstlicher, [da sie befürchteten, dass die Patienten in einer ambulanten Wohnform z. B.] dekompensieren [...] und dass die [Betreuer] irgendwie mehr Arbeit“ hätten, vermutet ein Mitarbeiter vom FD EGH (D3_FD_EGH_021a). Außerdem könne man „den Menschen mehr zumuten und man müsse die nicht immer nur so in Watte packen“. Dadurch kommt die Motivation zum Ausdruck, verstärkt ressourcenorientiert mit den Patienten zusammenzuarbeiten. Ähnlich zu den o. g. Vorbehalten kritisiert ein leitender Klinikmitarbeiter die

„Unfähigkeit von betreuenden Menschen, Betreute auch mal wieder loszulassen [anstatt diese] nur immer festzuhalten. Einmal in Wohnbetreuung, am liebsten lebenslang in Wohnbetreuung.“ (D3_Klinik_026a).

Mitarbeiter von EGH-Leistungserbringern äußerten hingegen Überforderungsängste durch die veränderten ambulanten Arbeitsbedingungen (vgl. D3_Träger_EGH_028a). Es wurde ein mit der Ambulantisierung einhergehende Arbeitsplatzabbau befürchtet, wobei diese Vermutung von einem EGH-Träger zurückgewiesen wurde (vgl. D3_Träger_EGH_028a_3). Andere Leistungsanbieter sorgten sich wiederum um eine langfristige Verringerung der finanziellen Mittel (vgl. D3_Klinik_022a).

Für eine ambulante Leistungserbringung deutlich motiviert scheinen die Heimbewohner einer beispielhaft befragten Einrichtung, von denen ca. 70 % ausziehen möchten, um in einer anderen Wohnform ambulant versorgt zu werden (D3_Träger_EGH_028a_2).

Der FD EGH erhofft sich von der Klinik eine stärkere Begutachtung von Bestandsfällen i. R. der GPZ-Auftragsrunde. Dadurch könnten verstärkt auch „Altfälle“ hinsichtlich möglicher Ambulantisierung überprüft werden. Bei „Altfällen“ handelt es sich um Patienten, die seit mehreren Jahren von der Klinik psychiatrisch betreut werden und die zugleich in einer stationären Heimeinrichtung leben (vgl. D4_FD_EGH_020b oder D4_FD_EGH_025a). Gerade bei langjährigen Patienten sei es hilfreich, die Versorgungssituation aus unterschiedlicher Perspektive zu beurteilen. Dabei käme man häufig zu besseren Ideen, wie

wenn sich nur ein Leistungserbringer mit einem Fall beschäftige (vgl. D4_FD_EGH_021a). In Bezug auf die Präferenzen langjähriger Heimbewohner – die den Wechsel in eine Privatwohnung größtenteils befürworten – bemerkt ein EGH-Träger selbstkritisch, man hätte ambulante Angebote bereits viel früher ausbauen müssen (D4_Träger_EGH_028a).

Tabelle 15: Kontextkategorie „Ambulantisierung“ (D)	
1. Infrastruktur & Demographie	<p>„die Eingliederungshilfe kann ambulant aufsuchend arbeiten und die Klinik bietet [...] Home-Treatment und Krisendienst [...], aber es ist eben alles auf Büsum und Heide konzentriert und dazwischen ist wenig und die Leute können nicht kommen. [Und] die Busverbindungen sind schwierig“ (D1_FD_EGH_020a)</p> <p>„Wir haben eine demographische Herausforderung, weil hier viele alte Menschen wohnen, Mobilität ist ein Problem. Und das bedeutet, dass die Strukturen vielleicht auch noch nicht so sind, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung und vielleicht zunehmenden Alters und den ganzen [anderen] Einschränkungen hier einfach auf dem Land gut ohne [stationäre] Versorgung leben können und dann doch noch in die [Heim-]Einrichtung müssen.“ (D1_FD_EGH_020a_2)</p> <p>„das viele niederschwellige, [...] ambulante Strukturen fehlen und deswegen das vollstationäre [Angebot] auch gar nicht auf einen anderen Bedarf [hätte umgestellt werden können,] selbst wenn andere Bedarfe festgestellt worden wären – i. R. der Hilfeplanung wäre eine Versorgung gar nicht möglich gewesen, weil es die Dinge nicht gab.“ (D1_FD_EGH_020a_3)</p> <p>„Wir [würden] uns für Dithmarschen auch mehr [ambulante Angebote] wünschen. Aber ist halt Dithmarschen und wenn jemand jetzt im Bereich Marne, Friedrichskoog – also wirklich auf dem Land wohnt, haben wir kaum Möglichkeiten, das ist ganz schwierig“ (D1_FD_EGH_025a)</p>
2. Höhere Verantwortung	<p>„Ich kenne das halt im Bereich Krankenhaus, als wir angefangen haben umzustellen von stationär [...] auf ambulant, dass gerade die Mitarbeiter so aus dem ergotherapeutischen und dem Pflegebereich [...] große Probleme damit hatten, jetzt wirklich alleine [...] raus zu fahren, nicht mehr das geschützte Dach der Psychiatrie zu haben [...]. Die Entscheidung jemanden mitzunehmen, oder einen Arzt anzurufen ist oft einfacher, als zu sagen, nein, [...] ich schenke dem jetzt Vertrauen [...]. Also das ist, glaube ich, so einer der Gründe, warum die Verantwortung ambulant zu versorgen deutlich höher [ist]“ (D2_Klinik_022a)</p> <p>„Also ich weiß noch genau, wie ich meinen ersten Patienten akut schizophren, akut floride psychotisch. Morgens aufgenommen, nachmittags nach Hause geschickt und tagesklinisch [behandelt]. Und ich dachte, das kann nicht gut gehen. Und es ist super geworden. Dann wird man ja immer mutiger, ne? [...] Man merkt ja, das Personal</p>

Ergebnisse

	<p>macht mit. Die Krisensituation ist ja auch von hieraus auffangbar. Man kann ja telefonieren.“ (D2_Klinik_024a)</p> <p>„Die Anbieter bieten es halt nicht anders an. Aber das Einfache ist – ich sag mal, die Verantwortung ist geringer – jemanden im Wohnheim zu haben [...] es ist einfacher jemanden stationär zu versorgen, dementsprechend auch Geld dafür zu kriegen, als ambulant die Verantwortung zu übernehmen“ (D2_Klinik_022a_2)</p>
<p>3. Motivation & Vorbehalte</p>	<p>„Da sind manchmal die gesetzlichen Betreuer die Hürde, also die sind da manchmal ängstlicher als ihre Klienten.[!: Was haben die denn für Befürchtungen zum Beispiel?] Ja, dass der dekompenziert natürlich, also meine Vermutung ist immer, dass die irgendwie mehr Arbeit haben. [...] Aber ich glaube – deshalb bin ich so froh, dass die Ärzte da sind – man kann den Menschen mehr zumuten, und man muss die nicht immer nur so in Watte packen [...] [Die Patienten] werden schon irgendwann sagen, nein, geht nicht.“ (D3_FD_EGH_021a)</p> <p>„Diese Unfähigkeit von betreuenden Menschen, betreute Menschen auch mal wieder loszulassen und nicht nur immer festzuhalten. Einmal in Wohnbetreuung, am liebsten lebenslang in Wohnbetreuung. Einmal in der Werkstatt – am liebsten lebenslang in der Werkstatt“ (D3_Klinik_026a)</p> <p>„wir wollen das Wohnhaus auflösen, und dann setzen natürlich Ängste [bei den Mitarbeitern] ein und auch gerade aufgrund der engen Beziehung zu den Menschen, die sie betreut haben, die dahin gehen in Richtung Überforderung und so weiter“ (D3_Träger_EGH_028a)</p> <p>„Die Einrichtungen haben ja auch dann immer so – sehen ja – die Gefahr, wenn ich diesen Menschen jetzt ambulant versorge, kriege ich dann weniger Budget. Das ist [...] immer so dieser Hintergrund.“ (D3_Klinik_022a)</p> <p>„Wir mussten einmal damit anfangen, dass wir die Menschen, die es betrifft überhaupt erstmal informieren. Das haben wir also sehr ausführlich gemacht und das ist uns sehr gut gelungen [...] und dabei kam heraus, dass letztendlich nur neun Menschen im @@Wohnheim## wohnen bleiben wollen, von 33 [befragten] Bewohnern“ (D3_Träger_EGH_028a_2)</p> <p>„Ganz früher war es tatsächlich so, dass es diese Langzeitbereiche gab, in den [großen Landeskrankenhäusern]. Das wurde dann ja aufgelöst. Aber dann [kamen] eben die kleinen [Wohn]einrichtungen überall. [...] Und jetzt geht's da auch hinaus. Es wird nochmal wieder eine Rückführung in die Gesellschaft“ (D3_Klinik_024a_2)</p> <p>„das Ziel ist schon, keiner der Mitarbeiter soll durch die Veränderung arbeitslos werden und das Budget soll schon dazu dienen, dass wir sukzessive vollstationäre Plätze reduzieren zu Gunsten ambulanten Betreuung“ (D3_Träger_EGH_028a_3)</p>
<p>4. Stärkere Begutachtung von Bestands-fällen</p>	<p>„Wir, die EGH, sag ich jetzt mal hier, wir haben noch so viele Leichen im Schrank hängen, die wir noch gar nicht angeguckt haben [, also] Menschen die vielleicht vor 5 Jahren in die stationäre Einrichtung gezogen sind, als es dieses GPZ noch nicht gab. Und mit dieser Brille</p>

<p>neu zu gucken und die hier nochmal vorzustellen, so im Sinne einer Fallsupervision, das läuft noch nicht“ (D4_FD_EGH_020b)</p> <p>„Schwierig sind unsere Klienten, die wir schon Jahre haben [...], die 20 Jahre schon vollstationär betreut werden. Natürlich treffen wir uns regelmäßig zur Hilfeplanung. Meistens aber doch nur einmal im Jahr, weil die Klienten richtig schwer psychisch krank sind. Und da hat sich natürlich meine Fachdienstleitung viel mehr erhofft.“ (D4_FD_EGH_025a)</p> <p>„Und dann bringe ich auch laufende Fälle ein, um dann so einen Sachstand zu erheben, so und so ist es, [...] habt ihr Ideen, was man noch machen kann, weil ich habe gerade keine, die betreuende Einrichtung, oder die Betreuer, oder, was immer, ob es ambulant, stationär, oder was auch immer, die haben auch keine Idee, so, jetzt, lass uns da mal bitte drauf gucken. Und dann gehe ich auch eigentlich immer mit was Neuem [aus der GPZ-Auftragsrunde weg]“ (D4_FD_EGH_021a)</p> <p>„Zu Beginn des Projektes habe ich eine Aufstellung gemacht, wie lange die Menschen bei uns betreut sind und ich war nicht von allen Zahlen ganz begeistert. [...] Also wenn ich dann gesehen habe, dass viele 25, 30, 15, 10 Jahre und so weiter dann tatsächlich da sind, da habe ich mich schon also ziemlich erschrocken und gleichzeitig ist mir aber klar geworden, die Eingliederungshilfe und auch das WKK haben es ja mit getragen.“ (D4_Träger_EGH_028a)</p>
--

4.2.3.3 Flexiblere Hilfemaßnahmen (E)

Die Implementierung einer GPZ-Auftragsrunde und insbesondere die Einführung eines Abrechnungsbudgets für einen großen EGH-Leistungsanbieter im LK Dithmarschen ermöglichen eine flexiblere Einsteuerung von Klienten in Hilfemaßnahmen. Dabei richtet sich die Höhe der Vergütung nach den Kosten eines vollstationären Heimplatzes, der bisher aufwändigsten Betreuungsform. Durch die Budgetierung erhält die Einrichtung auch für ambulant erbrachte Leistungen die gleichen Erlöse wie für stationäre Betreuung. Der Klient kann folglich in dem Setting (ambulant, teilstationär, vollstationär) unterstützt werden, welches am besten zu dessen Bedürfnissen passt, ohne dass dies erlösrelevant wäre.

Ein weiterer Beitrag zur Flexibilisierung ist der reduzierte Bürokratieaufwand im Abrechnungsbudget. Wechselt ein Patient von einem Setting in ein anderes, dann ist dafür kein Antrag o. Ä. beim FD EGH zu stellen. Solche Entscheidungen werden hingegen kurzfristig in der GPZ-Auftragsrunde oder der ärztlich begleiteten Hilfeplanung getroffen.

Ein typisches Fallbeispiel wird im Folgenden geschildert. Angenommen ein Klient zieht versuchsweise von einer Heimeinrichtung in eine Privatwohnung um. Dort wird der Klient

von einer Einzelfallhilfe besucht und z. B. bei Einkäufen, Behördengängen usw. unterstützt. Nach wenigen Wochen bemerkt der Patient jedoch, dass diese Betreuungsform für ihn nicht ausreichend ist. Anstatt dass er unmittelbar in die Heimeinrichtung zurückwechselt, ließe sich hingegen die Betreuungsintensität erhöhen, bspw. durch häufigere Besuche der Einzelfallhilfe, die über das zeitlich übliche Maß einer ambulanten Betreuung hinausgingen. Erst wenn diese Maßnahme erfolglos bliebe, könnte in einem zweiten Schritt überlegt werden, ob es nicht sinnvoller wäre, zurück in den stationären Bereich zu wechseln (vgl. dazu E1_Klinik_026a, E1_Klinik_026a_2, E1_Träger_EGH_028a_4).

Insgesamt wünschen sich die EGH-Einrichtungen, dass durch die zuvor beschriebene Flexibilisierung mehr Hilfen in der Wohnung des Patienten erbracht werden (vgl. E1_Träger_EGH_028a), bzw. mehr sozialräumlich und patientenzentriert (vgl. E1_Träger_EGH_028a_2) gearbeitet werden kann. Letzteres wird dadurch gefördert, dass budgetierte Einrichtungen den Budgetgedanken weitergeben können, indem sie bspw. Privatpersonen aus dem Umfeld des Patienten (z. B. Nachbarn, Angehörige) beauftragen und vergüten können, sofern diese bestimmte Leistungen für den Patienten erbringen können (z. B. Kochen, Wohnungsputz, vgl. E1_Träger_EGH_028a_3).

Tabelle 16: Kontextkategorie „Flexiblere Hilfemaßnahmen“ (E)

„das Problem ist nur, das System ist nicht flexibel genug gewesen, [es muss nicht] diese Treppe sein [...], vollstationär viel Hilfe, teilstationär weniger, sondern also unser Anspruch ist jetzt, auch viel Hilfe in die Wohnungen zu bringen“ (E1_Träger_EGH_028a)

„Damit [, mit dem Abrechnungsbudget] sollen wir sozialräumlich arbeiten. [...] wir dürfen die Hilfen jetzt personenzentriert erbringen. Und wirklich personenzentriert. [...] Das heißt dann auch, wenn jemand von uns [sprich ein Klient] in irgendein Dorf ziehen möchte, dann kann ein Mitarbeiter von uns Arbeitszeit dafür verwenden, dass er guckt, wo kann man da einkaufen, wo ist da die Gemeinde, gibt es da vielleicht die Landfrauen, kann ich den da anbieten“ (E1_Träger_EGH_028a_2)

„Oder, wenn der sich erinnert, Mensch, ich hatte da aber eine tolle Nachbarin [...], dann würden wir tatsächlich dahin gehen und würden versuchen herauszufinden, ob man da real irgendeine Unterstützung initiieren kann. Und wenn das so wäre, dass die Frau dann vielleicht mit Mittagessen kocht und dafür dann tatsächlich Geld bekommt, sag ich mal. [...] Also wir hoffen, dass wir dann manchmal aus Beschwerden noch was Gutes machen können. Also es gab da eine Beschwerde von Mitbewohnern, deshalb komme ich jetzt so auf dieses Beispiel, in einem Mehrfamilienhaus und dabei kam dann raus, dass die Person nur deshalb den Flur so genau beobachtet hatte, weil sie auch alleine war und die hat dann tatsächlich gegen Bezahlung die Flurreinigung übernommen, von dem Menschen, der dazu wirklich noch nicht in der Lage war und, also gegen Bezahlung, daraus ist ein freundschaftlicher Kontakt entstanden und die haben zum Schluss gemeinsam gekocht“ (E1_Träger_EGH_028a_3)

„Und die Flexibilität der Werkstatt ist auch gefordert. Die Werkstatt hat so eher die Neigung nur zweimal im Jahr Leute aufzunehmen. Das geht [...] nicht mehr. [...] Ich kann nicht von

jemandem, der sich traut, raus zu gehen auf den ersten Arbeitsmarkt [...] und da vielleicht denn doch scheitert. Da kann ich nicht sagen, ja melde dich mal wieder an, das muss alles wieder von vorne beantragt werden und du kannst maximal zum 1.4. wieder anfangen. Dann fällt er ja in ein riesen Loch, das kann nicht sein“ (E1_Klinik_026a)

„Mut zu haben und den Betroffenen auch zu motivieren, mal wieder alleine Laufen zu lernen. [...] Und da muss man sagen ok, wir begleiten dich auf diesem Weg. Und wir versprechen dir, [...] wenn es scheitert, hast du eine schnelle Rückkehrmöglichkeit in dein soziales Netz“ (E1_Klinik_026a_2)

„Wenn jemand nach 25 Jahren [Wohnheim] sagt, ich will eine eigene Wohnung, ich will einen eigenen Mietvertrag [und] wir merken, dem geht es schlecht und es ist kein Behandlungsbedarf, dann kann der auch erst nochmal wieder drei Wochen zurück [ins Heim] und die Wohnung bleibt aber erhalten,“ (E1_Träger_EGH_028a_4)

4.2.3.4 Bezugstherapeutisch begleitete Hilfeplanung (F)

Seit dem 1. Januar 2005 werden die vom FD EGH geführten Hilfeplangespräche neben den bisherigen Teilnehmern (u. a. Patient, gesetzlicher Betreuer, Casemanager und Bezugsperson aus der Einrichtung) von Klinikärzten begleitet. Wenngleich diese Veränderung der Hilfeplanung formal gesehen nicht mit der rechtskreisübergreifenden Koordination des GPZ verknüpft ist, betonten die Professionellen die für die Zusammenarbeit förderlichen Einflüsse der bezugstherapeutisch begleiteten Hilfeplanung.

Aus Sicht der GPZ-Mitarbeiter fördert die Anwesenheit des ärztlichen Bezugstherapeuten im Hilfeplangespräch die medizinische Verlaufsevaluation des Klienten (vgl. F1_GPZ_027a). Da der behandelnde Arzt die Ressourcen der Patienten oft zutreffender einschätzen kann, als ein – dem Patienten unbekannter – Amtsarzt, werden vom behandelnden Arzt vermehrt niederschwellige (ambulante) Maßnahmen unterstützt. Ein Amtsarzt würde sich im Zweifel vermutlich eher für eine engere Betreuungsform entscheiden, da er die Ressourcen des Patienten nicht ausreichend beurteilen kann (vgl. F1_GPZ_027a_2 und F1_FD_EGH_025a).

Wie die Mitarbeiter des GPZ hält auch der FD EGH die in der „reformierten“ Hilfeplanung getroffenen Entscheidungen für die oft passgenaueren Maßnahmen. Dafür spräche auch die geringe Widerspruchsquote gegen die Entscheidungen zur Bedarfsbemessung (vgl. F1_FD_EGH_020a). Mitarbeiter des FD EGH kritisieren hingegen die unzureichende Informationsweitergabe der personell anders zusammengesetzten Hilfeplanung durch leitende Mitarbeiter (F1_FD_EGH_020a_2).

Tabelle 17: Kontextkategorie „Bezugstherapeutisch begleitete Hilfeplanung“ (F)

„Die Ärzte sind auch in allen Hilfeplangesprächen dabei der EGH, d.h. der behandelnde Arzt ist sozusagen auch immer mit am Tisch sitzend. Und das ist etwas, was wir schriftlich damals dokumentiert haben. [...] Immer ist da ein behandelnder Therapeut – wenn er schon einen hatte, sozusagen – an der Seite dabei und kann den auch vermitteln. Das ist etwas, das sehr positiv ist, weil der Verlauf evaluiert werden kann“ (F1_GPZ_027a)

„Im Hilfeplangespräch kann es aber sein – so wie es früher war – das ein Mensch mit seinem Betreuer hinkommt und sagt – ich brauche jetzt eine teilstationäre Betreuung für fünf Tage die Woche. Der Arzt, der den Klient aber kennt, weiß, dass es eher so einen Regressionsfall fördern würde. Und sagt, nein, ich würde aus meiner klinisch-psychiatrischen Beurteilung heraus sagen, ambulant reicht, weil es fördert die und die Ressourcen. Und dann kommen wir in den Knackpunkt. D.h. der Arzt entscheidet nicht mit, aber er steuert natürlich, durch seine Aussage mit. Und das ist etwas, was glaube ich auch manchmal sauer aufstößt [beim] Betreuer, manchmal auch [bei den] Klienten, ja“ (F1_GPZ_027a_2)

„Wir würden im Rahmen der Hilfeplanung immer eine eigene Bedarfsfeststellung machen. Und dann sagen, wir sehen hier den ambulanten Bedarf vorrangig und wenn der Mensch damit nicht zufrieden ist und denkt er hat einen anderen Bedarf, dann kann er über den Rechtsweg [...] sich über das Sozialgericht [die Leistung] einklagen. Wir haben eine ganz geringe Widerspruchsquote, also es spricht schon dafür, dass wir auch gute Entscheidungen, oder passgenaue Entscheidungen tatsächlich treffen“ (F1_FD_EGH_020a)

„So, und das überhaupt erst mal zusammen zu bringen und da Werbung und auch Mitarbeiter, Personalentwicklung einfach vorzunehmen und auch der Kreis hatte die Kollegen der Fachabteilung der Eingliederungshilfe waren erstmal ein bisschen befangen, was soll der Arzt jetzt hier [in der Hilfeplanung]? Warum können wir das jetzt nicht selber? Wir haben doch eigene Kompetenzen, wir machen das seit 10 Jahren. Warum muss jetzt ein Arzt hierher? Und die Ärzte, was ist unsere Rolle, was sollen wir tun, wir sind doch Behandler, sollen wir jetzt auch noch [hier] therapieren? Also, so, ne?! Das war, da gab es erst mal jetzt eine ganz anstrengende, was Haltung angeht, Kick-off-Phase nennen wir es mal so, die hat ein bisschen länger gedauert als gedacht, würde ich heute so sagen“ (F1_FD_EGH_020a_2)

4.2.3.5 Herausforderungen, Wünsche und Ziele (G)

Eine Perspektive für die künftige Zusammenarbeit von SpDi, GPZ und FD EGH wäre die Integration dieser Institutionen in einem Gebäude. Für die Nutzer wäre dies von Vorteil, da nicht mehr verschiedene Institutionen aufgesucht werden müssten. Schließlich sind die Aufgaben der drei – bisweilen räumlich getrennt geführten – Einrichtungen den Nutzern häufig nicht im Detail bekannt. Die Integration in einem Gebäude würde Verwechslungen reduzieren und brächte die Möglichkeit mit sich, zügiger von einem zum anderen Zuständigen innerhalb des GPZ-Gebäudes zu wechseln. Aus Sicht der Sozialprofis würde ein gemeinsames Gebäude die Arbeitsabläufe besser integrieren (vgl. alle Zitate G3).

Eine Herausforderung scheint der Umgang mit nicht budgetierten EGH-Plätzen einer bestimmten Einrichtung zu sein (vgl. G1_Träger_EGH_028a). Letztere kann nicht kostendeckend betrieben werden, wenn nicht alle extern belegbaren Plätze auch tatsächlich von Patienten genutzt sind. Ein Lösungsweg wäre bspw. eine Budgetierung dieser Plätze, sodass Betriebs-, Investitions- und Personalkosten abgedeckt wären.

Die Beteiligung von EGH-Leistungserbringern in der bisher trägerneutralen GPZ-Auftragsrunde wird von den Akteuren kontrovers diskutiert. Während Mitarbeiter des FD EGH auf Anbieterneutralität bestehen (vgl. G2_FD_EGH_025a), wünschen sich die Leistungserbringer, an der GPZ-Auftragsrunde beteiligt zu werden (vgl. G2_Träger_EGH_028a_2). Letzteres würde vermutlich den Austausch zwischen den Leistungserbringern intensivieren und könnte dabei behilflich sein, Doppelstrukturen (z. B. Heimeinrichtungen mit gleichem fachlichem Schwerpunkt) zu reduzieren. Zugleich würde das gesondert durchgeführte Instrument der Hilfeplankonferenz infrage gestellt, da die darin beteiligten Akteure – mit Ausnahme des Betroffenen und dessen gesetzlichen Betreuers – auch Teilnehmer der GPZ-Auftragsrunde sind (vgl. G2_Träger_EGH_028a). Mitarbeiter des FD EGH befürchten hingegen, dass durch die Teilnahme der Leistungsanbieter der Einfluss des FD EGH auf die Patientenkoordination schwinde (vgl. G2_FD_EGH_025a_2).

Einvernehmliches Ziel aller Akteure ist eine verstärkte Weiterentwicklung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (auf dem ersten Arbeitsmarkt, engl. „supported employment“) und der Leistungen der Werkstätten für behinderte Menschen. Als positiv bewertet wird die verstärkte Teilnahme der Werkstätten an Hilfeplangesprächen (vgl. G4_FD_EGH_025a). Durch Einsatz von Mitarbeitern mit einer fachpsychiatrischen Förderweiterbildung soll künftig in Behindertenwerkstätten direkt geprüft werden, inwieweit beeinträchtigte Arbeitnehmer in den ersten Arbeitsmarkt wechseln könnten (vgl. G4_Klinik_022a). Erschwert werde die Weiterentwicklung der Hilfen durch die getrennte Finanzierung der Akteure (vgl. G4_Klinik_026a). Darüber hinaus wird die bedürfnisorientierte Inanspruchnahme von z. B. Werkstattplätzen durch gesetzliche Bestimmungen erschwert: Die „Zuverdienstbeschränkung“ legt bspw. fest, dass Menschen, die in stationären Wohneinrichtungen leben, keine Tätigkeit zum Zuverdienst ausführen dürfen. Diese und ähnliche Regelungen werden von Leistungserbringern kritisiert – auch für *„ganz kranke Menschen [gelte], das [...] wenn ich arbeite kriege ich normalerweise Geld*

dafür und nicht dass mir jemand mal einen Kinobesuch sponsert oder sowas“ (G4_Träger_EGH_028a).

Ein Ziel künftiger Zusammenarbeit ist die Etablierung des *Offenen Dialogs* (vgl. Kapitel 1.5) in Entlassungsgesprächen der Klinik und im Krisenfall. Davon wird sich ein stärkerer Informationsaustausch aus fachlich-inhaltlicher Sicht versprochen, der mehr als bisher auf Augenhöhe stattfindet (vgl. G5_Träger_EGH_028a).

Tabelle 18: Kontextkategorie „Herausforderungen / Wünsche / Ziele“ (G)	
1. Mehr budgetierte EGH-Plätze	<p>„Das [Wohnheim] hat jetzt 38 Plätze, da hat sich der Kreis eine gewisse Anzahl von Belegtagen für die Dithmarschener eingekauft, [...] also von 38 Plätzen sind es 28. Also ich habe zehn Plätze, die ich extern belegen kann, und das ist natürlich das Problem. [...] Ich habe Personal über 38 Plätze, [...] und wenn jetzt der Kreis davon 28 Plätze hat und ich aber meine zehn externen Plätze nicht belegt bekomme, laufen ja trotzdem meine Kosten weiter [...]. Das könnte sich dadurch lösen, dass man das Verhältnis ein bisschen angleichen würde [, also mehr budgetierte Plätze]. Weil das Problem ist, [...] man [braucht] natürlich auch finanzielle Kraft, um Neuerungen zu schaffen. [...] Und das, was dafür eigentlich frei wird, [...] wird aufgesogen, weil ich dort Plätze nicht besetzt habe“. (G1_Träger_EGH_028a)</p>
2. Stärkerer Einbezug der EGH-Träger vs. Träger-neutralität	<p>„Wenn wir in den Einrichtungen [...] jemanden haben, wo die Betreuung sich entgegen der Hilfeplanung schwierig gestaltet, dann setzen sich auch da oftmals alle Helfer zusammen [ähnlich der Auftragsrunde], auch mit dem Menschen, den es betrifft. [...] Das sollte eigentlich zur Routine werden, von Beginn an, aus meiner Sicht“ (G2_Träger_EGH_028a)</p> <p>„Und dann wünsche ich mir also schon auch noch mehr Anbieter an den Tisch [der GPZ-Auftragsrunde], [...] also wir haben in diesem [Weiterentwicklungs-] Projekt auch die Aufgabe, die anderen Anbieter vor Ort hier mit reinzuholen und uns auch zu vernetzen und wirklich auch zu gucken, wenn wir was Neues machen, gibt es das nicht schon in irgendeiner Form und dann wäre eben unser Job, die Menschen dahin zu bringen oder zu befähigen, dass sie das eigenständig in Anspruch nehmen können“ (G2_Träger_EGH_028a_2)</p> <p>„Wie gesagt im Gespräch war das schon, dass halt auch Leistungsanbieter dazukommen. Und ich weiß halt, dass auch @@ein großer EGH-Anbieter## gerne dran teilnehmen möchte. (mhh) Aber inwieweit das jetzt wirklich [...] umgesetzt wird, weiß ich nicht. Ich würde mir das nicht wünschen“ (G2_FD_EGH_025a)</p> <p>„Ich weiß nicht ob das die Idee ist, dass @@der große EGH-Anbieter## mit in die GPZ-Runde soll. Also die wünschen sich das, Ich selber halte da gar nichts von. Weil ich einfach auch die alte Zeit noch kenne, wo sich Anbieter [...] von der Station die Klienten gleich in die Einrichtung genommen haben und dann Anträge gestellt haben und man da gar keine Steuerungsmöglichkeiten hatte. [...] Ich würde mir</p>

Ergebnisse

	wünschen, dass das so anbieterneutral bleibt, so wie das jetzt ist. Und wir gucken, zusammen mit der Klinik“ (G2_FD_EGH_025a_2)
3. GPZ-Gebäude	<p>„Der Traum vom GPZ war ja ein eigenes Haus, mit allen dazugehörigen Disziplinen, also SpDi, Eingliederungshilfe, psychosoziale Beratungsstelle, vielleicht Übergang zur Arbeit, eventuell von jemand vom Jobcenter, also wirklich all das, was dazu gehört, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auch wieder zu rehabilitieren und zwar in voller Größe, nicht irgendwo ins Wohnheim stecken, Tür zu und das war es, sondern wirklich wieder Jobangebot, eigene Wohnung. All die damit zu tun haben, dort unter einen Dach zu bringen, einerseits als Anlaufstelle, andererseits aber auch als Auslaufstelle letztendlich, für Menschen, die in einer Klinik waren“ (G3_Klinik_022a)</p> <p>„Aber faktisch ist es so, dass wir das Ziel noch nicht umgesetzt haben, alles in ein Gebäude zu bringen. Die Idee war ja, ein Mensch mit einem Problem X – psychosozialer Art – kommt durch die große Drehtür eines Gebäudes und hat in Zimmer 1 den Psychiater sitzen, in Zimmer 2 den EGH-Kollegen, Zimmer 3 den SpDi-Kollegen und dann kann er gucken, ok, wo ist er am besten aufgehoben. Das war so die Idee, das wäre sicherlich, um die Ressourcen zu bündeln auch gut“ (G3_GPZ_027a)</p> <p>„Und schön wäre das schon auch, wenn es dann irgendwann einen Ort gibt, also das heißt ja Zentrum, noch gibt es das virtuell, aber wenn es dann einen Ort gäbe, wo die Menschen als Anlaufstelle hin können.“ (G3_FD_EGH_021a)</p>
4. Arbeit für Menschen mit psychischen Störungen	<p>„Es gibt zwar Werkstätten [für behinderte Menschen], aber kaum alternative Arbeitsmöglichkeiten. Und wir haben aber auch den Bereich der Hilfeplanung für Werkstätten mit in dem GPZ-Kooperationsvertrag umfasst. Also auch dort sitzen die Psychiater mit in den Hilfeplangesprächen“ (G4_FD_EGH_020a)</p> <p>„wir haben auch wirklich eine immer bessere Zusammenarbeit. So dass da auch öfters der kurze Draht so kommt – was ich ganz toll finde, dass da ein kurzer Austausch ist. Und das die [Werkstätten] auch vermehrt an Hilfeplangesprächen auch teilnehmen“ (G4_FD_EGH_025a)</p> <p>„Des Weiteren haben wir jetzt noch eine Mitarbeiterin, die im Bereich "Übergang in Arbeit" im Neuwerk arbeitet. Neuwerk ist eine Werkstatt für [...] behinderte Menschen und diese schaut vor Ort, welche Klienten für den ersten bzw. zweiten Arbeitsmarkt wieder fit gemacht werden können“ (G4_Klinik_022a)</p> <p>„Das ist sehr aufwändig zeitlich. Es ist auch kompliziert, weil unter Umständen ganz unterschiedliche Finanziers da drin sind“ (G4_Klinik_026a)</p> <p>„Diese Zuverdiensteinschränkung, Menschen in Wohneinrichtungen dürfen nichts dazu verdienen, das ist das Problem. Das heißt, wir können auch keine Anreize setzen, monetärer Art, das ist uns rechtlich untersagt. Und das wäre natürlich oftmals ein Schlüssel, weil auch ganz kranke Menschen – der eine sagt so, Mensch, @@Fr. Jansen##, das ist doch das Normalste der Welt, wenn ich arbeite</p>

	kriege ich normalerweise Geld dafür und nicht dass mir jemand mal einen Kinointritt sponsert, oder sowas“ (G4 Träger EGH_028a)
5. „Offener Dialog“	<p>„Es [gibt] ja wirklich ganz viele positive Erfahrungsberichte über den offenen Dialog und das würde ich mir einfach wünschen, dass Entlassungsgespräche in der Klinik so stattfinden, dass da prinzipiell die weiterbetreuende Einrichtung mit dazu kommt, dass der Mensch, den es betrifft, sagen kann, ich möchte gerne auch meinen Nachbarn, jemanden aus dem Bekanntenkreis [...] dabei haben und man da wirklich auch das gemeinsame Vorgehen tatsächlich bespricht und [...] sich so stärker auf gleiche Augenhöhe begibt. Dass man die unterschiedlichen Kompetenzen akzeptiert und [...] gemeinsam mit dem Menschen, um den es geht, in den Austausch geht“ (G5_Träger_EGH_028a)</p> <p>„Also ich würde gerne noch näher auch mit der Klinik und mit allen am Prozess Beteiligten fachlich-inhaltlich zusammenrücken, [...] in Austausch gehen über den offenen Dialog“ (G5_Träger_EGH_028a_2)</p>

4.2.3.6 Ergebnisse der Zusammenarbeit (H)

Die Dauer der Hilfesuche von Menschen mit psychosozialen Hilfebedarf habe sich durch die Angebote des GPZ verkürzt (vgl. H1_GPZ_027a). Dabei seien Klienten verstärkt in ambulante (niederschwellige) Hilfen eingesteuert worden, wogegen Bestandsfälle in noch nicht ausreichendem Maße begutachtet worden sind (vgl. H1_FD_EGH_025a). Die engere Kommunikation zwischen den Akteuren habe sich verkürzend auf die Wartezeit für Hilfeplangespräche ausgewirkt (vgl. H1_GPZ_027a_2). Zusammenfassend wird angemerkt, man habe den inklusiven Charakter und die Patientenzentriertheit (vgl. H1_Träger_EGH_028a) der Versorgungsstrukturen faktisch verbessert. Es handle sich nicht nur um Worthülsen, wenn man beim GPZ von „Inklusion“ spreche (vgl. H1_FD_EGH_020b).

Tabelle 19: Kontextkategorie „Ergebnisse der Zusammenarbeit“ (H)

„Für die Patienten, oder für die Klienten hat sich gar nicht so sehr viel verändert. Die haben einen schnelleren Ansprechpartner natürlich, die haben vor allem aber auch einen Ansprechpartner wenn es nirgendwo weiter geht. D.h. die müssen nicht mehr durch drei vier verschiedene Instanzen laufen. Die können direkt Kontakt aufnehmen zu @@Frau Wilms## oder zu mir. Und wir können dann gemeinsam schauen, welchen Plan kann man entwerfen“ (H1_GPZ_027a)

„Auch verändert hat sich der schnellere Zugriff der Mitarbeiter untereinander, wenn es darum geht zu sagen, wir müssen ein Hilfeplangespräch haben. D.h. früher war es doch so, dass man mehrere Wochen hat warten müssen auf ein Erstberatungstermin. Jetzt ist es so – ein Anruf reicht beim Kollegen – und er sagt ok, wir können uns in zwei Tagen zusammensetzen“ (H1_GPZ_027a_2)

„Aber, wenn da für den Klienten was bei rum kommt, dann ist das wirklich schön. Dann haben wir die Strukturen hier verändert. Und wenn man da dann noch Inklusion drüber

Ergebnisse

schreibt, so im Sinne das System verändert sich und nicht der Mensch muss sich anpassen, dann wär's richtig hübsch und dann wär auch das Ziel mal wirklich erreicht. Das wär auch kein Plakat, was man irgendwo raufklebt, auf alte Hüte sag ich mal, das ist ja so im Moment, weil keiner weiß wie das geht, nutzt man ja einfach altes was man schon immer gemacht hat und das nicht mehr ambulant sondern inklusiv“ (H1_FD_EGH_020b)

„Ja also dieses GPZ und das die Ärzte eingebunden werden jetzt im Rahmen des [Hilfepan-]Verfahrens jetzt bei uns, das klappt ganz toll bei Neuanträgen sozusagen, bei neuen Klienten, neuen Patienten. Schwierig sind die [...] Klienten, die 20 Jahre jetzt schon vollstationär betreut werden. Natürlich treffen wir uns regelmäßig zur Hilfeplanung. Meistens aber doch nur einmal im Jahr, weil die Klienten richtig schwer psychisch krank sind. Und da hat @@man## sich natürlich viel mehr erhofft.“ (H1_FD_EGH_025a)

„Also einmal [...] hat es schon das verändert, dass die direkte Zusammenarbeit sich verbessert und sich verändert. Also, dass wirklich der Klient im Mittelpunkt steht“ (H1_Träger_EGH_028a)

5. Diskussion

5.1 Erfahrungen und Zufriedenheit der Nutzer

Hauptanliegen dieses Studienteils war es, darzustellen, wie die Nutzer eines GPZ die dort angebotenen Beratungsleistungen erleben, welche Aspekte zu ihrer Zufrieden- bzw. Unzufriedenheit beitragen und welche Verbesserungsmöglichkeiten gesehen werden.

Während diese Fragen auf den konkreten Evaluationsgegenstand, dem GPZ in Heide, beantwortet wurden (vgl. Kapitel 4.1), sollen die gewonnenen Ergebnisse anhand der Befunde zur Patientenzufriedenheitsforschung diskutiert werden. Dabei sollen Übereinstimmungen und Abweichungen aufgezeigt und ein differenziertes Zufriedenheitsverständnis erarbeitet werden.

Da verhältnismäßig wenige Forschungsberichte zu Patientenerfahrungen mit Beratungsstellen oder gemeindepsychiatrischen Einrichtungen vorliegen, wurden bei der anschließenden Diskussion auch Befunde quantitativer Zufriedenheitsbefragungen in stationären Kontexten einbezogen. Die Studie zur *Integrierten Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihren Angehörigen* (Jürgensen, Patzelt & Meyer 2014) wird dabei – aufgrund hoher Übereinstimmung mit der Forschungsfrage und -methodik der vorliegenden Dissertation – ausführlicher diskutiert.

Die Erfahrungen der Nutzer decken sich in vielerlei Hinsicht mit den Ergebnissen anderer Studien. Insbesondere die Bedeutung einer kurzen Wartezeit auf die Güte der Bewertung einer Gesundheitsleistung wurde bereits in den 1980er Jahren von Pascoe und Roberts (1983) erkannt und in verschiedenen Zufriedenheitsmodellen berücksichtigt (Ware et al. 1996). Während sich diese überwiegend auf die Bewertung stationärer Behandlung beziehen, wurde die Zufriedenheit mit ambulanten Leistungen erst deutlich später untersucht (Berghofer et al. 2005). Es konnte gezeigt werden, dass die Wartezeit zwar ein wichtiges Kriterium ist, jedoch im Vergleich zur Bedeutung der Personal-Patient-Beziehung und der Fachkompetenz des Personals nur eine nachrangige Stellung einnimmt (Berghofer et al. 2005).

Bezüglich des Zeitbedarfs im Beratungsgespräch fanden Stunder et al. (2007) bei Hausarztpatienten mit psychosozialen Problemen eine Korrelation zwischen der Patientenzu-

friedenheit und der subjektiv wahrgenommener Konsultationszeit. Dies entspricht weitestgehend unseren Befunden. So gaben die Nutzer des GPZ an, dass die genügende Zeit im Beratungsgespräch zu ihrer Zufriedenheit beigetragen habe (vgl. Kapitel 4.1).

Thornicroft und Rose et al. fassten 2002 die Prioritäten der Nutzer für die künftige Erforschung psychiatrischer Dienste zusammen. Dabei beriefen sie sich auf Ergebnisse einer groß angelegten nutzergeleiteten Studie von Beeforth und Wood (2001). Diese ermittelten zehn Aspekte, die für die Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfsangebote aus Nutzersicht von Bedeutung sind. Zwei davon, nämlich die *Zugänglichkeit zu Information* (über Unterstützungsdienste) und die *Verfügbarkeit der Dienste an 24 Stunden und sieben Tagen pro Woche*, sind Aspekte, die auch von den Nutzern des GPZ hervorgehoben wurden. Damit im Einklang stehen die Leitlinien der European Psychiatric Association (Gaebel et al. 2012). Sie fordern eine 24-stündige Erreichbarkeit von intensiven Case Management Diensten (ICM), einem Behandlungssetting, welches dem Leistungsprofil des GPZ weitgehend entspricht.

Das Vorhandensein einer telefonischen Rufbereitschaft, die Bedeutung kostenfreier psychosozialer Beratung und die Güte des Informationsangebotes sind Aspekte, die für die Nutzer des GPZ eine große Rolle spielten, deren Einfluss auf die Zufriedenheitsbildung sich jedoch nicht anhand anderer Studien belegen ließ. Es scheint jedoch nachvollziehbar, dass das Wissen um das Bestehen einer beratend tätigen Rufbereitschaft Patienten entlasten bzw. ein Gefühl von Sicherheit vermitteln kann, insbesondere beim Übergang von einer stationären in eine ambulante Behandlung. Sicherheit spielte auch für die Patienten in der Studie von Jürgensen, Patzelt und Meyer (2014, S. 35) eine Rolle. Letztere kamen zu der Einschätzung, dass *„das Wissen um einen jederzeit erreichbaren Ansprechpartner [...] den Betroffenen wichtigen Halt im Alltag geben“* kann.

Im Folgenden sollen zwei weitere Aspekte vertieft werden, deren Einfluss auf die Patientenzufriedenheit belegt zu sein scheint: Die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung und die Wahrnehmung von PEF (Giupponi et al. 2009, Zimmermann et al. 2014).

5.1.1 Beziehung zum Berater und partizipative Entscheidungsfindung

Aus Sicht der Nutzer des GPZ wird die Beziehung zum Berater v. a. durch Empathie und Wertschätzung beeinflusst, die dem Ratsuchenden entgegengebracht wird. Dabei scheint nicht nur das Gesagte eine Rolle zu spielen, sondern auch das Verhalten, Auftreten und die Art, die Interessen des Klienten wahrzunehmen (vgl. Kapitel 4.1). Auch

Giupponi et al. (2009, S. 351) betonen die *„überragende Bedeutung [der sozioemotionalen Kompetenz des Arztes] für die Patientenzufriedenheit, unabhängig von den Versorgungsstrukturen“*. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Spießl et al. (1999), welche *„einfühlsame und zugleich fachlich kompetente Therapeuten“* als besonders zufriedenheitsbildend hervorheben. Dies steht im Einklang mit den Erfahrungen der Nutzer im GPZ (vgl. Kapitel 4.1).

Nestmann (2007, S. 21) kommt sogar zu der Einschätzung, dass eine vertrauensvolle Beziehung zum Berater nicht nur ein notwendiges Kriterium für die Zufriedenheit des Ratsuchenden ist, sondern auch die Grundlage eines tragfähigen Arbeitsbündnisses. Erst dadurch werde Information vom Beratenden anhör- und annehmbar. Darüber hinaus müsse der Berater *„in der Lage sein, Informationen individuumsbezogen, verständlich und konkret darzustellen, bzw. Fachinformationen und Expertenwissen in praktikable Informationen und Handlungswissen umsetzbar [zu] machen“*.

Der Einfluss einer guten therapeutischen Beziehung auf die *„Wahrnehmung von subjektiver Beteiligung an klinischen Entscheidungen“* konnte von Loos et al. (2013, S. 28) belegt werden. Demnach könnte eine intakte Beziehung zwischen Berater und Beratendem auch als Grundbedingung für PEF angesehen werden.

Der Einfluss von PEF auf die Patientenzufriedenheit (Duncan, Best & Hagen 2010, Zimmermann et al. 2014) konnte auch von den Nutzern des GPZ bestätigt werden, wobei der Grad an Partizipationsinteresse durchaus variierte. Während ein hohes Maß an Partizipation z. T. begrüßt wurde, schien die Übernahme von Entscheidungskompetenzen für andere Nutzer gewöhnungsbedürftig zu sein. Dies entspricht weitgehend den Befunden von Loos et al. (2013), wonach unterschiedliche Auffassungen und Vorstellungen über PEF bestehen.

Die Tatsache, dass sich fast ausschließlich Frauen bereit erklärten, an unserer Studie teilzunehmen, obwohl männliche Klienten in gleichem Maße in die Auswahl einbezogen wurden, bestätigt die Ergebnisse von Dierks und Seidel (2005). Demnach haben insbesondere jüngere, weibliche Patientinnen ein gesteigertes Partizipationsinteresse gegenüber Männern und anderen Altersgruppen.

Die insgesamt hohe Motivation an PEF bei den Nutzern des GPZ, entspricht der generellen Tendenz, dass Patienten sich mehr Mitbestimmungsrechte bei gesundheitsbezo-

genen Entscheidungen wünschen (Loh et al. 2004) und die Bedeutung von PEF im klinischen Alltag zunimmt (Loos et al. 2013). In der Gemeindepsychiatrie spiegelt sich diese Entwicklung in der zunehmenden Verbreitung von Konzepten wie *Trialog* (Dörner et al. 2013) oder dem *Offenen Dialog* (Seikkula et al. 2015) wider (vgl. Kapitel 1.5). So sind gemeinsame Entscheidungsfindung und ein wertschätzender Umgang auf Augenhöhe zentral für die Beziehungsgestaltung innerhalb dieser Modelle.

Ein höheres Maß an Partizipation findet sich in der Peer-Beratung (Repper & Carter 2011, Lloyd-Evans et al. 2014). Peer-Berater sind durch eine erlebte psychische Krise zu Experten aus eigener Erfahrung geworden. Sie geben ihr Wissen über die Krankheitsbewältigung beratend an Betroffene oder Angehörige weiter. Dadurch wird ein gleichberechtigter Austausch ermöglicht, der von einem besonderen gegenseitigen Verständnis geprägt ist (Bock et al. 2013, Mahlke et al. 2015).

Neben den bisher diskutierten Einflüssen scheint aufsuchende Beratung sich besonders positiv auf die Versorgungszufriedenheit der Nutzer des GPZ auszuwirken. Dies soll im Folgenden untersucht werden.

5.1.2 Stellenwert aufsuchender Beratung

Bereits 1984 konnten Hout, Rosen und Reynolds eine signifikant höhere Patienten- und Angehörigenzufriedenheit bei stationärsersetzend behandelten psychiatrischen Patienten belegen. Auch eine neuere systematische Übersicht zum *Implementierungsstand von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld* (Gühne, Weinmann et al. 2011) bestätigt die Korrelation von aufsuchender Behandlung und Patientenzufriedenheit.

Darüber hinaus scheinen auch andere vorteilhafte Effekte mit aufsuchenden Behandlungsformen verbunden zu sein. Dazu gehören eine längerfristige Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes bei behandelten Patienten in diesem Setting. Zu diesem Ergebnis kamen Lambert et al. (2015) bei ihrer Evaluation des Hamburger Modells zur integrierten Versorgung schwer psychisch Erkrankter. Das dabei zugrunde gelegte fachliche Konzept, das *Assertive Community Treatment* (ACT), sieht langfristige, psychosoziale, psychotherapeutische und ggf. medikamentöse (Krisen-)Interventionen im Lebensumfeld der Patienten vor. Auch wenn ein psychotherapeutischer Zugang sich von Beratung vielfältig unterscheidet (Großmaß & Püschel 2005), gibt es eine Reihe von Schnittpunkten zwischen ACT und dem GPZ. Beide Konzepte betonen die Bedeutung von Beziehungskontinuität, arbeiten aufsuchend, führen neben Case Management auch

soziale Interventionen durch, sind 24-stündig erreichbar und verfügen über ein besonders niedriges Behandler/Patient-Ratio. Schließlich beziehen sowohl ACT als auch die GPZ-Beratung familien- bzw. systemtherapeutische Ansätze ein. Aus Sicht des Autors ist ein Vergleich aufsuchender Behandlungs- bzw. Beratungssettings daher zulässig, um weitere Hinweise über Langzeit- und Nebeneffekte von aufsuchender Beratung zu erhalten.

Besonders Klienten mit körperlichen Beeinträchtigungen oder sozialen Rückzugstendenzen betonten den Vorzug, in Krisensituationen zuhause unterstützt zu werden. Sie gaben an, sich im gewohnten Umfeld wohler zu fühlen und ihre Probleme besser artikulieren zu können, als im Krankenhaus (vgl. Kapitel 4.1). Ähnliche Erfahrungen wurden auch in anderen Untersuchungsregionen gemacht. Eine Patientenäußerung über die Vorteile von Home-Treatment betont z. B. den Erhalt des häuslichen Umfeldes im Krankheitsfall sowie die ständige persönliche oder telefonische Verfügbarkeit eines *bestimmten* Ansprechpartners. Entsprechende Patientin kommt zu dem abschließenden Urteil, die *„Betreuung [zuhause] ist besser als bei stationärem Aufenthalt“* (Becker 2014, S. 48).

Eine Gegenposition nahmen einzelne Patienten in der Studie von Jürgensen, Patzelt und Meyer (2014, S. 32) ein. Sie lehnten das Angebot ambulanter psychiatrischer Pflege ab, *„da sie das Eindringen einer fremden Person in ihren privaten, häuslichen Bereich als Übergriff und ungewollte Einmischung empfanden“*. Dieser Befund zeigt, dass aufsuchende Unterstützungsformen v. a. dann angebracht sind, wenn neben der medizinischen Indikation auch der Leistungsempfänger sie als hilfreich erachtet. Trotz dieser Einwände schien ein Großteil der von Jürgensen, Patzelt und Meyer (2014) befragten Patienten vom Einsatz ambulanter psychiatrischer Pflege zu profitieren, da es ihnen gelang, in Krisen weitgehend ohne die Klinik auszukommen. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen unserer Studie (vgl. Kapitel 4.1).

Abschließend soll einer der wenigen kritischen und verbesserungswürdigen Aspekte im Zusammenhang mit der Beratung diskutiert werden. Dabei wird das Wissen der Beratern über das GPZ sowie die Sichtbarkeit des GPZ im Sozialraum behandelt.

5.1.3 Sichtbarkeit des Gemeindepsychiatrischen Zentrums

In der Befragung führte der Ausdruck *Gemeindepsychiatrisches Zentrum* bei fünf der neun Nutzer zu Unverständnis. Letztere kannten das GPZ nicht unter dessen Namen, sondern bezogen sich auf das Gespräch mit dem jeweils zuständigen Berater. Dieser Befund passt zu den Ergebnissen von Jürgensen, Patzelt und Meyer (2014). Die in ihrer

Studie befragten Patienten wussten nicht, dass sie i. R. eines besonderen Modellprojektes zur integrierten Versorgung (IV) schwer psychisch Erkrankter behandelt wurden, obwohl sie zuvor vom behandelnden Arzt darüber aufgeklärt worden waren. Jürgensen et al. (2014, S. 34) folgerten daraus, dass jeweilige Patienten die Entscheidung über die Einschreibung in das IV-Projekt dem Arzt überließen und vermutlich deshalb nicht über das Projekt Bescheid wussten.

Im Falle des GPZ kommen mehrere Ursachen für die Unkenntnis in Betracht. Zum einen gibt es das Beratungsangebot erst seit kurzer Zeit, sodass die Nutzer sich den Namen möglicherweise noch nicht gemerkt haben.²⁸ Andererseits wird die Beratung in den Räumen der pflichtversorgenden Klinik durchgeführt und nicht in einer gesonderten Institution welche den Namen GPZ trägt. Hinzu kommt, dass die Ratsuchenden zunächst Kontakt mit der Klinik aufnahmen und erst anschließend zum Berater vermittelt wurden. Es scheint also nachvollziehbar, dass nicht das GPZ als solches, sondern die Beratung und die zuständigen Berater verinnerlicht wurden.

Dies steht in Einklang mit den Erfahrungen einer Nutzerin, welche die unzureichende Sichtbarkeit des GPZ kritisiert (vgl. Kapitel 4.1.2). Die Sichtbarkeit einer Gesundheitsinstitution ist in verschiedenen Zufriedenheitsmodellen im Aspekt der Zugänglichkeit berücksichtigt. Letztere schließt zugleich Barrierefreiheit, verkehrsmäßige Erreichbarkeit und Ausschilderung einer Einrichtung ein (Neugebauer & Porst 2001). Die Kritik des Befragten setzt jedoch eine Stufe früher an, nämlich bei dem mangelnden Wissen regionaler Hilfsinstitutionen bzw. potentiell zuweisender Akteure über das Bestehen des GPZ. Zu einer ähnlichen Einschätzung kamen Sullivan und Spritzer (1997) bei ihrer Befragung von Bewohnern, die im Einzugsgebiet eines GPZ lebten: Patienten, welche die Einrichtung regelmäßig nutzten, fühlten sich besser bei psychosozialen Problemen versorgt, als die, die von dem Bestehen der Einrichtung noch nichts gehört hatten und dessen Hilfsangebote deshalb nicht in Anspruch nehmen konnten.

Fassen wir die zentralen Ergebnisse des bisherigen Diskurses zusammen:

1. Die Abbildung von Patientenerfahrungen und deren Diskussion anhand von Befunden aus der Patientenzufriedenheitsforschung scheinen eine sinnvolle Möglichkeit zu sein, um zu einem differenzierten Zufriedenheitsverständnis zu gelangen.

²⁸ Das GPZ bietet seine Leistungen seit dem 1.1.2013 an.

2. Bezogen auf den konkreten Forschungsgegenstand konnte gezeigt werden, dass die Erfahrungen der Nutzer im GPZ mit gängigen zufriedenheitsbildenden Faktoren (z. B. Güte der Arzt-Patient-Beziehung, PEF) in Einklang stehen.
3. Das Vorhandensein aufsuchender Beratungsdienste, sowie die ausreichende Sichtbarkeit psychosozialer Beratungsstellen bei potentiell zuweisenden Akteuren scheinen für die Versorgungszufriedenheit der Nutzer im gemeindepsychiatrischen Raum eine herausragende Rolle zu spielen.

Im folgenden Kapitel sollen die Erfahrungen der professionellen Akteure diskutiert werden. Zentrales Augenmerk wird dabei auf die Qualität rechtskreisübergreifender Kooperation gelegt: Was fördert bzw. behindert die Zusammenarbeit? Welche Rolle spielt dabei das *Problemfeld gemeindeferne Heimversorgung* und wo werden Potentiale zur Verbesserung der Zusammenarbeit gesehen?

5.2 Rechtskreisübergreifende Kooperation aus Sicht professioneller Akteure

5.2.1 Was fördert bzw. hemmt die Zusammenarbeit?

Der gering ausgeprägten Quellenlage im deutschsprachigen Raum steht ein umfassendes Angebot an englischsprachiger Literatur zur sektoren- bzw. rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit in der Psychiatrie gegenüber. Die meisten Quellen stammen aus den skandinavischen Ländern, in denen betreute Wohnangebote für seelisch behinderte Menschen und die psychiatrische Regelversorgung nicht als unterschiedliche Rechtskreise sondern als Sektoren aufgefasst werden. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen und aus Gründen der erleichterten Lesbarkeit, beziehen sich die Begriffe Zusammenarbeit und Kooperation im Folgenden auf rechtskreisübergreifende Kontexte, ohne dass dies im Einzelnen erwähnt wird.

Eine zweite Vorbemerkung bezieht sich auf die Darstellungslogik. So werden die förderlichen und hemmenden Faktoren nicht nacheinander – wie im Ergebnisteil (vgl. Kapitel 4.2.1 und 4.2.2) – sondern gemeinsam mit ihrem jeweiligen Komplement besprochen. Außerdem entsprechen die Unterkapitel nicht exakt den Unterkategorien, sondern stellen eine weitere inhaltliche Reduktion auf die wesentlichen Ergebnisse dar.

a) Zeitfaktor

Gemeinsam verbrachte Zeit der Experten z. B. im Rahmen von Steuerungsrunden oder Fallkonferenzen führt dazu, dass sich die Versorgungsakteure der verschiedenen Rechtskreise näher kennenlernen. Es entstehen persönliche Beziehungen, die sich positiv auf die Zusammenarbeit auswirken können. Ruppert et al. (2016) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie halten ausreichend Zeit für regelmäßige persönliche Begegnungen entscheidend für die Vertrauensbildung der Beteiligten. Daneben differenzieren sie zwischen interner und externer Kooperation. Dies scheint hilfreich, um Bedingungen für intra- und interinstitutionelle Zusammenarbeit zu unterscheiden. In den Ergebnissen unserer Studie finden sich Beispiele für beide Kooperationsformen: Steht genügend Zeit zur Verfügung, dann können veränderte Arbeitsabläufe von der Leitungsebene angemessener an die Mitarbeitern kommuniziert und von diesen berücksichtigt werden (= interne Kooperation). Zeit ist auch erforderlich, wenn es darum geht, Entscheidungskompetenzen bzw. Machtstrukturen von einem Rechtskreis auf den anderen zu übertragen (= ex-

terne Kooperation). In der Modellregion Dithmarschen mussten sich Mitarbeiter des Sozialdienstes der Klinik bspw. daran gewöhnen, dass die Aufgabe der Hilfeplanung an den FD EGH übertragen wurde.

Auf der anderen Seite sieht es so aus, als habe Zeitmangel negative Auswirkungen auf die Zusammenarbeit. Insbesondere beim ärztlichen Personal scheint es neben den regulären Arbeitsabläufen nur sehr begrenzte zeitliche Ressourcen für externe Kooperation zu geben. Dies führte in der Untersuchungsregion dazu, dass Ärzte seltener und meist nicht kurzfristig an Netzwerktreffen teilnehmen konnten. Auch in der Studie von Ungewitter et al. (2013) beklagten die befragten Akteure fehlende zeitlichen Ressourcen für die Netzwerkpflge. Sie gaben an, nur in Ausnahmefällen mehr als eine Stunde pro Woche für dieses Anliegen investieren zu können.

b) Strukturierter Informationsaustausch

Für das Gelingen von Kooperation ist die Entwicklung von Strukturen zum Austausch von Information und Erfahrungswissen von zentraler Bedeutung (Kvarnström 2008, Magnusson & Lützén 2009). Im GPZ wurden bspw. einfach Abläufe entwickelt, die den strukturierten Informationsaustausch zwischen den Beteiligten verbessern sollen. Ein Beispiel ist das standardisierte Einholen einer Schweigepflichtentbindung für die Klienten, die bereits in der Klinik behandelt und deren künftiger Versorgungsbedarf im rechtskreisübergreifenden Case Management (= GPZ-Auftragsrunde) besprochen werden sollte. Dahinter steht die Absicht, möglichst alle notwendigen Informationen über den Patienten zusammenzutragen (z. B. Arztbriefe und Berichte ambulanter Therapeuten) um entscheiden zu können, welcher Zuständigkeitsbereich (entweder Klinik oder FD EGH) geeignet ist, die Fallverantwortung zu übernehmen.

Ein anderes Beispiel zur Optimierung von Arbeitsabläufen ist der elektronische Austausch einer Namensliste der Klienten, die im Case Management besprochen werden sollen. Dies ermöglicht den Versorgungsakteuren, sich im Vorfeld angemessen auf jeweilige Klienten vorzubereiten. Andvig et al. (2014) berichteten von ähnlichen Arbeitsroutinen, die zur Verbesserung des Informationsaustausches zwischen den Akteuren hilfreich sind. Es reiche nicht aus, wenn die Klinik einen Entlassungsbrief an das GPZ schicke, wenn darin nur ein Teil der relevanten Informationen enthalten sei. Angenommen, ein Patient sei medikamentös eingestellt und milieutherapeutisch behandelt worden, so müssten auch beide Informationen im Arztbrief enthalten sein. Letztere würde jedoch häufig vergessen (Andvig et al. 2014).

c) Netzwerkwissen

Wissen über die vorbeschriebenen Routinen bzw. intra- und interinstitutionelle Austauschprozesse wurde in Dithmarschen über rechtskreisübergreifende AGs und Fortbildungsmaßnahmen vermittelt. Als z. B. 2014 auch ein Träger der EGH auf eine Budgetfinanzierung umgestellt wurde, bildete dieser verschiedene AGs, in die er systematisch Mitarbeiter der Klinik einbezog, um deren Erfahrungen mit der Budgetierung zu berücksichtigen.²⁹ Neben diesem Austausch von Netzwerkwissen hat die Einrichtung von AGs weitere positive Effekte. So kann das gegenseitige Verständnis, Respekt und Vertrauen zwischen den Mitarbeitern und Institutionen gestärkt werden, was sich wiederum positiv auf die Zusammenarbeit auswirkt (Mikkelsen et al. 2013).

Netzwerkwissen liegt häufig in Form von langjährigen Mitarbeitern vor, die die regionale Psychiatrieszene gut kennen. Darauf wurde bereits mehrfach hingewiesen (vgl. Kapitel 4.2.1). Auch Ungewitter et al. (2013) betonen die hohe Bedeutung persönlicher Netzwerke für die Zusammenarbeit. Problematisch sei jedoch, dass die Konzentration von Wissen in einzelnen Personen die Netzwerke störanfällig mache, angenommen jeweiliger scheidet aus dem Netzwerk aus. Um dies zu kompensieren zeigen Ungewitter et al. (2013) verschiedene Lösungswege auf: Eine Möglichkeit sei die Installierung von Treffen, die ausschließlich der Netzwerkpflege dienen, also nicht fallbezogen sind, um insbesondere den Austausch von kooperationsbezogenem Wissen zu fördern. Aufgrund zeitlicher und finanzieller Ressourcen, sei es jedoch schwer, diese Form von Treffen zu realisieren.

Eine andere Möglichkeit wird in der Erstellung eines Verzeichnisses sämtlicher psychosozialer Hilfen der Region gesehen. Damit könne man zumindest verhindern, dass für einen Patienten passende Hilfsangebote aufgrund unzureichender Netzwerkkennntnis übersehen würden. Ruppert et al. (2016) fanden insbesondere bei ambulanten Therapeuten Aufklärungsbedarf hinsichtlich Aufgaben und Funktion des von ihnen evaluierten IV-Modells. Übertragen auf das GPZ in Dithmarschen könnte sich das Personal bspw. bei den niedergelassenen Therapeuten und Nervenärzten persönlich vorstellen um von den Zielen und Aufgaben des GPZ zu berichten.

²⁹ Durch die Implementierung eines regionalen Psychiatriebudgets hatte die Klinik bereits über mehrere Jahre Erfahrungen mit einer Budgetfinanzierung gesammelt.

d) Verbindliche Absprachen

Im Ergebnisteil konnte gezeigt werden, wie wichtig verbindliche Absprachen für die erfolgreiche Koordination von gemeindepsychiatrischen Komplexleistungen sind. Im Kontext des GPZ wird diese Verbindlichkeit in der GPZ-Auftragsrunde hergestellt, wo es darum geht, einen passenden Versorgungsakteur zu finden, der die Fallverantwortung übernimmt und somit für die Koordination der ggf. rechtskreisübergreifend zu erbringenden Komplexleistungen verbindlich eintritt.

Der Aspekt der *Verantwortungsübernahme* wird auch von Andvig et al. (2014, S. 6) als Bedingung für gelingende Kooperation angesehen. Sie halten regelmäßige rechtskreisübergreifende Treffen, die der Klärung von Zuständigkeiten der Professionellen und der Abstimmung der persönlichen Behandlungsziele des Patienten dienen als „*wichtigstes Werkzeug der Koordination*“.

Einen anderen Weg Verbindlichkeit herzustellen, besteht in der Implementierung von Workflow-Leitlinien. Diese sollten konkrete Handlungsempfehlungen über die Ausgestaltung von Zusammenarbeit beinhalten und von allen beteiligten Akteuren verpflichtend verwendet werden (Andvig et al. 2014). Voraussetzung für die Kooperation als solche scheint jedoch das Vorhandensein gemeinsamer Ziele und Interessen.

e) Gemeinsame Ziele

Auf interinstitutioneller als auch personeller Ebene scheinen sich gemeinsame Ziele positiv auf die Zusammenarbeit auszuwirken. So geht es aus Sicht der Versorgungsakteure darum, eine gemeinsame kooperative Haltung zu entwickeln, wie sich sozialpsychiatrische Hilfen in einer bestimmten Region weiterentwickeln sollen (vgl. Kapitel 4.2.1). Übereinstimmend mit diesen Zielvorstellungen weisen Andvig et al. (2014) darauf hin, dass auch das Verständnis von Begriffen wie Rehabilitation und Recovery zu klären und dabei verschiedene Sichtweisen insbesondere zwischen unterschiedlichen Professionen anzuerkennen seien.

Auf der anderen Seite können stark divergierende Interessen die Kollaboration erschweren. Bspw. gehen die Sichtweisen der Klinik und einzelner EGH-Leistungserbringer deutlich auseinander, wenn es um die Versorgung regionsfremder Patienten geht (vgl. Kapitel 4.2.3.1). Ein anderes Beispiel betrifft die Hilfeplanung, die laut gesetzlichem Betreuer von einem unabhängigen Amtsarzt begleitet werden sollte. Der FD EGH zieht hingegen vor,

den Bezugstherapeuten in die Hilfeplanung einzubeziehen, da dieser den Therapieverlauf besser kennt. Derart gegenläufige Interessen sollten geklärt werden, um Reibungsverluste zu verhindern.

Ungewitter et al. (2013) verweisen außerdem auf den Umstand, dass insbesondere interdisziplinäre Kooperation zum Teil durch unterschiedliche Zielvorstellungen und Wertsetzungen von Ärzten und den nichtärztlichen Berufsgruppen gestört wird. Ärzte fokussierten stärker auf biologisch-medizinische Faktoren, „*während Psychologen und Sozialarbeiter stärker soziale Netzwerke und Lebensbedingungen in den Blick nehmen*“ (Ungewitter et al. 2013, S. 311). Aus Sicht eines Professionellen „*komplementieren [sich die verschiedenen Professionen] gegenseitig in patientenbezogenen Angelegenheiten, weil [sie] verschiedene Kompetenzen haben*“ (Andvig 2014, S. 5).³⁰

f) Partizipation an Veränderungsprozessen

Analog zu dem verstärkten Einbezug der Nutzer in die Forschung (vgl. Kapitel 3.2) und in therapeutische Prozesse (vgl. Kapitel 1.5) kann es sinnvoll sein, auch die Sichtweisen der Mitarbeiter vermehrt bei der Weiterentwicklung psychiatrischer Leistungen zu berücksichtigen (Zink 2007). Von den in Dithmarschen tätigen Professionellen wurde bspw. bemängelt, dass Veränderungen hinsichtlich der personellen Zusammensetzung in Steuerungsrunden von der Leitungsebene nicht immer ausreichend kommuniziert worden seien. Auf Seiten der Mitarbeiter führte dies zeitweise zu Vertrauensverlust und Irritation. Zink (2007), der die Mitarbeiterpartizipation außerhalb von psychiatrischen Umgebungen untersuchte, betont hingegen, wie wichtig es sei, das Personal ausreichend zu informieren und ihm die Möglichkeit einzuräumen, den Vorgesetzten ihre Haltung bezüglich anstehender Entscheidungen mitzuteilen. Kvarnström (2008) übertrug diese Befunde auf die Psychiatrie. Es sei Aufgabe des Führungspersonals, (Rollen-) Erwartungen der Mitarbeiter zu klären und veränderte Arbeitsabläufe zeitig und in ausreichendem Umfang an diese zu kommunizieren (Andvig et al. 2014). Hierarchische Strukturen und keine Kommunikation auf Augenhöhe behinderten hingegen die Partizipation der Mitarbeiter, insbesondere zwischen den verschiedenen Professionen (Kvarnström 2008).

³⁰ Übersetzung des Autors aus dem Englischen: „We complement each other in patient-related duties because we have different competencies“ (Andvig et al. 2014, S. 5).

Exkurs: Offener Dialog

Ein Konzept, welches viele der bisher genannten – für die Kooperation förderlichen – Faktoren berücksichtigt, ist der *Offene Dialog* (vgl. Kapitel 1.5, Einleitung). Nicht nur der Autor dieser Arbeit, sondern die Befragten äußerten den Wunsch, Offene Dialoge verstärkt in der Zusammenarbeit von Klinik und FD EGH zu ermöglichen (vgl. Kapitel 4.2.3.5).

Auch wenn es sich dabei vorrangig um ein fallbezogenes Kriseninterventionskonzept für psychotisch Erkrankte handelt, „*sind die Prinzipien des Ansatzes nicht als diagnosespezifisch anzusehen, sondern beschreiben eine umfassende Behandlung im bestehenden sozialen Netz*“ (Seikkula et al. 2015, S. 33). Mit der Einführung eines Offenen Dialoges wären die vielfältigen Partizipationsinteressen aller dialogischen Akteure vermutlich berücksichtigt, die Übernahme der Fallverantwortung wäre geregelt und die sektorenübergreifende psychologische Kontinuität wäre sichergestellt. Schließlich beinhaltet das Konzept auch Grundregeln der Kommunikation, wie Wertschätzung und ein Kontakt auf Augenhöhe, was insbesondere für die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine Rolle zu spielen scheint (Andvig et al. 2014).

g) Personalunion

In den Ergebnissen wurde die Bedeutung von rechtskreisübergreifend tätigem Personal betont (vgl. Kapitel 4.2.1). Dabei handelt es sich um Mitarbeiter, die zugleich für zwei kooperierende Arbeitgeber tätig sind.

Die Vorteile liegen auf der Hand, denn diese Mitarbeiter kennen Strukturen und Abläufe beider Arbeitsstätten. Sie können die Institutionen dabei unterstützen Kommunikationsbarrieren abzubauen und Konflikte früher und umfassender zu erkennen. Zu ähnlichen Ergebnissen kam der Berliner Krisendienst mit seinem Modell der *vernetzenden Mitarbeiter* (Bergold & Zimmermann 2003). So wurden v. a. Mitarbeiter eingestellt, die bereits hauptberuflich in einer psychosozialen Einrichtung der Region tätig waren. Daraus resultierte ein „*gemeinsames Wissen über den jeweils anderen und [...] die Bereitschaft, miteinander in der Region zu kooperieren*“ (Bergold & Zimmermann 2003, S. 386).

Es scheint für den jeweils in Personalunion tätigen Mitarbeiter nicht immer leicht zu sein, die Doppelrolle zu übernehmen, insbesondere wenn in interinstitutionelle Konflikte oder Meinungsverschiedenheiten vorlägen (vgl. Kapitel 4.2.1).

An dieser Stelle endet die Analyse der förderlichen und hemmenden Faktoren der Zusammenarbeit. Anzumerken ist, dass trotz des hohen Gegenstandsbezuges der Ergebnisse viele der bisher diskutierten Aspekte anhand fremdsprachiger Quellen belegt und so nur in Teilen verallgemeinert werden konnten. Im folgenden Kapitel soll ein für die Zusammenarbeit hinderlicher Faktor besprochen werden, der maßgeblich aus der sektoralen Finanzierung resultiert und somit ein Spezifikum des deutschen Gesundheits- bzw. Sozialsystems darstellt.

5.2.2 Problemfeld gemeindeferne Heimversorgung

Bereits in der Einleitung wurde das Problem der gemeindefernen Heimversorgung thematisiert (vgl. Kapitel 1.1). Es geht darum, dass von einer seelischen Behinderung Betroffene des Öfteren in Wohnheimen leben müssen, die weit von ihrer Heimat entfernt sind. Es ist jedoch ein allgemeiner Konsens, psychisch Erkrankte „so gemeindenah wie möglich [zu unterstützen], auch in ländlichen Gebieten“ (UN 2008, Artikel 25c). Diese Forderungen wurden auch von der WHO (2013) im *Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit* bestätigt.

Wenngleich für das Ausmaß des vorbeschriebenen Problems in der Region Dithmarschen gegenwärtig keine publizierten, bzw. zitierfähigen Zahlen vorliegen, konnte die Relevanz des Themas in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit bestätigt werden (vgl. Kapitel 4.2.3.1). Aus dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern liegen indessen Zahlen vor, die die Tragweite des Problems dokumentieren. Demnach stammen ca. 15 % der Bewohner geschlossener Heime aus einem anderen Bundesland (Speck, Steinhart & Freyberger 2013).

Die in unserer Studie befragten Professionellen lieferten einen umfassenden Erklärungsansatz für das vorbeschriebene Phänomen. Es wurde in der Kategorie *Fremdbelegung stationärer EGH-Einrichtungen* zusammengefasst (vgl. Kapitel 4.2.3.1) und soll im Folgenden diskutiert werden. Vermutlich aufgrund der Regionsspezifität des Themas liegen jedoch kaum wissenschaftliche Studien zur Überprüfung der Erklärungen vor. Die Diskussion dieses Punktes beruht daher auf wenigen Quellen und dient insofern auch der Exploration des Untersuchungsfeldes für mögliche künftige Studien.

Unter Fremdbelegung verstehen wir die Versorgung regionsfremder Patienten in Dithmarschener Heimeinrichtungen (vgl. Kapitel 4.2.3.1). Dabei scheint es sich zum Teil um jüngere Patienten mit einer psychischen Störung durch psychotrope Substanzen (ICD-

10-GM F1*.0-3) zu handeln, die nach Dithmarschen geschickt werden.³¹ Dies scheint an sich nicht problematisch, schließlich ist die Wirksamkeit eines therapeutischen Milieuwechsels insbesondere bei alkoholkranken Jugendlichen bewiesen (Möller, Laux & Deister 2013). Schwierig ist jedoch, dass vermutlich besonders schwer gestörte Patienten zum langfristigen Wohnen nach Dithmarschen kommen, die in ihrer Herkunftsregion nicht angemessen versorgt werden können. Dies führt zu einer Konzentration dieser Patienten in Dithmarschen, was wiederum einer Ghettoisierung der „Letzten“ (Dörner 2004, S. 37) gleichkommt. Die Handhabung, Klienten mit einem sehr hohen Versorgungsbedarf in andere Bundesländer zu „exportieren“ ist bereits seit Jahrzehnten gängige Praxis (Freyberger et al. 2008).

Das von den Befragten unserer Studie angenommene Ursachengefüge (Kapitel 4.2.3.1) lässt sich in einer Kausalkette rekonstruieren:

Bedingt durch hohe Immobilienpreise mangelt es in Metropolregionen an (stationärem) Wohnraum → Die Nachfrage nach günstigem Wohnraum steigt → Investoren von Sozialunternehmen gründen in Bundesländern mit verhältnismäßig niedrigen Immobilienpreisen Wohnheime (z. B. in Schleswig-Holstein oder Mecklenburg-Vorpommern) → Jeweilige Metropolregionen schicken Betroffene mit hohem Versorgungsbedarf in die neu gegründeten, gemeindefernen Heimeinrichtungen → Werden diese Klienten z. B. im Falle einer psychischen Krisensituation (stationär) behandlungsbedürftig, so wird das regionale Psychriatriebudget belastet → Die Pflichtversorgende Klinik versucht gegenzusteuern, indem jeweilige Patienten in die vorbehandelnde Klinik ihrer Herkunftsregion weitergeleitet werden.

Auch wenn diese Hypothese derzeit (noch) nicht belegt werden kann, scheint sie durchaus nachvollziehbar. Einen ähnlichen Erklärungsansatz gibt auch Reumschüssel-Wiener (2012, S. 5) i. R. einer Kontroverse über die Einrichtung zusätzlicher geschlossener Heime:

³¹ Für die Beschreibung dieses Sachverhalts verwendeten die befragten Experten den Ausdruck der „Kinderlandverschickung“. Dies ist aus Sicht des Autors problematisch, da der Begriff suggeriert, dass die „Verschickung“ aus ähnlichen Motiven wie der „Erweiterten Kinderlandverschickung“ – einer Maßnahme des NS-Regimes während des II. Weltkrieges – stattfindet. Die gegenwärtige „gemeindeferne Patientenverlagerung“ hat jedoch gänzlich andere Ursachen (z. B. Mangel an gemeindenahen engmaschigen Betreuungsmöglichkeiten).

Es „könnte ein Sog entstehen, dass es nicht nur vereinzelte Einrichtungen gibt, sondern dass ein Markt von Einrichtungen entsteht und sich die regelhaften gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Dienste schwieriger Klienten entledigen“.

Der Autor der vorliegenden Dissertation sieht an dieser Stelle Forschungsbedarf, um diese qualitativen Aussagen möglicherweise quantifizierbar zu machen. Dadurch könnten Lösungsansätze, wie bspw. die von Reumschüssel-Wienert (2012) vorgeschlagene Etablierung einer regionalen Versorgungsverpflichtung und -planung für psychiatrische Wohnheime in der Politik besser argumentiert werden.

Fest steht hingegen, dass chronisch erkrankte Patienten häufiger und länger stationär behandelt werden (Alwan, Johnstone & Zolese 2008). Unter der Annahme, dass v. a. Heavy-User bzw. Patienten mit komplexen Bedarfen aus anderen Regionen in Dithmarschen beheimatet werden, lässt sich ein besonders hoher Versorgungsbedarf für diese Region ableiten. Aus Sicht des Autors ist dieser allein durch eine fallbezogene Budgetsteigerung i. R. des RPB nicht abzugelten, weil eine höhere Konzentration von Schwerkranken dabei nicht berücksichtigt wird.³² Dem vermuteten hohen Anteil schwer Erkrankter ist in Form zusätzlicher Vergütung Rechnung zu tragen.

Während bisher v. a. die Kooperation der Versorgungsakteure im GPZ und der Einfluss gemeindeferner Versorgung auf die Region Dithmarschen untersucht wurden, sollen im Folgenden vor allem die Steuerungsziele des GPZ diskutiert werden. Zentral sind dabei eine ambulanzere Ausrichtung und eine Flexibilisierung der Versorgung von Patienten mit komplexen Unterstützungsbedarfen. Unter den Erfahrungen der Professionellen nahmen diese beiden Themenbereiche einen erheblichen Stellenwert ein (vgl. Kapitel 4.2.3.2 und 4.2.3.3).

³² Das RPB lässt sich vereinfacht auf eine fallzahlbezogene Fortschreibung vorbestehender Budgets zurückführen (Deister & Wilms 2014). Letztere wurden u. a. über die Psych-PV ermittelt, welche wiederum indirekt und in Ansätzen die Betreuungsintensität der behandelten Patienten berücksichtigt (Intensiv- vs. Regelbehandlung). Das RPB differenziert hingegen nicht nach Betreuungsintensitäten. Angenommen, in jeder Region fände sich eine Normalverteilung bei psychiatrischen Patienten hinsichtlich der Krankheitschwere. Ein Ungleichgewicht würde dann entstehen, wenn bspw. eine hohe Zahl schwer erkrankter Patienten in der jeweiligen Region angesiedelt würde. Folgt man der Hypothese, dass die Versorgung schwer erkrankter Patienten einen höheren Personaleinsatz erfordert (Alwan, Johnstone & Zolese 2008), dann würde allein die fallzahlbezogene Budgetsteigerung dem erhöhten Personalaufwand nicht gerecht werden.

5.2.3 Konsequenzen und Potentiale

5.2.3.1 Ambulantisierung und aufsuchende Hilfen

Ähnlich wie die Fremdbelegung stationärer Einrichtungen scheint auch die Ambulantisierung eine Herausforderung zu sein, die von regionalen Faktoren abhängig ist. Wie in der Einleitung bereits erwähnt, weist der Landkreis Dithmarschen – bezogen auf das Land Schleswig-Holstein – die niedrigste Ambulantisierungsquote und zugleich die höchsten Fallkosten bei der EGH auf (Bunn et al. 2013, S. 26).

Um dem entgegen zu wirken und um dem Anspruch „*ambulant vor stationär*“ gerecht zu werden, sind die Mitarbeiter des GPZ bemüht, Klienten verstärkt in ambulante Hilfen einzusteuern.³³ In den Ergebnissen wurden verschiedene Hürden benannt, die diesen Prozess zu erschweren scheinen. Hervorzuheben ist die Tatsache, dass insbesondere in peripher liegenden Ortschaften, die schlecht an den öffentlichen Nahverkehr angebunden sind, ambulante Leistungsangebote der EGH fehlen. Dies entspricht auch dem zusätzlichen Förderungsbedarf, den das Sozialministerium des Landes SH (2012, S. 201) für eine leichter zugängliche sozialräumliche bzw. wohnortnahe Versorgung sieht.

In der Ergebniskategorie *Ambulantisierung* nehmen die äußerst heterogenen Erfahrungen der Mitarbeiter mit aufsuchenden Beratungs- und Betreuungsleistungen einen erheblichen Stellenwert ein (vgl. Kapitel 4.2.3.2). Deren Diskussion wird jedoch durch die dürftige Quellenlage zu diesem Thema erschwert. Es liegen kaum Studien zu Erfahrungen von Mitarbeitern mit Home-Treatment, aufsuchender Beratung oder aufsuchenden sozialpädagogischen Leistungen vor. In Anbetracht der prognostizierten zunehmenden Bedeutung dieser Leistungsformen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2016) und auch zu Zwecken der Qualitätssicherung und fachlichen Weiterentwicklung der Konzepte sieht der Autor der vorliegenden Dissertation dazu einen erheblichen Forschungsbedarf.

Mitarbeiter in dem von Ruppert et al. (2016) evaluierten IV-Modell berichten von positiven Erfahrungen mit dem sog. *Tandem-Konzept*. Demnach teilen sich zwei Fachkräfte die Versorgungsverantwortung eines Patienten. Dies wäre eine sinnvolle Möglichkeit, den Vorbehalten – der in unserer Studie befragten – Mitarbeiter zu begegnen. Letztere hatten die Befürchtung, durch aufsuchende Tätigkeiten überfordert zu sein. Während man sich

³³ Der Anspruch *ambulant vor stationär* wird in SGB XII § 13 Abs. 1 formuliert.

im stationären Umfeld auf erfahrene Mitarbeiter verlassen könne, sei man bei aufsuchender Tätigkeit auf sich gestellt. Diese Unterstützungsformen stellen somit höhere Anforderungen hinsichtlich Verantwortung und Erfahrung an die Fachkräfte.

Potentiale zur Steigerung des eingangs erwähnten niedrigen Ambulantisierungsgrades werden v. a. durch eine stärkere Begutachtung von Bestandsfällen im GPZ vermutet (vgl. Kapitel 4.2.3.2). Dies deckt sich u. a. mit der Forderung Reumschüssel-Wienerts (2012), regelmäßiger als bisher zu überprüfen, ob langjährige Heimbewohner nicht in einer Privatwohnung betreut werden möchten. Ergebnisse einer nicht zitierfähigen Befragung Betroffener bzgl. der präferierten Wohnform sprechen eindeutig für den Vorzug einer eigenen Wohnung (vgl. Kapitel 4.2.3.2). Dies entspricht zugleich einer Annäherung an die Forderungen der UN-BRK, die von Deutschland im Jahre 2009 ratifiziert wurden. Demnach sollen „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“ (UN 2008, Artikel 19). Diesem Anspruch ist Rechnung zu tragen. Ein Schritt zur Umsetzung dieser Forderung bestünde bspw. in der wissenschaftlichen Überprüfung des vorbeschriebenen Sachverhalts zur Ermittlung des tatsächlichen Bedarfs der Teilhabeleistungen für ambulant betreutes Einzelwohnen.

5.2.3.2 Flexibilisierung von Hilfen

Während im vorangehenden Abschnitt für eine Stärkung der ambulanten und aufsuchenden Angebotsstrukturen argumentiert wurde, sollen in diesem Kapitel Lösungsansätze für eine Nivellierung der Sektorgrenzen (EGH, SGB XII) im Vordergrund stehen. Es geht dabei nicht um „blinde“ Ambulantisierung, sondern um eine flexiblere Einsteuerung (örtlich sowie zeitlich), um entsprechende Hilfen bedarfsgerechter zu erbringen.

Zur Erreichung dieses Ziels wurden in den Ergebnissen zwei Ansätze vorgestellt (vgl. 4.2.3.5). Zum einen das wöchentliche Case Management des GPZ (= Auftragsrunde), in dem die Fallverantwortung vergeben und der SGB-übergreifende Hilfebedarf bestimmt wird. Zum anderen durch die Budgetierung von Heimplätzen.

Ersteres kann deshalb ein Beitrag zur Flexibilisierung leisten, weil für Patienten mit komplexen bzw. sich verändernden Hilfebedarfen im Case Management zeitnah ein verbindlicher Ansprechpartner aus dem Zuständigkeitsbereich (SGB V oder XII) gefunden wird.

Dabei bietet es sich an, dass der Rechtskreis die Fallverantwortung übernimmt, in dem der hauptsächliche Unterstützungsbedarf gesehen wird.

Auch wenn die Budgetierung von Heimplätzen über den vorliegenden Evaluationsauftrag hinausgeht, soll sie an dieser Stelle besprochen werden, da ihr von den Befragten in den Interviews ein erheblicher Stellenwert zur Lösung der regionalen Versorgungsprobleme eingeräumt wurde.

Die Vergütungsvereinbarungen zur Budgetierung werden zwischen der Koordinierungsstelle soziale Hilfen der schleswig-holsteinischen Kreise (KoSoz) und den jeweiligen Leistungserbringern getroffen. Dazu werden die Erlöse stationärer Plätze festgeschrieben, unabhängig davon, ob jeweilige Patienten ambulant oder stationär versorgt werden.

Dies schafft die Voraussetzung zur Entkoppelung von Unterstützungsdichte (= zeitliche und personelle Intensität einer Maßnahme) und Unterstützungssetting (von geschlossenem Heimbereich bis hin zu betreutem Einzelwohnen).³⁴ Eine mögliche Folge wäre, dass ein Klient mit einem besonders hohen sozialpädagogischen Unterstützungsbedarf, der bisher stationäre Versorgung notwendig machte, künftig in seiner Privatwohnung leben und dort eine ähnlich hohe Betreuungsintensität erhalten könnte, wie dies zuvor nur im Wohnheim möglich war.

Dabei ist zu beachten, dass bei einem Wechsel in ein niederschwelliges Unterstützungssetting jeweils Rückkehrmöglichkeiten in die zuvor erhaltene Versorgungsform offen gehalten werden. Gelingt der Umzug eines langjährigen Heimbewohners in eine Privatwohnung nicht, bspw. weil sich im Verlauf zeigt, dass dieser entgegen der Erwartungen auf stationäre Strukturen angewiesen ist, so ist es wichtig, einen Wechsel zurück ins Wohnheim *zeitnah* zu ermöglichen (vgl. Ergebnisse 4.2.3.3). Die Evaluationsergebnisse eines Bielefelder Modellprojektes zur Förderung Intensiv betreuten Einzelwohnens (Grauenhorst et al. 2011) belegen jedoch, dass der Umzug in die eigene Wohnung in über 90 % der Fälle gelingt. Entsprechend mussten nur vier von insgesamt 84 Patienten zurück in die stationäre Einrichtung ziehen, wie eine Followup-Studie zeigt (Steinhart 2014).

Flexibilisierung erfolgt nicht nur bei der Versorgung von Klienten, sondern auch seitens der Leistungserbringer. Diese sind durch die zunehmend ambulante Versorgung weniger

³⁴ Vgl. Wienberg 2014

auf Spezialimmobilien angewiesen, sodass Investitions- und Instandhaltungskosten vermutlich eingespart werden könnten. Steigt die Zahl der zu versorgenden Klienten, dann können je nach Bedarf, mehr Einzelwohnungen bei kooperierenden Wohnbaugenossenschaften angemietet werden (Steinhart 2014). Dies gilt vorrangig für Gemeinden, in denen ausreichend bezahlbarer Wohnraum zur Verfügung steht. In Metropolregionen sind angesichts der permanenten Wohnungsknappheit andere Lösungen zu entwickeln.

Das einleitend vorgestellte *funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung* nach Steinhart & Wienberg (2016) könnte möglicherweise als konzeptioneller Rahmen bei der Weiterentwicklung rechtskreisübergreifender gemeindepsychiatrischer Steuerungs- und Organisationsstrukturen dienlich sein (vgl. Kapitel 1.3.1). Wendet man das Modell auf die Region Dithmarschen an, so zeigt sich, dass elementare Voraussetzungen zur Implementierung des Modells bereits erfüllt sind: 1. Das GPZ übernimmt die zentralen Funktionen Steuerung und Beratung (inklusive Früherkennung, Behandlung sowie Rehabilitations- und Teilhabeplanung). 2. Medizinische, rehabilitative und Teilhabeleistungen können ortsunabhängig (z. B. in Klinik oder Wohnung des Patienten bzw. Klienten) in gleicher Intensität erbracht werden. Lediglich einzelne Komponenten (z. B. Peerarbeit, niederschwellige Akutpsychotherapie, Krankenhaus-alternative Rückzugsorte) wären aus Sicht des Autors zu ergänzen. Die zur Schaffung dieser Dienste notwendigen Mittel könnten durch Ressourcenverschiebungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor bereitgestellt werden.³⁵

Abschließend soll der Aspekt des bürgerschaftlichen Engagements diskutiert werden, der durch die fallbezogene Budgetierung der EGH finanzielle Anerkennung finden könnte. Für den Bereich der Altenpflege prognostizierte Dörner (2007) eine zunehmende Bedeutung von Nachbarschaftshilfe und sozialräumlichem Engagement, um dem demographischen Wandel und dem Mangel professioneller Helfer zu begegnen. Indem Nachbarn oder Angehörige Unterstützungsleistungen übernehmen, die in den Bereich der EGH fallen, könnte bürgerschaftliches Engagement nicht nur gefördert, sondern auch finanziell honoriert werden. Dies belegen praktische Erfahrungen aus der Studienregion (vgl. Kapitel 4.2.3.5). Insbesondere in ländlichen Gegenden wie Dithmarschen, könnten derartige

³⁵ Im Zuge des Abbaus von EGH-Plätzen und Klinikbetten (i. R. der Abrechnungsbudgets in den Bereichen SGB V und XII) werden Ressourcen frei, die nicht nur für den ambulanten Ersatz der stationären Leistungen einzusetzen sind. Von diesen Mitteln wäre auch ein Teil für fallunspezifische Leistungen abzuzweigen, um den Vorhalt zusätzlichen Personals (bspw. für eine niederschwellige Akutpsychotherapie) und die Kosten für neu zu schaffende Strukturen (z. B. GPZ-Gebäude, Krankenhaus-alternative Rückzugsorte) abzudecken.

Ansätze hilfreich sein um die teils langen und regelmäßigen Anfahrtswege der professionellen Helfer einzusparen.

Im anschließenden Teil der Diskussion sollen die methodischen Schwächen und Stärken der vorliegenden Studie besprochen werden.

5.3 Stärken und Schwächen der Studie

Während die methodische Diskussion bereits einleitend geführt wurde (vgl. Kapitel 1.4.1 und Kapitel 3), nämlich hinsichtlich der Angemessenheit qualitativer Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage, soll an dieser Stelle überprüft werden, inwieweit 1. den methodischen Anforderungen entsprochen wurde, 2. die Ergebnisse als zuverlässig bzw. gültig anzusehen sind (vgl. Kapitel 3.4.2.2) und 3. inwiefern sie generalisiert werden können. In diesem Zusammenhang sollen sowohl Stärken als auch Schwächen (bzw. Limitationen) der Studie herausgearbeitet werden.

Diese Aspekte der Geltungsbegründung, die sich dem Leitsatz „Qualität qualitativer Studien“ zuordnen lassen, sind bereits international diskutiert (Kuper et al. 2008) und auch im deutschsprachigen Raum wurde der Versuch unternommen, spezifische Aspekte der Qualitätsbewertung qualitativer Versorgungsforschung zu definieren (Stamer et al. 2015, S. 970). Diese sollen im Folgenden als Richtschnur dienen, um sicherzustellen, dass grundlegende Qualitätskriterien berücksichtigt wurden.

Zunächst fand die Datenerhebung der vorliegenden Studie auf Basis einer kleinen Grundgesamtheit statt (N = 9 [Nutzer], N = 9 [Experten]). Während die Stichprobengröße durchaus üblich zu sein scheint, ist die Dauer der Nutzer-Interviews mit einer durchschnittlichen Länge von 20 Minuten eher kurz.³⁶ Hierfür kommen verschiedene Ursachen in Betracht. Zum einen lag der Erstkontakt der meisten Nutzer bereits einige Wochen zurück, außerdem handelt es sich bei der GPZ-Beratung um ein erst seit kurzem bestehendes Angebot, welches seit Etablierung von nur wenigen Nutzern jeweils wenige Male (i. d. R. 1-2 Sitzungen) in Anspruch genommen wurde. Es erscheint daher nachvollziehbar, dass die Befragten sich nicht ausführlich erinnerten bzw. äußerten. In Anbetracht der Tatsache, dass bereits nach sieben bzw. acht analysierten Transkripten eine theoretische Sättigung

³⁶ Dies zeigt ein Vergleich der Teilnehmerzahlen und Interviewdauer mit verschiedenen zitierten qualitativen Studien (z. B. Andvig et al. 2014, Ruppert et al. 2016, Jürgensen et al. 2014).

eintrat, bzw. keine neuen Erkenntnisse erzielt wurden, sind sowohl Stichprobengröße als auch Interviewdauer als angemessen zu bewerten (vgl. Mayring 2007).³⁷

Ähnliches gilt für die Expertenbefragung, die mit einer durchschnittlichen Interviewlänge von ca. 50 Minuten eher lang als zu kurz ausfiel.³⁸ Die Stichprobengröße der Expertenstudie scheint ebenfalls stimmig, da mit den neun Teilnehmern bereits der Großteil aller mit dem GPZ kollaborierenden Akteure der Region ausgewählt wurde.

Limitationen bestehen möglicherweise bei der Stichprobenrekrutierung. Die Mitarbeiter des GPZ wählten die Teilnehmer der beiden Studienteile eigenständig aus. Wenngleich dieses Vorgehen durchaus üblich ist (Richter & Fleer 2004), birgt es das Risiko einer vorsätzlichen Stichprobenverfälschung und lässt einen Selektionsbias nicht ausschließen. Zumindest ersterer der beiden Einwände ist jedoch zurückzuweisen.

So belegt die Tatsache, dass annähernd alle mit dem GPZ kooperierenden Experten ausgewählt wurden, dass die Stichprobe nur unerheblich anders hätte zusammengesetzt sein können.

Die Zulässigkeit der Stichprobenrekrutierung der Nutzerstudie stützt sich hingegen auf eine Einschätzung des Interviewers, die die Authentizität der Äußerungen hervorhebt. Dadurch wird zumindest eine Manipulation der Stichprobenzusammensetzung sehr unwahrscheinlich. Einerseits äußerten sich die Befragten glaubhaft und authentisch, darüber hinaus begründeten sie ihr Zufriedenheitsurteil durch differenzierte Schilderung ihrer Erfahrungen. Es ist daher anzunehmen, dass die Auskünfte ihrem tatsächlichen Urteil entsprechen. Dieser Aspekt verweist zugleich auf eine der wichtigsten Stärken des Studiendesigns: Während gängige Instrumente i. d. R. nur den Grad der Zufriedenheit quantifizieren (vgl. Kapitel 1.4), lieferte die vorliegende Untersuchung umfassende Einblicke in die Ursachen bestehender Zufriedenheit. Dabei konnte auch gezeigt werden, welche konkreten Aspekte des Beratungsangebotes verbesserungswürdig sind.

Der Einwand eines potentiellen Selektionsbias ist hingegen als Schwäche anzuerkennen. Dennoch hält der Autor der vorliegenden Arbeit das Vorgehen der Stichprobenrekrutierung für angemessen (vgl. Kapitel 3.1). So hätte nur ein Teil der Einschlusskriterien bei

³⁷ Das Prinzip der Sättigung („theoretical sampling“), welches im Rahmen der *Grounded Theory* (Glaser & Strauss 1967) entwickelt wurde, sieht u. a. vor, dass die Datenerhebung so lange fortgesetzt wird, bis genügend Evidenz vorliegt. Mayring (2007) hält die Anwendung dieses Prinzips auch losgelöst von der *Grounded Theory* für möglich, wogegen Stamer et al. (2015) dies eher kritisch bewerten.

³⁸ Vgl. Fußnote Nr. 33.

einer zufälligen Teilnehmerauswahl berücksichtigt werden können (z. B. die Anzahl der in Anspruch genommenen Beratungen oder der Ausschluss einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Störung zum Zeitpunkt der Rekrutierung). Anforderungen wie bspw., dass vorrangig Nutzer auszuwählen sind, die sich umfassend und differenziert äußern können, machten die Mithilfe der Mitarbeiter des GPZ bei der Stichprobenrekrutierung erforderlich.

Eine weitere Stärke besteht in der Transparenz des Forschungsprozesses, der möglichst genau dokumentiert wurde (vgl. Kapitel 3.1), um das Vorgehen für Dritte nachvollziehbar zu machen. Damit ist eins der wichtigsten Qualitätskriterien nach Kuper et al. (2008, S. 1) erfüllt, nämlich die Beantwortung der übergeordneten Frage nach der Klarheit der angewendeten Verfahren. Dabei ist auch die strenge Orientierung am regelgeleiteten Vorgehen der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse positiv hervorzuheben (vgl. Kapitel 3.4.2.1). Dies macht die Studie mit anderen Untersuchungen – die die methodischen Anforderungen der Inhaltsanalyse gleichermaßen erfüllen – stärker vergleichbar (Stamer et al. 2015).

In diesem Zusammenhang sind auch die Gütekriterien der Analysemethode zu erwähnen, auf die ein besonderes Augenmerk gelegt wurde (vgl. Kapitel 3.4.2.2). Beispielsweise konnte durch konsensuelles Kodieren bzw. durch Einbezug eines weiteren Auswerters intersubjektiver Konsens hergestellt und somit die Reliabilität des Vorgehens sichergestellt werden.

Auch nach Durchführung der Studie kann die Einordnung als partizipatives Forschungskonzept (vgl. Kapitel 3.2) bestätigt werden. Der Einbezug der Mitarbeiter des GPZ, in die Studienvorbereitung und -koordination ist nach dem Stufenmodell von King (2012) als *kollaborativ* einzuordnen. Dabei wurde den Mitarbeitern „weniger der Status von Untersuchungsobjekten als vielmehr von Subjekten“ eingeräumt (Stamer et al. 2015). Dieser als deutliche Stärke zu bewertende Sachverhalt gilt jedoch nicht für die Nutzerstudie. Letztere kann eher als *akteurgesteuert* bezeichnet werden, schließlich hatten die Nutzer des GPZ weder Mitbestimmungsrechte im Forschungsprozess, noch wurden sie zu Co-Forschern ausgebildet.

Bevor im anschließenden Fazit der Versuch unternommen wird, praktische Implikationen aus den Forschungsergebnissen abzuleiten, soll ein weiterer Vorzug der Studie diskutiert werden, nämlich die Generalisierbarkeit der Befunde. Vergegenwärtigen wir uns hierzu,

dass die zentralen Ergebniskategorien beider Teilstudien v. a. durch induktive Schlüsse entstanden sind (vgl. Kapitel 4), wobei sich bemüht wurde, ein möglichst hohes Abstraktionsniveau zu erreichen. Dies war Voraussetzung, um die Befunde im Rahmen der Diskussion (vgl. Kapitel 5.1 und 5.2) einer vergleichenden Forschungsliteraturanalyse (Mairing 2007) zu unterziehen. Im Zuge dessen ist die Verallgemeinerbarkeit der Nutzer- und Expertenbefragung getrennt zu betrachten. Dadurch, dass die Erfahrungen der Nutzer in zahlreichen Aspekten mit Befunden aus der Patientenzufriedenheitsforschung übereinstimmen (vgl. Kapitel 1.4.2), hält der Autor die gefundenen zufriedenheitsbildenden Faktoren für übertragbar auf andere gemeindepsychiatrische Beratungsangebote. Ähnliches gilt für die förderlichen und hemmenden Bedingungen der Kooperation professioneller Akteure. So konnte in der Diskussion gezeigt werden, dass es allgemeine Regeln der Zusammenarbeit zwischen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen bzw. Akteuren gibt, die auch in anderen Kontexten Bestand haben (vgl. Kapitel 5.2.1).

6. Fazit und Ausblick

In der vorliegenden qualitativen Studie konnte ein differenziertes Verständnis über die Zufriedenheit der Nutzer eines GPZ erarbeitet werden. Die überwiegend positiven Erfahrungen der Befragten decken sich in vielen Aspekten mit den Befunden der Patientenzufriedenheitsforschung (vgl. Kapitel 1.4.2). Für die Versorgungszufriedenheit im gemeindepsychiatrischen Kontext scheint das Vorhandensein aufsuchender Beratungsdienste, sowie die Sichtbarkeit psychosozialer Beratungsstellen im Sozialraum eine besondere Rolle zu spielen. Durch öffentliche Informationsveranstaltungen oder die Auslage von Informationsmaterial bei potentiell zuweisenden Akteuren (z. B. Arbeitsamt, Schuldnerberatung, niedergelassene Fachärzte und Therapeuten) könnte der Bekanntheitsgrad des GPZ möglicherweise gesteigert werden.

Um den Mitbestimmungsrechten der Patienten mehr Bedeutung beizumessen und dem partizipativen Grundsatz „*Nichts ohne uns über uns*“ gerecht zu werden, wäre es wünschenswert, Betroffene auch in das Case Management des GPZ einzubeziehen.³⁹ Dabei könnte man sich z. B. an Konzepten wie dem *Offenen Dialog* orientieren, was möglicherweise auch Synergieeffekte auf die Zusammenarbeit der professionellen Akteure hätte.

Letztere wurde in einer zweiten Teilstudie untersucht, wobei die förderlichen und die hemmenden Aspekte herausgearbeitet wurden. Es konnte gezeigt werden, dass die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Rechtskreisen, Sektoren und Professionen von Einflussfaktoren bestimmt werden, die auch in anderen, gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodellen eine Rolle spielen (vgl. Kapitel 5.2.1).

Die rechtskreisübergreifende Ausrichtung des GPZ (SGB V und XII) erscheint als sinnvolle Möglichkeit, um die Vielfalt gemeindepsychiatrischer Hilfen zu einem überschaubaren Leistungsangebot zu integrieren. Perspektivisch wäre zu prüfen, ob dieses Angebot durch Einbeziehung der noch fehlenden Versorgungsbereiche Rehabilitation (SGB IX) und Pflege (SGB XI) vervollständigt werden könnte (Steinhart & Wienberg 2015).

Als konzeptioneller Bezugsrahmen für eine SGB-übergreifende Integration könnte das *funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung* von Steinhart und

³⁹ Der Grundsatz der UN-BRK lautet „Nichts ohne uns über uns“ und verweist darauf, dass vor allem Betroffene dabei sein müssen, wenn es um sie geht (vgl. Brückner 2015).

Wienberg (2016) herangezogen werden (vgl. Kapitel 1.3.1). Voraussetzung für die konsequente Umsetzung des Basismodells ist die sukzessive Ressourcenverschiebung aus dem stationären in den ambulanten Sektor.

Dieser Wandel, der für den medizinisch-psychiatrischen Bereich bereits in zahlreichen Regionen in Form von IV-Modellen und Regionalbudgets vollzogen wurde, fehlt im Bereich Teilhabe Wohnen noch fast vollständig.

Anhand der Erfahrungen der Versorgungsakteure in Dithmarschen konnte exemplarisch gezeigt werden, dass die Budgetierung von Teilhabeleistungen – neben dem rechtskreisübergreifenden Case Management – ein wirkungsvollen Ansatz darstellt, Unterstützungsmaßnahmen zu flexibilisieren. Dadurch könnten hohe Hilfebedarfe künftig stärker im ambulanten Umfeld erbracht werden.

Ein Lichtblick für eine personen- und sozialraumzentrierte Versorgung stellt die gegenwärtige politische Debatte um die Weiterentwicklung des psychiatrischen-Entgeltsystems dar. Ein aktueller Gesetzesentwurf des BMG sieht vor, die bisher nur in Modellvorhaben erprobte „*stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld*“ (BMG 2016a) in die Regelversorgung zu überführen. Auch wenn sich diese Fortschritte auf den Rechtskreis *Behandlung* (SGB V) beschränken, ist zu erhoffen, dass auch in den anderen Rechtskreisen (v. a. SGB XII) eine ähnliche Entwicklung angestoßen wird. Diesbezüglich sind die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Deutsche Behindertenrat und die Fachverbände für Menschen mit Behinderung gefordert, ihre politische Arbeit fortzusetzen um für die konsequente Umsetzung der UN-BRK (im Bundesteilhabegesetz) einzutreten.⁴⁰

⁴⁰ Ein erster Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) wurde am 26.04.2016 erschienen) veröffentlicht.

Literaturverzeichnis

- Alwan, N., P. Johnstone, G. Zolese (2008): Length of hospitalisation for people with severe mental illness. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews, Article ID: CD000384, DOI: 10.1002/14651858.CD000384.pub3
- Andvig, E., J. Syse, E. Severinsson (2014): Interprofessional Collaboration in the Mental Health Services in Norway. In: Nursing Research and Practice 2014, Article ID: 849375. Online abgerufen am 30.05.2016 unter: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2014/849375/>.
- Applebaum, R., J. Straker, S. Geron (2004): Patientenzufriedenheit. Benennen, bestimmen, beurteilen. Aus dem Amerikanischen von Angie Dröber. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Attkisson, C., R. Zwick (1982): The Client Satisfaction Questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. In: Evaluation and Program Planning 5, (3), 233-237.
- Attkisson, C. (2012): Brief Summary of the Client Satisfaction Questionnaire. Online abgerufen am 25.06.2016 unter: [http://csqscales.businesscatalyst.com/pdfs/Brief Summary of the Client Satisfaction Questionnaire \(CSQ Scales\).pdf](http://csqscales.businesscatalyst.com/pdfs/Brief Summary of the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ Scales).pdf).
- BAGFW (2012): Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege. Gesamtstatistik 2012. Online abgerufen am 28.03.2016 unter: http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Broschuere_Gesamtstatistik_2012_Webversion.pdf.
- Bamler, V., J. Werner, F. Nestmann (2013): Psychosoziale Beratung: Entwicklung und Perspektiven. In: E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung. Online abgerufen am 30.05.2016 unter: <http://www.resonanzen-journal.org/article/view/193/126>.
- Bechdorf, A. (2006): Rationale und mögliche Vorteile für Interventionen bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. In: A. Bechdorf, G. Juckel (Hrsg.): Psychoedukation bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. Schattauer: Stuttgart.
- Becker, T. (2014): Home Treatment in der Psychiatrie. Erfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse aus Deutschland und dem europäischen Ausland. Vortrag vom 13. März 2014 in Weissenau. Online abgerufen am 3.3.2016 unter: http://www.zfp-web.de/uploads/media/Wissenschaftl._Erkenntnisse.ppt.
- Beeforth, M., H. Wood (2001): Needs from a user perspective. In: G. Thornicroft: Measuring Mental Health Needs (2. Ausgabe). London: Gaskell.
- Berghofer, G., F. Schmidl., S. Rudas (2005): Das Wiener Patientenzufriedenheitsinventar (WPI). Entwicklung eines Messinstruments zur Patientenzufriedenheit für ambulante-psychiatrische Einrichtungen. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 156, (7-8), S. 189-199.
- Bergold, J., R. Zimmermann (2003): Wie arbeitet ein Krisendienst? Bericht über die Evaluation des Berliner Krisendienstes. In: Psychotherapie im Dialog 4, (4), S. 382-388.
- Berliner Krisendienst (2009): 10 Jahre Berliner Krisendienst. Wege aus der Krise. Berliner Krisendienst. Online abgerufen am 29.03.2016 unter: http://www.berliner-krisendienst.de/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=50.

- Birker, T. (2015): Sektorenübergreifende Budgetierung im Kreis Dithmarschen. Vortrag gehalten am 9. September 2015 auf der Jahrestagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie. Online abgerufen am 22.06.2016 unter: http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/Doku_Jahrestagung_2015/Heider_Modell__Bremen.pdf.
- Bitter, D., A. Entenfellner, T. Matschnig, P. Frottier, S. Frühwald (2009): Da-Heim im Heim!? Bedeutete Ent-Hospitalisierung auch Ent-Institutionalisierung? In: Psychiatrische Praxis 36, (6), S. 261-269.
- Black, N., C. Jenkinson (2009): Measuring patients' experiences and outcomes. In: British Medical Journal 2009;339:b2495. Online abgerufen am 25.06.2016 unter: <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b2495.full>.
- BMG (2016): Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltssystems. Online abgerufen am 20.02.2016 unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Psych-Entgeltgesetz/160218_Eckpunkte_Psych-EntgeltG.pdf.
- BMG (2016a): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. Online abgerufen am 23.05.2016 unter: http://www.bflk.de/sites/default/files/doku/referentenentwurf_psychvvg.pdf.
- Bock, T., C. Mahlke, G. Schulz, G. Sielaff (2013): Eigensinn und Psychose, Peer-Beratung und Psychotherapie. In: Psychotherapeut 58, (4), S. 364-370.
- Bombosch, J., H. Hansen, J. Blume (2004): Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster: Paranus.
- Bramesfeld, A. (2003): Wie gemeindenah ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland? In: Psychiatrische Praxis 30, (5), S. 256-265.
- Bramesfeld, A., V. Amelung (2013): Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In: W. Rössler., W. Kawohl (Hrsg.) Soziale Psychiatrie. Band 2. Stuttgart: Kohlhammer, S. 150–161.
- Brückner, B. (2005): Krisen im Alter – die Aufgaben der ambulanten Krisenintervention. In: Sozialpsychiatrische Informationen 35, (1), S. 36-39.
- Brückner, B., S. Akel, U. Klein (2006): Verstehende Beratung alter Menschen. Orientierungshilfen für den Umgang mit Lebenskonflikten, Krisen und Notfällen. Mit Beiträgen von Klaus Dörner und Norbert Erlemeier. Regensburg: Roderer.
- Brückner, B. (2010): Geschichte der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Brückner, B. (2012): Zur Ambivalenz zwischen Sozial- und Gemeindepsychiatrie. In: Sozialpsychiatrische Informationen 42, (4), S. 11-12.
- Brückner, B. (2015): "Nichts über uns ohne uns!". Psychiatrie-Erfahrene im Prozess der deutschen Psychiatriereform, 1970-1990. In: J. Armbruster, A. Dieterich, D. Hahn, K. Ratzke (2015; Hrsg.): „40 Jahre Psychiatrie Enquete – Blick zurück nach vorn“. Köln, Psychiatrie Verlag, S. 138-147.

- Bundesanstalt Statistik Österreich (2016): Österreich und seine Bundesländer. Online abgerufen am 21.06.2016 unter: http://www.statistik.at/web_de/services/wirtschaftsatlas_oesterreich/oesterreich_und_seine_bundeslaender/index.html.
- Bunn, D., F. Lehmann-Diebold, M. Casper (2013): Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen in Schleswig-Holstein. Bericht 2012. Online abgerufen am 12.04.2016 unter: https://www.consens-info.de/upload/files/projekte/z_projekte_dateien_118580_Bericht_EGH_SH_2012_frei_2013_10_21.pdf.
- Callan, A., R. Littlewood (1998): Patient Satisfaction. Ethnic origin or explanatory model? In: *International Journal of Social Psychiatry* 44, S. 1-11.
- Caspari, A. (2006): Partizipative Evaluationsmethoden. Zur Entmystifizierung eines Begriffs in der Entwicklungszusammenarbeit. In: U. Flick (Hrsg.): *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen*. Reinbek: Rowohlt, S. 365-384.
- Charles, C., A. Gafni, T. Whelan (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). In: *Social Science & Medicine* 44, (5), S. 681-692.
- Clade, H. (2000): Hohe Zufriedenheit. In: *Deutsches Ärzteblatt* 97, (24), S. 1642.
- Clausen, J., I. Eichenbrenner (2016): *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfenformen*. 2., überarbeitete Auflage. Kohlhammer: Stuttgart.
- Cleary, P., S. Edgman-Levitan, W. McMullen, T. Delbanco (1992): The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. In: *Quality Review Bulletin* 18, (2), S. 53-59.
- Cleary, P. (1998): Satisfaction may not suffice! A commentary on "A patient's perspective". In: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 14, (1), S. 35-37.
- Cleary, P. (1999): The increasing importance of patient surveys. In: *British Medical Journal* 319, S. 720-721.
- Coulter, A., R. Fitzpatrick, J. Cornwall (2009): *The Point of Care. Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses*. London: The King's Fund. Online abgerufen am 29.06.2016 unter: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Point-of-Care-Measures-of-patients-experience-in-hospital-Kings-Fund-July-2009.pdf>
- Deister, A., D. Zeichner, T. Witt, H. Forster (2010): Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget. In: *Psychiatrische Praxis* 37, (7), S. 335-342.
- Deister, A., B. Wilms (2014): *Regionale Verantwortung übernehmen. Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Deister, A., B. Wilms (2015): Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie – Chance für eine zukunftsfähige Versorgung. In: *Psychiatrische Praxis* 42, (1), S.8-10.
- Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. – DeGEval (2015): *Standards für Evaluation*. Online abgerufen am 23.04.2015 unter: <http://www.degeval.de/degeval-standards/standards/>.

- DGPPN (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen. Online abgerufen am 30.05.2016 unter: https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LLPsychosozTherapien_Langversion.pdf.
- Dierks M, Seidel G. (2005): Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten. Wollen Patienten wirklich Partner sein? In: M. Härter, A. Loh, C. Spies (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 35-44.
- Dörner, K. (2004): Das Handeln psychosozialer Profis – zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld. In: Soziale Psychiatrie 28 (3), S. 37-42.
- Dörner, K. (2007): Leben und Sterben, wo ich hingehöre: Neumünster: Paranus Verlag.
- Dörner, K., U. Plog, C. Teller, F. Wendt (2013): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 22. Auflage. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Dresing, T., T. Pehl (2011): Das vereinfachte Transkriptionssystem. Online abgerufen am 09.03.2016 unter: <https://www.audiotranskription.de/audiotranskription/upload/VereinfachteTranskription30-09-11.pdf>.
- Duncan, E., C. Best, S. Hagen (2010): Shared decision making interventions for people with mental health conditions. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews. Article ID: CD007297, DOI: 10.1002/14651858.CD007297.pub2.
- Elwyn, G., A. Edwards A, M. Rhydderch (2005): Shared Decision Making: Das Konzept und seine Anwendung in der klinischen Praxis. In: M. Härter, A. Loh, C. Spies (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 3-13.
- Ernst, J., S. Holze, C. Sonnenfeld, H. Götze, R. Schwarz (2007): Medizinische Entscheidungsfindung im Krankenhaus – Ergebnisse einer explorativen Studie zum Stellenwert des Shared Decision Making aus Sicht der Ärzte. In: Gesundheitswesen 69, (4), S. 206-215.
- EVA Stuttgart (2014): Krisen- und Notfalldienst Stuttgart. Jahresbericht 2013. Online abgerufen am 28.03.2016 unter: http://www.eva-stuttgart.de/fileadmin/redaktion/pdf/Angebote_fuer/psychisch_kranke_Menschen/Jahresbericht_KND_2013.pdf.
- Fischer, F., K. Hoffmann, N. Mönter, M. Walle, R. Beneke, S. Negenborn, S. Weinmann, S. Willich, A. Berghöfer (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. In: Gesundheitswesen 76, (2), S. 86-95.
- Fleischmann, H. (2003): Was erwarten psychisch Kranke von der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus? Psychiatrische Praxis 30, (Ausgabe S 2), S.136-139.
- Flick, U. (2014): An introduction to qualitative research. 5. Auflage. New York: Sage.
- Forster, R. (2015): Gutachten zur Bürger- und Patientenbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem. Online abgerufen am 22.06.2016 unter: http://www.selbsthilfe-oesterreich.at/fileadmin/upload/doc/gutachten/Forster_Gutachten_Endbericht_1_.pdf.

- Freikamp, U. (2012): Prozess und Wirkungen des Erstgespräches im Berliner Krisendienst aus Sicht der BeraterInnen. Philosophische Dissertation im Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin. Online abgerufen am 21.06.2016 unter: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000012276/Dissertation_Ulrike_Freikamp.pdf.
- Freyberger, H., I. Ulrich, S. Barnow, I. Steinhart (2008): Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen – eine Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 76, (2), S. 106-113.
- Gaebel, W. (1995, Hrsg.): Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Wien: Springer.
- Gaebel, W., T. Becker, B. Janssen, P. Munk-Jorgensen, M. Musalek, W. Rössler, K. Sommerlad, M. Tansella, G. Thornicroft, J. Zielasek (2012): EPA guidance on the quality of mental health services. In: European Psychiatry 27, (2), S. 87-113.
- Giupponi, G., S. Hensel, P. Müller, M. Soelva, H. Schweigkofler, E. Steiner, R. Pycha, A. Möller-Leimkühler (2009): Behandlungszufriedenheit und Einflussfaktoren in der stationären Psychiatrie: ein deutsch/italienischer Vergleich. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 77, (6), S. 346-352.
- Glaser, B., A. Strauss (1967). The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine.
- Grauenhorst, I. E. Wacker, B. Bernhard (2011): Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: Lebensqualität und Nutzerzufriedenheit von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Intensiv Betreuten Wohnen (LeNI). TU Dortmund, Fakultät für Rehabilitationswissenschaften.
- Großmaß, R. (2005): Welchen Beitrag leistet Beratung zur psychosozialen Versorgung? In: Psychotherapie im Dialog 6, (2), S. 184-187.
- Großmaß, R., E. Püschel (2005): Interaktion und Psychodynamik in der Beratung. In: Psychodynamische Psychotherapie, (4), S. 217-232.
- Gruyters, T., S. Priebe (1994): Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. In: Psychiatrische Praxis 21, (1), S. 88-95.
- Gühne, U., S. Weinmann, K. Arnold, E. Atav, T. Becker, S. Riedel-Heller (2011): Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis 38, (3), S. 114-122.
- Häfner, H. (1978, Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie. Geschichte, Einführung und ausgewählte Forschungsergebnisse. Berlin: Springer.
- Häfner, H., W. Rössler, S. Haas (1986): Psychiatrische Notfallversorgung und Krisenintervention – Konzepte, Erfahrungen und Ergebnisse. In: Psychiatrische Praxis 13, (6), S. 203-212.
- Halbmayer, E., J. Salat (2011): Einzel vs. Gruppeninterviews/Diskussionen. Online abgerufen am 25.05.2016 unter: <http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-33.html>.

- Hamann, J., A. Loh, J. Kasper, B. Neuner, C. Spies, W. Kissling, M. Härter, C. Heesen (2006): Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des Modells des „Shared Decision Making“ für Psychiatrie und Neurologie. In: *Nervenarzt* 77, (9), S. 1071-1078.
- Hamann J., B. Neuner, J. Kasper, A. Vodermaier, A. Loh, A. Deinzer, c. Heesen, W. Kissling, R. Busch, R. Schmieder, C. Spies, C. Caspari, M. Härter (2007): Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. In: *Health Expect* 10, (4), S. 358-363.
- Hannöver, W., C. Dogs, H. Kordy (2000): Patientenzufriedenheit. Ein Maß für Behandlungserfolg? In: *Psychotherapeut* 45, (5), S. 292-300.
- Hejnal, T., H. Petersen (2010): Regionales Psychriatriebudget. In: *Psychiatrische Pflege* 16, (1), S. 40-43.
- Holst, H., E. Severinsson (2003): A study of collaboration between the community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, (6), S. 650-658.
- Hoult, J., A. Rosen, I. Reynolds (1984): Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. In: *Social Science & Medicine* 18, (11), S. 1005-1010.
- Israel, B., A. Schulz, E. Parker, A. Becker (1998): Review of community-based research. Assessing partnership approaches to improve public health. In: *Annual Review of Public Health*, 19, S. 173-202.
- Jacob, G., J. Bengel (2000): Das Konstrukt Patientenzufriedenheit. Eine kritische Bestandsaufnahme. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 48, (3), S. 280–301.
- Jenkinson, C., A. Coulter, S. Bruster, N. Richards, T. Chandola (2002): Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. In: *Quality & Safety in Health Care* 11, (4), S. 335-339.
- Jürgensen, M., C. Patzelt, T. Meyer (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch“. Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. In: *Psychiatrische Praxis* 41, (1), S. 29-36.
- King, J. (2012): Cultivating Participatory Evaluation (PE) in a World of Centralized Accountability. In: *Zeitschrift für Evaluation* 11, (2), S. 199-207.
- Knuf, A. (2003): Empowerment fördern. Beispiel Psychiatrie. In: *Managed Care* 7, (7), S. 17-19.
- Krischke, N. (2009): Beratung bei Psychischen Krisen. In: P. Warschburger (Hrsg.), Heidelberg: Springer, S. 233-251.
- Krumm, S., T. Becker (2006): Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. In: *Psychiatrische Praxis* 33, (1), S. 59-66.
- Kuper, A., L. Lingard, W. Levinson (2008): Critically appraising qualitative research. In: *British Medical Journal* 73, (337), A1035.

- Kvarnström, S. (2008): Difficulties in collaboration. A critical incident study of interprofessional health care teamwork. In: *Journal of Interprofessional Care* 22, (2), S. 191–203.
- Lambert, M., D. Schöttle, F. Ruppelt, A. Karow (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. In: *Bundesgesundheitsblatt* 58, (4-5), S. 408-419.
- Leimkühler, A., U. Müller (1996): Patientenzufriedenheit. Artefakt oder soziale Tatsache?. In: *Nervenarzt* 67, (9), S. 765-773.
- Leopold, K., S. Pfeiffer, C. Correll, M. Bauer, A. Pfennig (2013): Früherkennungszentren für psychische Erkrankungen. Ein Komplementärangebot der psychiatrischen Regelversorgung in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 40, (5), S. 264-270.
- Leopold, K. A. Nikolaidis, M. Bauer, A. Bechdorf, C. Correll, F. Jessen, G. Juckel, A. Karow, M. Lambert, J. Klosterkötter, S. Ruhrmann, S. Pfeiffer, A. Pfennig (2015): Angebote zur Früherkennung von Psychosen und bipolaren Störungen in Deutschland. Bestandsaufnahme. In: *Nervenarzt* 86, (3), S. 352-358.
- Lloyd-Evans, B., E. Mayo-Wilson, B. Harrison, H. Istead, E. Brown, S. Pilling, S. Johnson, T. Kendall (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. In: *BMC Psychiatry* 14: 39. DOI: 10.1186/1471-244X-14-39.
- Loh, A., N. Kremer, N. Giersdorf, H. Jahn, S. Hänselmann, I. Bermejo, M. Härter (2004): Informations- und Partizipationsinteressen depressiver Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Versorgung. In: *German Journal for Evidence and Quality in Health Care* 98, (2), S. 101-107.
- Loos, S., P. Neumann, K. Arnold, M. Slade, A. Fiorillo, M. Bording, T. Ivanka, W. Kawohl, B. Puschner (2013): Gemeinsame Entscheidungsfindung in der Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen. Eine Fokusgruppenuntersuchung. In: *Psychiatrische Praxis* 40, (1), S. 23-29.
- LWL-Statistik (2015): Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung. Zahlen und Daten aus der amtlichen Statistik. Online abgerufen am 19.03.2016 unter: <http://www.lwl.org/002-download/statistik/zahlen/eingliederungshilfe/Zusammenstellung.pdf>.
- Magnusson, A., K. Lützén (2009): Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23, (1), S. 140-145.
- Mahler, L., I. Jarchoy-Jàdi, C. Montag, J. Gallinat (2014): Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Mahlke, C., K. Heumann, F. Ruppelt, H. Meyer, T. Rouhiainen, G. Sielaff, M. Lambert, T. Bock (2015): Peer-Begleitung für Erfahrene schwerer und langfristiger psychischer Störungen und Angehörige – Hintergrund, Konzept und Baseline-Daten. In: *Psychiatrische Praxis* 42, (S1), S. 25-29.

- Manary, M., W. Boulding, R. Staelin, S. Glickman (2013): The Patient Experience and Health Outcomes. In: The New England Journal of Medicine 368, (3), S. 201-203.
- Mayring, P. (2007): Generalisierung in qualitativer Forschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung 8, (3). Online abgerufen am 18.05.2016 unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/291/639>.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim/Basel: Beltz.
- Meyer, T., M. Stamer (2014): Qualitative Versorgungsforschung. In: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 64, (11), S. 448.
- Mikkelsen, E., A. Petersen, A. Kaae, H. Petersen (2013): Cross-sector problems of collaboration in psychiatry. In: Danish Medical Journal 60, (9), S. 1-4.
- Minkler, M., N. Wallerstein (2011): Community-based participatory research for health. New York: Jossey-Bass.
- Möller, H., G. Laux, A. Deister (2013): Duale Reihe Psychiatrie und Psychotherapie. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Möller-Leimkühler, A., R. Dunkel, R. Müller (2002): Determinanten der Patientenzufriedenheit. Behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 70, (8), S. 410-417.
- Nestmann, F. (2007): Professionelle Beratung. Grundlagen, Verfahren, Indikationen. In: B. Senf (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Thieme: Stuttgart.
- Neugebauer, B., R. Porst (2001): Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht. ZUMA-Methodenbericht Nr. 7/2001. Online abgerufen am 11.05.2015 unter: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2001/01_07.pdf.
- Oberlerchner, H., C. Rados (2015): Der Psychiatrische Not- und Krisendienst in Kärnten. Geschichte, Trends und Entwicklungen. In: Psychopraxis Neuropraxis 18, (3), S. 82-86.
- Orzessek, P. (2009): Aufbau, Evaluation und Weiterentwicklung eines psychosozialen Krisendienstes unter besonderer Berücksichtigung der Mitarbeiterperspektive. Philosophische Dissertation an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Online abgerufen am 27.03.2016 unter: <http://oops.uni-oldenburg.de/811/1/orzauf09.pdf>.
- Peinkofer-Menath, C., H. Hausner, H. Spießl (2006): Der Gemeindepsychiatrische Verbund in Regensburg. Beispiel einer effizienten Koordination bei Problempatienten. In: Krankenhauspsychiatrie 17, (4), S. 143-147.
- Petersen, H., T. Hejnal (2010): Regionales Psychiatriebudget. In: Zeitschrift für psychiatrische Pflege 16, (1), S.40-43.
- Priebe, S., A. Badesconyi, A. Fioritti, L. Hansson, R. Kilian, F. Torres-Gonzales, T. Turner, D. Wiersma (2005): Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. In: British Medical Journal 2005;330:123, S. 123-126.

- Reichhart, T., W. Kissling, E. Scheuring, J. Hamann (2008): Patientenbeteiligung in der Psychiatrie – eine kritische Bestandsaufnahme. In: *Psychiatrische Praxis* 35, (3), S. 111-121.
- Repper, J., T. Carter (2011): A review of the literature on peer support in mental health services. In: *J Ment Health* 20, (4), S. 392-411.
- Reumschüssel-Wienert, C., W. Crefeld (2012): Geschlossene psychiatrische Wohnheime. Pro und Kontra. In: *Psychiatrische Praxis* 39, (1), S. 4-6.
- Richter, D., B. Flier (2004): Fokusgruppen als Evaluationsinstrument der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 9, (4), S. 236-240.
- Rose, D., J. Evans, A. Sweeney, T. Wykes (2011): A model for developing outcome measures from the perspective of mental health service users. In: *International Review of Psychiatry* 23, (1), S. 41-46.
- Rupp, M. (2010): *Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie*. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Ruppert, D., C. Stegbauer, A. Bramesfeld, B. Bestmann, J. Szecsenyi, K. Götz (2016): "Die Hoffnung stirbt zuletzt..." – sektorenübergreifende Kooperation in der Integrierten Versorgung. Eine qualitative Studie. Online abgerufen am 16.03.2016 unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0041-109470>.
- Ryan, K., J. Greene, Y. Lincoln, S. Mathison, D. Mertens (1998): Advantages and challenges of using inclusive evaluation approaches in evaluation practice. In: *The American Journal of Evaluation* 19, (1), S. 101-122.
- Brandes, S., I. Schaefer (2013): Partizipative Evaluation in Praxisprojekten. Chancen und Herausforderungen. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 8, (3), S. 132-137.
- Scheibler, F., U. Schwantes, M. Kamomann, H. Pfaff (2005): Shared decision-making. In: *GGW – Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft* 5, (1), S. 23-31.
- Schlebrowski, D. (2009): Wohnbezogene Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung in Deutschland. In: D. Schlebowski (Hrsg.). *Starke Nutzer im Heim*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 59-89.
- Schmidt, J., F. Lamprecht, W. Wittmann (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. In: *Psychotherapie und Medizinische Psychologie* 39, (6), S. 248-255.
- Schmidt, P., T. Steinert, R. Borbé (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 40, (5), S. 414-424.
- Seikkula, J., M. Olson (2003): The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. In: *Family Process* 42, (3), S. 403-418.
- Seikkula, J., B. Alakare, B. Wilms (2015): Bedürfnisorientierter Ansatz und Offener Dialog. Von der Mobilisation familiärer Entwicklungsprozesse in der Therapie psychotischer Störungen. In: *Psychotherapie im Dialog* 16, (3), S. 28-33.

- Sikorski, C., H. Glaesmer, A. Bramesfeld (2010): Qualität versus Quantität. Zum Stand der Methodendebatte in der Versorgungsforschung. In: Psychiatrische Praxis 37, (7), S. 322-328.
- Soergaard, K., M. Nivison, V. Hansen, T. Oeiesvold (2008): Treatment needs and acknowledgement of illness – importance for satisfaction with psychiatric inpatient treatment. In: BMC Health Service Research 8: 103, DOI: 10.1186/1472-6963-8-103.
- Sozialministerium Land SH (2012): Ausgabenanstieg der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung – kein Ende in Sicht. Online abgerufen am 12.05.2016 unter: http://www.landesrechnungshof-sh.de/file/bemerkungen_2012_tz31.pdf.
- Speck, A., I. Steinhart, H. Freyberger (2013): Wieder einmal alles gesagt ... zur „Black Box“ der Geschlossenen Heime? Ein Zwischenruf aus Mecklenburg-Vorpommern. In: Psychiatrische Praxis 40, (1), S. 49-50.
- Spießl, H., A. Spießl, C. Cording (1999): Die "ideale" stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. In: Psychiatrische Praxis 26, (1), S. 3-8.
- Spießl, H., C. Leber, P. Radlinger, R. Schmid, S. Kaatz, H. Binder, M. Hambrecht, H. E. Klein (2009): Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Kliniken. In: Nervenheilkunde 28, (7), S. 481-486.
- Stamer, M., C. Güthlin, C. Holmberg, U. Karbach, C. Patzelt, T. Meyer (2015): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien. In: Gesundheitswesen 77, (12), S. 966-975.
- Statistisches Bundesamt (2015): Statistik der Sozialhilfe. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 2013. Online abgerufen am 01.04.2015 unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/Eingliederungshilfe_Behinderte5221301137004.pdf.
- Statistisches Bundesamt (2015a): Kreisfreie Städte und Landkreise nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2014. Online abgerufen am 21.06.2016 unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/Aktuell/04Kreise.html>.
- Steinhart, I. (2014): Mietvertrag statt Heimvertrag. Lösungswege zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention oder Warum werden Heim ersetzende Unterstützungssettings nicht stärker befördert? In: Sozialpsychiatrische Informationen 44, (3), S. 14-18.
- Steinhart, I., G. Wienberg (2015): Mindeststandards für Behandlung und Teilhabe. Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. In: Sozialpsychiatrische Informationen 45, (4), S. 9-15.
- Steinhart, I., G. Wienberg (2016): Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. In: Psychiatrische Praxis 43, (2), S. 65-68.
- Stunder, W., M. Scherer, W. Himmel (2008): Wie gut schätzen Hausarzt-Patienten den Zeitbedarf einer Konsultation ein? In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 133, (3), S. 67-70.

- Sullivan, G., KL Spritzer (1997): Consumer Satisfaction with CMHC Services. In: Community Mental Health Journal 33, (2), S. 123-131.
- Thornicroft, G., D. Rose, P. Huxley, G. Dale, T. Wykes (2002): What are the research priorities of mental health service users? In: Journal of Mental Health 11, (1), S. 1-5.
- UK Data Archive (2010): Qualitative anonymization. Online abgerufen am 09.03.2016 unter:<http://www.data-archive.ac.uk/create-manage/consent-ethics/anonymisation?index=2>.
- UN (2008): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006. Online abgerufen am 21.01.2016 unter: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_b_de.pdf
- Ungewitter, C., D. Böttger, J. El-Jurdi, R. Kilian, C. Losert, K. Ludwig, V. Steinkohl, A. Bramesfeld (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. In: Nervenarzt 84, (3), S. 307-314.
- von Unger, H. (2012): Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 13, (1), Art. 7. Online abgerufen am 22.04.2015 unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120176>.
- Vincente, B., M. Vielma, F. Jenner, R. Mezzina, I. Lliapas (1993): Users' satisfaction with mental health services. In: The International journal of Social Psychiatry 39, (2), S. 121 -130.
- Vorholz, I. (2013): Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Was verbirgt sich hinter dem neuen Bundesleistungsgesetz. In: Der Landkreis. Zeitschrift für kommunale Selbstverwaltung 83, (1-2), S. 47-51.
- Vouri, H. (1991): Patient satisfaction – does it matter? In: Quality Assurance in Health Care 3, (3), S. 183-189.
- Wallerstein, N. (2006): What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? In: Health Evidence Network Report, WHO Europe, Kopenhagen. Online abgerufen am 23.04.2015 unter: <http://www.euro.who.int/document/e88086.pdf>.
- Ware, J., J. Philips, B. Yody, J. Adamczyk (1996): Assessment tools: functional health status and patient satisfaction. In: American Journal of Medical Quality 11, (1), S. 50-53.
- WHO (2013): Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Online abgerufen am 02.03.2016 unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/195218/63wd11g_MentalHealth-2.pdf?ua=1
- Wiedemeier, J. (2015): Das System hält die Hand auf. Online abgerufen am 24.03.2016 unter: <https://krautreporter.de/421--das-system-halt-die-hand-auf>.
- Wienberg, G. (2008): Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. In: Sozialpsychiatrische Informationen 38, (1), S. 2-13.

- WISDOM (2011): Richtlinien des Wiener Instituts für sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik. Online abgerufen am 09.03.2016 unter: http://wisdom.at/datenarchiv/pdf/TemplateAnonymisierung_WISDOM.pdf
- Williams, B. (1998). The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47, (9), S. 1351–1359.
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 1, (1), Artikel 22. Online abgerufen am 08.03.2016 unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519>
- Woltmann, E. R., Whitley (2010): Shared decision making in public mental health care. Perspectives from consumers living with severe mental illness. In: *Psychiatric Rehabilitation* 34, (1): S. 29–36
- Wright, M, H. von Unger, M. Block (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: M. Wright (Hrsg.): *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber Verlag, S.35-52.
- Wullschleger, A., W. Wosniok, J. Timm, M. Heinze (2015): Einschreibeverhalten von psychisch Kranken in die integrierte Versorgung einer psychiatrischen Klinik. In: *Psychiatrische Praxis, e-first*. Online abgerufen am 30.05.2016 unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1387698>.
- Zastowny, T., W. Stratmann, E. Adams, M. Fox (1995): Patient satisfaction and experience with health services and quality of care. In: *Quality Management and Health Care* 3, (3), S. 50-61.
- Zimmermann et al. (2014): Die Bedeutung der internen und externen Partizipation für die Patientenzufriedenheit. In: *Rehabilitation* 53, (4), S. 219-223.
- Zink, K. (2007): *Mitarbeiterbeteiligung bei Verbesserungs- und Veränderungsprozessen*. München: Hanser.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Julian Schwarz, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Evaluation eines rechtskreisübergreifenden Koordinationsmodells in der Psychiatrie. Eine qualitative Studie zur Versorgungszufriedenheit“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE - www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s. o.) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s. o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum und Unterschrift des Doktoranden

Anteilerklärung an etwaigen erfolgten Publikationen

Julian Schwarz hat alle wie folgt genannten Publikationen vollständig und eigenhändig verfasst, die betreuenden Hochschullehrer standen ihm dabei beratend zur Seite:

Schwarz, J., A. Berghöfer, B. Stöckigt, B. Brückner (2015): Evaluation eines rechtskreisübergreifenden Case Managements bei Nutzern eines gemeindepsychiatrischen Zentrums. Eine qualitative Studie. Posterpräsentation am 08.10.2015 auf dem 14. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung in Berlin.

Schwarz, J., A. Berghöfer, B. Stöckigt, B. Brückner (2015): Case Management for cross-sectoral, post discharge rehabilitative services in rural northern Germany. A qualitative study. Vortrag am 01.10.2015 auf der 11th ENMESH International Conference in Malaga/Spanien.

Schwarz, J., B. Stöckigt, B. Brückner, A. Berghöfer (in Vorbereitung): „Ich hatte Angst alleine rauszukommen aus dem Krankenhaus, ohne Unterstützung. Aber jetzt so – Sicherheit“. Erfahrungen von Nutzern mit der Beratung eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums. In: Psychiatrische Praxis 43.

Unterschrift, Datum und Stempel
der betreuenden Hochschullehrerin

Datum und Unterschrift des Doktoranden

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

- Schwarz, J., A. Berghöfer, B. Stöckigt, B. Brückner (2015): Evaluation eines rechtskreisübergreifenden Case Managements bei Nutzern eines gemeindepsychiatrischen Zentrums. Eine qualitative Studie. Posterpräsentation am 08.10.2015 auf dem 14. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung in Berlin.
- Schwarz, J., A. Berghöfer, B. Stöckigt, B. Brückner (2015): Case Management for cross-sectoral, post discharge rehabilitative services in rural northern Germany. A qualitative study. Vortrag am 01.10.2015 auf der 11th ENMESH International Conference in Malaga/Spain.
- Schwarz, J., B. Stöckigt, B. Brückner, A. Berghöfer (in Vorbereitung): „Ich hatte Angst alleine rauszukommen aus dem Krankenhaus, ohne Unterstützung. Aber jetzt so – Sicherheit“. Erfahrungen von Nutzern mit der Beratung eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums. In: Psychiatrische Praxis 43.

Danksagung

Zunächst möchte ich der Erstbetreuerin, Frau PD Dr. med. Anne Berghöfer für die Überlassung des Dissertationsthemas danken. Ihre umfassende Unterstützung bei der Klärung von Problemen und ihr außergewöhnlich großes Engagement waren für die Entstehung dieser Arbeit unverzichtbar.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Burkhard Brückner, der die Arbeit als Zweitbetreuer aus fachlicher, konzeptioneller und methodischer Sicht von Anfang bis zum Ende betreut hat und mir bei der Lösung auftretender Probleme jederzeit zur Seite stand. Besonders durch die regelmäßigen Beratungsgespräche weckte er in mir Ressourcen und es gelang ihm, mich fortwährend für dieses Thema zu begeistern.

Außerdem möchte ich Frau Dr. med. Barbara Stöckigt danken, die mir mit Ihrer Expertise im Bereich qualitativer Sozialforschung beratend zur Seite stand.

Weiterer Dank gilt dem Westküstenklinikum Heide (WKK), dem Chefarzt und ärztlichen Direktor, Herrn Dr. med. Thomas Birker, dem Psychiatriekoordinator, Herrn Thorsten Hejnal und dem Koordinator des Gemeindepsychiatrischen Zentrums, Herrn Frank Röwenstrunk, für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung bei der Durchführung der Arbeit sowie allen weiteren beteiligten Mitarbeitern des WKK.

Ich bedanke mich bei allen Nutzerinnen und Nutzern des Gemeindepsychiatrischen Zentrums in Heide, die in den geführten Interviews geduldig auf meine Fragen antworteten. Ohne sie wäre die vorliegende Untersuchung nicht möglich gewesen.

Robin Pape danke ich für seine tatkräftige Unterstützung bei der Transkription der Interviews. Bei Rosemary Ellis bedanke ich mich für die Unterstützung bei der Übersetzung der Abstracts, Vorträge und Poster ins Englische. Clara Reimann danke ich für das Korrekturlesen der Arbeit.