

Psychisch krank im Corona-Lockdown

**Die Lebenssituation und sozialpsychiatrische Versorgung
von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf wegen einer
länger dauernden schweren psychischen Erkrankung.
Eine Rekonstruktion aus Erfahrungsberichten.**

Heinz Katschnig^{1,2}, Gabriele Niedermayer¹, Sylvia Dörfler¹

1 IMEHPS.research, 2 Medizinische Universität Wien;
Kontakt: heinz.katschnig@meduniwien.ac.at, www.imehps.at

Wien 2021

Gefördert vom Wiener Wissenschafts-, Forschungs- und Technologiefonds (WWTF)
Projektnummer COV20-032

Zu zitieren als:

Katschnig H, Niedermayer G, Dörfler S: Psychisch krank im Corona-Lockdown. Projektbericht an den WWTF. IMEHPS, Wien 2021. www.imehps.at/downloads/psychisch_krank_im_corona-lockdown.pdf

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen und häufig verwendete Begriffe	3
Abstract.....	4
Vorwort	5
1. Hintergrund und Ziele der Studie	6
2. Methoden.....	9
3. Ergebnisse	10
3.1 Befragung von Führungskräften und BetreuerInnen von Psychosozialen Organisationen	10
3.1.1 Fragebogenrücklauf und Charakteristika der Antwortenden der PSO-Studie	10
3.1.2 Klassifikation der Textantworten in Themenbereiche	11
3.1.3 Ergebnisse nach Themenbereichen	12
<i>A Lockdown, Informationsdefizit und Unsicherheit in den Psychosozialen Organisationen</i>	<i>12</i>
<i>B1 Umgang mit dem Infektionsrisiko bei aufrechten persönlichen (face-to-face) Kontakten</i>	<i>18</i>
<i>B2 Homeoffice und telefonische bzw. Online-Kommunikation</i>	<i>22</i>
<i>B3 Personaleinsatz</i>	<i>26</i>
<i>C Folgen des Lockdowns für die KlientInnen</i>	<i>30</i>
<i>D Medizinische Versorgung.....</i>	<i>36</i>
3.1.4 Nachbefragung im Juli 2020	38
3.2. Befragung von ExpertInnen in Selbsthilfeorganisationen	39
3.2.1 Befragung von ErfahrungsexpertInnen in Selbsthilfeorganisationen	39
3.2.2 Befragung von AngehörigenexpertInnen einer Selbsthilfeorganisation.....	46
4. Diskussion und Schlussfolgerungen	51
5. Anmerkungen und Literatur	55

Online verfügbare Anhänge

Anhang 1: [Weitere Originalzitate](#)

Anhang 2: [TeilnehmerInnen an der Befragung](#)

Abkürzungen und häufig verwendete Begriffe

Abkürzungen

Häufige im Text verwendete Abkürzungen

- LD Der erste Corona-Lockdown im März und April 2020
- PSO Psychosoziale Organisation – in dieser Studie als generischer Überbegriff verwendet für „sozialwirtschaftliche Unternehmen“, administrativ meist als „Träger“ oder „Trägerorganisationen“ bezeichnet, die „in der Gemeinde“ bzw. „wohnortnahe“ sozialpsychiatrische Dienstleistungen für Personen mit länger dauernden schweren psychischen Erkrankungen anbieten. Es handelt sich überwiegend um Non-Profit-Organisationen (Vereine oder GmbHs), die hauptsächlich aus Sozialbudgets finanziert werden.
- SHO Selbsthilfe-/Interessensvertretungsorganisation für ErfahrungsexpertInnen bzw. AngehörigenexpertInnen
- FG Fördergeber/Kostenträger/Financier, der die Leistungen einer PSO nach vorgegebenen Regeln bezahlt (z.B. Sozialabteilung einer Landesregierung, Arbeitsmarktservice - AMS, Sozialministeriumservice - SMS)
- ICD-10 Internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, 10. Revision 1990. Kapitel F: Psychische und Verhaltensstörungen

In den Kodierungen für die Originalzitate verwendete Abkürzungen

- ORG LeiterIn einer PSO
- BER LeiterIn eines Betreuungsbereiches einer PSO (z.B. Betreutes Wohnen)
- MIT BetreuerIn von KlientInnen in einer PSO mit direktem KlientInnenkontakt
- BET Eine von einer psychischen Erkrankung betroffene Person in einer SHO („ErfahrungsexpertIn“)
- ANG Ein/e Angehörige/r (einer von einer psychischen Krankheit betroffenen Person), der/die in eine SHO für Angehörige eingebunden ist („AngehörigenexpertIn“)

Häufig verwendete Begriffe

LeiterIn: Führungskraft einer PSO, entweder LeiterIn der gesamten Organisation (z.B. GeschäftsführerIn) oder „BereichsleiterIn“ für eine bestimmte Betreuungsmodalität (z.B. Betreutes Wohnen)

BetreuerIn: MitarbeiterIn einer PSO mit direktem KlientInnenkontakt

KlientIn: In den Originalziten der antwortenden Personen werden für die von PSOs sozialpsychiatrisch betreuten Personen unterschiedliche Begriffe verwendet (z.B. KlientInnen, KundInnen, TeilnehmerInnen, BewohnerInnen). In den von den AutorInnen dieses Berichtes verfassten Texten wird einheitlich der Begriff „KlientInnen“ verwendet.

ErfahrungsexpertIn: Person mit der Erfahrung einer psychischen Erkrankung (auch „ExpertIn aus Erfahrung“ genannt), unabhängig davon, ob sie in einer PSO in Betreuung steht oder nicht, hier im Speziellen Mitglied einer SHO für von einer psychischen Erkrankung betroffene Personen

AngehörigenexpertIn: Familienmitglied einer Person mit einer psychischen Erkrankung, hier im Speziellen Mitglied einer SHO von Angehörigen

Im Hinblick auf gendergerechte Schreibweise haben wir die Variante mit Binnen-I gewählt. Es sind immer alle Geschlechter gemeint.

Abstract

Hintergrund und Ziele der Studie: Personen, die an einer länger dauernden schweren psychischen Erkrankung leiden, können heute mit der multiprofessionellen Hilfe durch Psychosoziale Organisationen (PSOs) weitgehend selbstbestimmt „in der Gemeinde“ leben. Ambulante und mobile Betreuung, tagesstrukturierende Maßnahmen, Betreutes Wohnen und ein breites Spektrum von Freizeit- und Beschäftigungsaktivitäten zählen zu den typischen sozialpsychiatrischen Betreuungskategorien. Angesichts der oft umgebungsabhängig fluktuierenden Beschwerden und Beeinträchtigungen erfordert dies laufende Anpassungen der Betreuung. Die PSOs sind überwiegend dem Non-Profit-Sektor zuzuordnen und ihre Dienstleistungen werden im Wesentlichen aus der ermessensabhängigen Sozialhilfe der Bundesländer finanziert. Da persönliche Begegnungen, gemeinsames Handeln und Bewegung im öffentlichen Raum für die sozialpsychiatrische Versorgung essenziell sind, wurden die PSOs und ihre KlientInnen durch die im ersten Corona-Lockdown (LD) im Frühjahr 2020 verfügbaren Kontakteinschränkungen stark in Mitleidenschaft gezogen, die sozialpsychiatrische Betreuung ihrer KlientInnen konnte aber nicht unterbrochen werden. Ziel der Studie war es, zu erfassen, wie die PSOs und Personen, die an einer länger dauernden schweren psychischen Erkrankung leiden, mit den Herausforderungen des LD umgegangen sind.

Methoden: MitarbeiterInnen von 70 PSOs in Wien, Niederösterreich und der Steiermark wurden Ende April 2020 zu einer anonymen Online-Befragung über ihre Erfahrungen während des ersten Corona-Lockdowns eingeladen. Parallel dazu wurden vier Selbsthilfe- bzw. Interessensvertretungsorganisationen für Betroffene und Angehörige um Teilnahme gebeten. Die Befragten wurden primär um textliche Schilderungen ihrer Erfahrungen im LD ersucht.

Ergebnisse: Von PSOs langten 243 Antworten ein. 36 Antworten kamen von Mitgliedern von Selbsthilfeorganisationen. MitarbeiterInnen von PSOs hielten mit hohem Engagement und Einfallsreichtum durch „Abstandsmanagement“ die für ihre KlientInnen essenziellen persönlichen Kontakte so lange wie möglich aufrecht. Der Umstieg auf telefonische bzw. Online-Kontakte war problematisch. Wegen Unsicherheiten über das Infektionsrisiko und mangelnden Testmöglichkeiten mussten Dienstpläne laufend geändert werden, was auch mit dienstrechtlichen Problemen verbunden war. Die Kooperation mit dem nur sehr eingeschränkt verfügbaren medizinischen Sektor war mühsam. Die Belastungen der PSOs wurden vielfach dadurch verstärkt, dass von manchen Fördergebern, von denen die PSOs abhängig sind, keine oder nur unvollständige Informationen über die weitere Vorgangsweise und – angesichts notwendiger Änderungen der Betreuungsmodalitäten – über die Weiterfinanzierung eintrafen. Die Folgen des LD für Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung waren überwiegend negativ. Im Selbsthilfesektor stellten die Einschränkungen persönlicher Kontakte eine beträchtliche Störung dar.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Die im LD vorgegebenen Einschränkungen für persönliche Begegnungen und Bewegung im öffentlichen Raum setzten die MitarbeiterInnen von PSOs sowie deren KlientInnen unter beträchtlichen Druck. Finanzierungsunsicherheit kam in vielen Fällen hinzu. Die Situation des sozialpsychiatrischen Bereiches der Versorgung psychisch Kranker sollte im Hinblick darauf neu durchdacht werden, dass es sich hierbei um komplexe Unterstützungsleistungen für kranke Menschen handelt, für die es in einem modernen Wohlfahrtsstaat Finanzierungssicherheit geben sollte, genauso wie für Personen mit körperlichen Erkrankungen. Dies ist gerade jetzt relevant, weil wegen der in der Corona-Krise immens gewachsenen Staatsausgaben zu befürchten ist, dass es – wie in Österreich schon in vergangenen Wirtschaftskrisen geschehen – gerade in dem ermessensabhängig steuerfinanzierten Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgung psychisch Kranker zu Einschränkungen kommt.

Vorwort

Neuere Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen ein und zwei Prozent der 18- bis 65-jährigen Bevölkerung – das wären in Österreich etwa zwischen 60.000 und 120.000 Personen – von einer länger dauernden schweren psychischen Erkrankung betroffen sind. Diese Personen können heute zum Großteil trotz ihrer erkrankungsbedingten Beeinträchtigungen weitgehend selbstbestimmt mitten in der Gesellschaft leben, weil sie von sozialpsychiatrischen Diensten fachgerecht unterstützt werden, etwa durch Voll- oder Teilbetreutes Wohnen, durch niederschwellige ambulante und mobile Dienste, Tagesstruktureinrichtungen, Beschäftigungs- und Freizeitangebote sowie Notfall- und Krisendienste. Auch Selbsthilfeorganisationen spielen eine zunehmend wichtige Rolle.

Die vorliegende Studie befasst sich mit der Frage, wie es diesen Personen und den sie betreuenden Psychosozialen Organisationen im ersten Corona-Lockdown im März und April 2020 ergangen ist. Damals war noch sehr wenig über das Coronavirus bekannt, Testmöglichkeiten waren rar und eine Impfung in weiter Ferne. Deshalb wurden strenge Abstandsregeln, Ausgangs- und Bewegungsbeschränkungen verfügt. Es entstand massive Unsicherheit, die alle gesellschaftlichen Bereiche traf, es kam zu einem Aufschrei in vielen Bereichen und zu Hilfeforderungen an den Staat.

Die Probleme, um die es in der vorliegenden Studie geht, blieben weitgehend unbeachtet. Da die sozialpsychiatrischen Maßnahmen in persönlichen Begegnungen und gemeinsamem Handeln erfolgen und Bewegung im öffentlichen Raum erfordern, wurde der sozialpsychiatrische Bereich durch den Lockdown in seinem Wesen getroffen. Während andere Versorgungsbereiche ihre Aktivitäten reduzierten oder einstellten, konnte die auf Kontinuität beruhende sozialpsychiatrische Versorgung bei schwer und komplex psychisch erkrankten Personen nicht unterbrochen werden.

In einer anonymen Online-Befragung wurden 70 sozialpsychiatrisch tätige Psychosoziale Organisationen in Wien, Niederösterreich und der Steiermark Ende April 2020 gebeten, ihre Erfahrungen in den Wochen seit Beginn des Lockdowns in Textform zu schildern. Wir erhielten 243 Antworten von Führungskräften und MitarbeiterInnen in der direkten KlientInnenbetreuung. Zusätzlich wurden vier Selbsthilfe- bzw. Interessensvertretungsorganisationen von Betroffenen und Angehörigen um Erfahrungsberichte gebeten, von denen 36 Antworten eintrafen. Die Analyse dieser zum Teil sehr ausführlichen Berichte (insgesamt nahezu 80.000 Wörter) war komplex und liefert eine Rekonstruktion „aus erster Hand“ einer für die sozialpsychiatrische Versorgung extrem herausfordernden Zeit. Durch das sprichwörtliche Brennglas der Krise sind auch Strukturprobleme der psychiatrischen Versorgung in Österreich offenkundig geworden.

Ein Jahr nach dem ersten Lockdown liegt jetzt ein ausführlicher Endbericht vor, der es erlaubt, Vergleiche mit späteren Entwicklungen anzustellen. Es handelt sich dabei wesentlich auch um ein „Lesebuch“ mit detaillierten Berichten aus dem Alltag des Lockdowns. Wir bedanken uns bei den MitarbeiterInnen der Psychosozialen Organisationen sowie bei den Betroffenen und Angehörigen der Selbsthilfeorganisationen, dass sie sich der Mühe unterzogen haben, in einer extrem schwierigen Zeit an dieser Befragung teilzunehmen. Ebenfalls zu Dank verpflichtet sind wir Maria Gasselseder, Martin Kaukal, Günther Klug, Edwin Ladinsner, Erika Mosor, Georg Psota, Valentin Ritschl, Beate Schrank, Tanja Stamm, Alexandra Stockinger, Rudolf Wagner und Barbara Weibold, die uns in verschiedenen Stadien des Projektes beratend zur Seite gestanden sind - die Studie haben aber allein wir zu verantworten. Dem Wiener Wissenschafts-, Forschungs- und Technologiefonds danken wir für die Förderung des Projektes im Rahmen des COVID-19 Rapid Response Calls.

Heinz Katschnig, Gabriele Niedermayer, Sylvia Dörfler

Wien, im Mai 2021

1. Hintergrund und Ziele der Studie

Personen mit einer länger dauernden schweren und komplexen psychischen Erkrankung sowie der sie betreuende Versorgungssektor stehen kaum im Wahrnehmungsfeld der Öffentlichkeit. Zum besseren Verständnis der Gründe für die Durchführung dieser Studie wird deshalb im Folgenden erläutert,

- wie es in den vergangenen fünfzig Jahren dazu kam, dass viele dieser psychisch erkrankten Personen trotz ihrer Beeinträchtigungen heute außerhalb von psychiatrischen Anstalten, „in der Gemeinde“, ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen können,
- dass diese Personen einen komplexen Unterstützungsbedarf haben, dem durch multiprofessionell tätige Psychosoziale Organisationen (PSOs) mit sozialpsychiatrischen Maßnahmen entsprochen wird, deren Leistungen nicht aus der Sozialversicherung, sondern überwiegend aus den Sozialhilfe- bzw. Behindertenbudgets der Bundesländer vergütet werden,
- dass persönliche Begegnungen, gemeinsames Handeln und Bewegung im öffentlichen Raum für die sozialpsychiatrische Versorgung essenziell sind und durch den Lockdown (LD) plötzlich erschwert bzw. verboten waren, wodurch die sozialpsychiatrische Betreuung massiv beeinträchtigt war, aber fortgeführt werden musste, und
- dass es Ziel dieser Studie war, in einer anonymen Online-Befragung herauszufinden, wie die betroffenen Personen und die sie unterstützenden PSOs durch den LD beeinträchtigt waren und mit den Problemen umgegangen sind.

Historische Aspekte der Versorgung von Personen mit einer psychischen Erkrankung

Die Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen wurde in Österreich, wie auch in vielen anderen Ländern, in den vergangenen Jahrzehnten im Sinne der Verlagerung des Schwerpunktes aus den psychiatrischen Krankenanstalten „in die Gemeinde“ reorganisiert. Vor fünfzig Jahren gab es in Österreich noch rund 12.000 psychiatrische Betten in wenigen großen Anstalten und über 90% der PatientInnen waren nicht freiwillig dort¹. Nach wenigen Wochen in der Anstalt haben damals die Krankenkassen den Aufenthalt der als unheilbar und chronisch eingestuften PatientInnen nicht mehr bezahlt - die PatientInnen wurden als „Asylierungsfall“ aus der Krankenkassenleistung „ausgesteuert“. Die Sozialhilfe der Bundesländer sprang zunächst ein, hat dann allerdings im Rahmen eines Regresses, wie er für den Bereich der Sozialhilfe charakteristisch ist, auf ein allfällig vorhandenes Vermögen der PatientInnen zurückgegriffen². Eine ambulante Versorgung existierte damals nur rudimentär – durch wenige niedergelassene „NervenärztInnen“ und einzelne „psychohygienische Beratungsstellen“³.

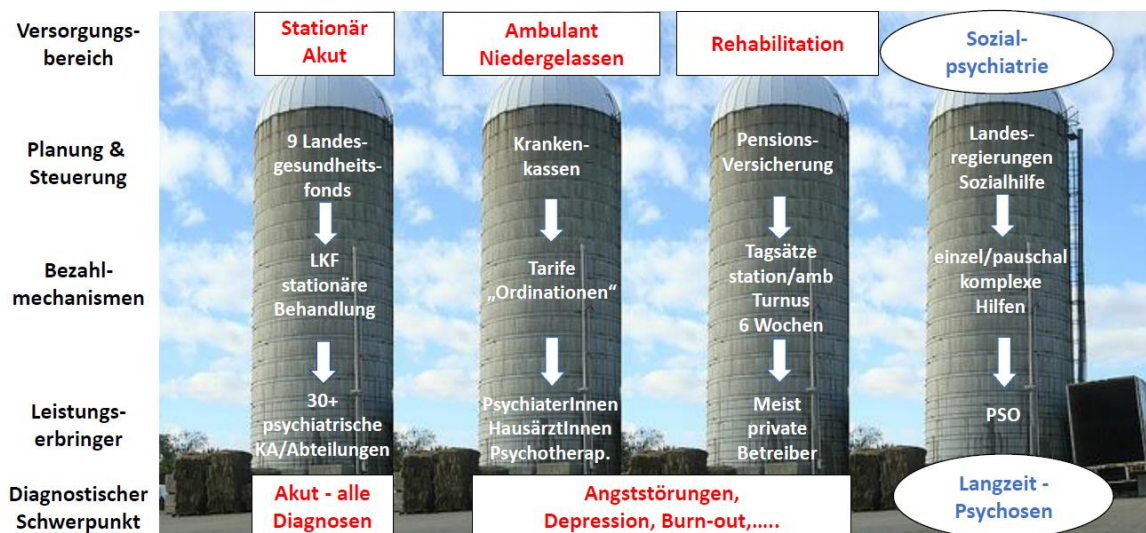
Fünfzig Jahre später hat sich das Blatt gewendet. Die psychiatrischen Betten sind heute auf unter ein Drittel der ursprünglichen Zahl gesunken, an mehr als dreißig Standorten lokalisiert und vielfach an Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt⁴. Die stationäre Psychiatrie ist also kleiner und „wohnortnahe“ geworden. Die Anzahl der in Ordinationen tätigen PsychiaterInnen ist zuletzt auf rund tausend gestiegen (allerdings hat nur jede/r fünfte einen Kassenvertrag⁵), PsychotherapeutInnen sind noch zahlreicher als PsychiaterInnen (allerdings wird Psychotherapie nur über limitierte Kassenkontingente bezahlt). Seit rund zehn Jahren wird in Österreich psychiatrische Rehabilitation angeboten, heute in 15 stationären und 7 ambulanten über ganz Österreich verteilten Einrichtungen⁶. Diese Versorgungsstrukturen sind für alle sozialversicherten Personen zugänglich (in Österreich sind dies nahezu 100% der Bevölkerung), wenngleich durch oft lange Wartezeiten de facto Zugangsbeschränkungen existieren. Auch ist die Kontinuität der Versorgung über die verschiedenen Sektoren hinweg mangelhaft – in der Gesundheitssystemforschung wird hier von getrennt nebeneinanderstehenden „Silos“ gesprochen (siehe Abbildung 1), die jeweils eigene Zuständigkeiten für Planung, Steuerung, Finanzierung und Leistungserbringung in ihrem Bereich haben (Krankenanstalten – Bundesland; niedergelassener Bereich – Gesundheitskasse; Rehabilitation – Pensionsversicherung).

Die sozialpsychiatrische Versorgung durch Psychosoziale Organisationen

Der akutstationäre, der niedergelassene und der Rehabilitationsbereich sind nicht in der Lage, Menschen, die an einer länger dauernden schweren und komplexen psychischen Erkrankung leiden⁷ und heute weitgehend selbstbestimmt „in der Gemeinde“ leben können, adäquat und kontinuierlich zu versorgen. Diese Aufgabe wird heute von überwiegend dem Non-Profit-Bereich zuzuzählenden „Psychosozialen Organisationen (PSOs)“⁸ wahrgenommen. Die patientenbezogenen multiprofessionell erbrachten sozialpsychiatrischen Leistungen der PSOs umfassen unter anderem Voll- und Teilbetreutes Wohnen, Tagesstruktureinrichtungen, mobile Dienste, niederschwellige ambulante Kontaktangebote (meist als „Psychosozialer Dienst“ oder einfach „PSD“ bezeichnet) einschließlich Krisenintervention, sowie mannigfache Beschäftigungs-, Bildungs- und Freizeitangebote.

Dieser sozialpsychiatrische Versorgungsbereich ist Gegenstand der vorliegenden Studie. Er ist in den vergangenen Jahrzehnten parallel zur Reduktion der psychiatrischen Krankenhausbetten im Rahmen der Psychiatriereform entstanden. Verkürzt kann man sagen, dass die Sozialhilfe, die ehemals für „chronisch“ Kranke in psychiatrischen Anstalten *finanziell* eingesprungen ist, heute *Dienste* für die in der Gemeinde lebenden Personen mit einer länger dauernden schweren psychischen Erkrankung finanziert. Es handelt sich dabei um einen vierten „Silo“, der, was Planung, Steuerung, Finanzierung und Leistungserbringung betrifft, ähnlich separat neben den oben genannten „Silos“ steht wie diese untereinander⁹, sodass insgesamt von vier getrennten „Silos“ der psychiatrischen Versorgung in Österreich gesprochen werden muss.

Abbildung 1: Die 4 Silos der Planung, Steuerung, Leistungserbringung und Bezahlung der psychiatrischen Versorgung in Österreich (Rot=Rechtsanspruch für Versicherte; Blau=Kannleistungen der Sozial- bzw. Behindertenhilfe; vereinfachte Darstellung, für Details s. Text und Anmerkungen¹⁰)



Die sozialpsychiatrischen Leistungen der PSOs entsprechen nicht einfach der traditionellen Behindertenhilfe im Sinne des Defizitausgleichs zur Verbesserung der Chancen einer Partizipation am gesellschaftlichen Leben, sondern kommen wegen der sich im Leben in der Gemeinde anders gestaltenden Krankheitsverläufe einer komplexen, sich flexibel anpassenden sozialpsychiatrischen Therapie gleich, die ihrem Wesen nach persönliche Begegnungen, gemeinsames Handeln und Bewegung im öffentlichen Raum erfordert. Auf die Leistungen der PSOs besteht kein Rechtsanspruch, sie werden nicht von der Sozialversicherung finanziert, sondern aus Steuern, überwiegend im Rahmen der entsprechenden Landesgesetze für den Sozialhilfe- und Behindertenbereich der österreichischen Bundesländer¹¹, z.T. auch von anderen steuerfinanzierten Fördergebern (FG) bzw. Kostenträgern¹².

Alle österreichischen Bundesländer haben dankenswerterweise im Laufe der Zeit große Anstrengungen in diesem Bereich unternommen, sodass zahlreiche sozialpsychiatrische Dienste und Einrichtungen für Personen mit psychischen Erkrankungen entstanden sind¹³. Es wird allerdings vielfach kritisiert, dass dieser „extramurale Bereich“ nicht genügend ausgebaut ist - etwa von der Patientenanwaltschaft im Bereich des Unterbringungsgesetzes oder von Angehörigenvereinigungen, aber auch aus dem Krankenanstaltenbereich in manchen Bundesländern, wo beklagt wird, dass sich stationäre Krankenhausaufenthalte verlängern, weil es zu wenig Wohnplätze für psychisch Kranke gibt.

Die Landschaft der die genannten sozialpsychiatrischen Leistungen anbietenden PSOs ist vielgestaltig und von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich, etwa im Hinblick auf die Anzahl der PSOs in den einzelnen Bundesländern, deren Leistungsspektren, Größe und Rechtsform¹⁴. Manche der größeren hier interessierenden Organisationen sind auch für andere Personengruppen als für schwer psychisch kranke erwachsene Menschen tätig, wobei es allerdings oft Überschneidungen gibt - etwa im Suchtbereich, in der Gerontopsychiatrie, der forensischen Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Krisenintervention und Suizidprophylaxe oder der Unterstützung von MigrantInnen. Der Sektor der sozialen Dienste ist in jedem Bundesland unter eigenen Randbedingungen gewachsen und wird in der Fachliteratur allgemein als äußerst heterogen eingestuft¹⁵.

Die Ziele der Studie

Alle gemeindenahen sozialpsychiatrischen Betreuungsmodalitäten erfordern von ihrem Wesen her persönliche Begegnungen, gemeinsames Handeln und Bewegung im öffentlichen Raum. Gespräche allein genügen nicht. Wegen der im März 2020 durch den Lockdown (LD) plötzlich entstandenen Notwendigkeit, Abstand zu halten, persönliche Kontakte und Bewegung im öffentlichen Raum einzuschränken bzw. zu vermeiden, um die Infektionsgefahr durch das Coronavirus zu reduzieren, war dieses sozialpsychiatrische Betreuungsnetz in seinem Wesen getroffen und in seiner Funktionsfähigkeit massiv bedroht. Gemeinschaft war auf einmal „toxisch“.

Während andere Versorgungssektoren, wie Krankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen, teilweise auch der niedergelassene Bereich, heruntergefahren wurden, konnte die auf Kontinuität beruhende sozialpsychiatrische Versorgung nicht unterbrochen werden – die PSOs konnten ihre KlientInnen, die überwiegend in Langzeitbetreuung stehen, im Lockdown nicht alleinlassen und haben sie unter großen Schwierigkeiten weiter betreut. Herauszufinden, wie dies geschah, ist Thema dieser Studie. Hinzu kam die Frage, wie die PSOs in der Corona-Krise wirtschaftlich weiter funktionieren konnten. Da sich die Tätigkeitsspektren der PSOs durch den Lockdown notgedrungen veränderten, war zu untersuchen, welche Auswirkungen dies auf die Finanzierung der PSOs hatte, die ja in vielen Bereichen über Einzelabrechnung erbrachter Leistungen erfolgt. Schließlich hat die vorliegende Studie die Frage angesprochen, welche Folgen der Lockdown für Personen mit einer länger dauernden schweren psychischen Erkrankung hatte und welche negativen Folgen die PSOs „abfangen“ konnten. Für den Fall, dass KlientInnen während des LD auch Leistungen im Krankenhaus- und/oder niedergelassenen Bereich benötigten, war zu eruieren, wie die Kooperation mit diesen Bereichen funktionierte. Damit kommt auch das gesamte System der psychiatrischen und Gesundheitsversorgung im LD in den Fokus der Studie.

Das Projekt war als qualitative Studie so angelegt, dass diejenigen ausführlich zu Wort kommen, die als von einer psychischen Erkrankung Betroffene und als deren Angehörige „in der Gemeinde leben“, und auch diejenigen, die als Führungskräfte von Psychosozialen Organisationen und als professionelle HelferInnen vor Ort tätig sind. Ein großer Teil des Berichtes besteht deshalb aus Originalzitate der befragten Personen.

2. Methoden

Als methodischer Ansatz wurde der einer anonymen Online-Befragung von drei Adressatengruppen zeitnahe zum ersten LD gewählt. Am 29. und 30. April 2020 wurden 70 Psychosoziale Organisationen (PSOs) per E-Mail zur Teilnahme eingeladen, und zwar in Wien, Niederösterreich und der Steiermark (womit praktisch alle Arten von städtischen und ländlichen Lebensräumen in Österreich abgedeckt waren). Parallel dazu wurden drei Selbsthilfe- bzw. Interessensvertretungsorganisationen (SHOs) für Betroffene (im Weiteren hier als ErfahrungsexpertInnen bezeichnet) und eine österreichweit tätige SHO für Angehörige (hier AngehörigenexpertInnen genannt) um Mitwirkung ihrer aktiven Mitglieder ersucht. Die Befragten wurden um narrative Schilderungen ihrer Erfahrungen während des LD gebeten. Insgesamt ergibt sich damit eine Rekonstruktion der LD-Erfahrungen aus „erster Hand“, aus einer Perspektive „von unten“, wo im Alltag mit der schwierigen Situation umzugehen war. Bei allen drei Teilprojekten handelte es sich um ExpertInnenbefragungen mit freiwilliger Teilnahme, weshalb die Einholung eines Ethikkommissionsvotums nicht erforderlich war.

Die Auswahl der eingeladenen PSOs erfolgte mit Hilfe von öffentlich zugänglichen Verzeichnissen bzw. von Webseiten der PSOs, aus denen ersichtlich war, dass sie schwer psychisch erkrankte Personen betreuen. Das diagnostische Einschlusskriterium war, dass die PSO erwachsene Personen mit der Diagnose einer „funktionellen“ psychischen Krankheit betreut, womit in der Psychiatrie informell Krankheiten ohne bekannte eindeutig zerebrale Pathologie bezeichnet werden (nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO; ICD-10: F2-F6; z.B. Schizophrenie, Bipolare Störung, Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen). Nicht einbezogen wurden damit PSOs, die ausschließlich Personen mit den Diagnosen Demenz, psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen, sowie intellektuelle Behinderung betreuen. Für die Erfassung der in PSOs aufgetretenen Probleme und des Umgangs damit wurden unter Verwendung des Online-Tools SoSci Survey¹⁶ zwei separate Online-Fragebögen entwickelt, einer für Führungskräfte und einer für BetreuerInnen mit direktem KlientInnenkontakt. Die Fragebögen waren in der Maileinladung durch Anklicken zugänglich und konnten anonym ausgefüllt werden. Die angeschriebenen PSOs wurden gebeten, die Maileinladung mit den Links an Führungskräfte und an BetreuerInnen innerhalb der Organisation weiterzuleiten. KlientInnen der PSOs selbst wurden nicht befragt, da dies (abgesehen von dem vermutlich begrenzten Zugang zu IT-Ressourcen) nur über die BetreuerInnen der PSOs möglich gewesen wäre, zu denen grundlegend ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis besteht. Ausgenommen war der Fall, dass es in einer PSO eine offizielle KlientInnenvertretung gab, deren Mitglieder eingeladen wurden, den Fragebogen für ErfahrungsexpertInnen zu beantworten.

Für die Befragung von Erfahrungs- und AngehörigenexpertInnen wurde mit Hilfe des Online-Tools SoSci Survey je ein weiterer Fragebogen entwickelt, der analog zur Vorgangsweise bei den PSOs jeweils als Link zugänglich war und ebenfalls anonym beantwortet werden konnte. Die Einladung erging an die offiziellen Mailadressen der SHOs mit der Bitte um Weiterleitung an deren aktive Mitglieder.

In den vier Fragebögen wurde primär um die narrative Schilderung der Erfahrungen bezüglich der aufgetretenen Probleme und des Umgangs damit ersucht. Die Eingabefelder für Textantworten erlaubten das Einfügen von beliebig langen Textpassagen. In einigen wenigen geschlossenen Fragen wurden die Antwortenden gebeten, sich selbst bzw. die Organisation zu charakterisieren. Die Fragebögen wurden in einer Pilotstudie getestet und auf Grund der Rückmeldungen adaptiert. Da die Frist für die Beantwortung bis Mitte Mai 2020 lief, konnten sich Antworten auch auf die mit Anfang Mai 2020 begonnenen Lockerungen des LD beziehen.

Die eingegangenen Antworten wurden mit der Software SoSci Survey verwaltet. Die Auswertung der Textantworten erfolgte mittels thematischer Textanalyse, zum Teil durch direkte Sichtung, zum Teil

unter Zuhilfenahme der Analysesoftware NVivo¹⁷. In einer iterativen Vorgangsweise wurden von den drei AutorInnen Abstimmungsprozesse zur Identifizierung von relevanten Themenkategorien und zur Zuordnung von einzelnen Textstatements durchgeführt.

Ende Juli 2020, also 20 Wochen nach Beginn des ersten harten LD, als die Infektionszahlen mit dem Coronavirus schon deutlich geringer waren, wurde an die ursprünglich eingeladenen PSOs ein kurzer Fragebogen mit geschlossenen Fragen zu den in der thematischen Analyse identifizierten Problemfeldern ausgesandt, um zu eruieren, welche Probleme zu diesem Zeitpunkt noch existierten.

3. Ergebnisse

3.1 Befragung von Führungskräften und BetreuerInnen von Psychosozialen Organisationen

Beim Lesen dieses Berichtes, der sich auf die wörtlich wiedergegebenen Textantworten von professionellen MitarbeiterInnen stützt, die mitten im Geschehen standen, muss man sich stets vor Augen halten, dass die Befragungsergebnisse eine Momentaufnahme der Situation während des ersten LD im Frühjahr 2020 repräsentieren. Zu dieser Zeit war noch wenig über COVID-19 und das die Krankheit verursachende Virus SARS-CoV-2 bekannt, die Testmöglichkeiten waren sehr begrenzt und eine Impfung in weiter Ferne. Viele der hier identifizierten Probleme sind wohl auch von diesem Nichtwissen und der damit zusammenhängenden maximalen Verunsicherung geprägt, vermutlich auch von der Abruptheit des Beginns des LD.

3.1.1 Fragebogenrücklauf und Charakteristika der Antwortenden der PSO-Studie

Die Einladung zur Teilnahme an der PSO-ExpertInnenbefragung wurde am 29. und 30. April 2020 an die Office-Mailadressen von 70 PSOs ausgesandt und als Rücklauffrist der 11. Mai 2020 genannt, wobei die Frist nach diversen Anfragen bis 18. Mai 2020 verlängert wurde. Mit diesem Datum war laut SoSci-Rückmeldung in 135 Fällen mit dem Ausfüllen des Fragebogens für Führungskräfte begonnen worden, aber nur 80 davon wurden als beendet gemeldet. Bei BetreuerInnen war das Bild ähnlich: In 280 Fällen wurde mit dem Ausfüllen begonnen, in 183 Fällen wurden anhand des SoSci Survey Tools die Fragebögen als beendet eingestuft.

Da die Befragung anonym war, ist nicht feststellbar, von welchen und wie vielen PSOs Antworten eingelangt sind. Es kann sein, dass Antworten überwiegend von solchen PSOs kamen, bei denen es durch den LD zu deutlichen Problemen gekommen war. Andererseits könnten von manchen PSOs mit Problemen weniger abgeschlossene Fragebögen eingetroffen sein, da durch die LD-Belastung weniger Ressourcen für die Teilnahme an der Studie zur Verfügung gestanden sind. Das Design der Studie, das es offenlassen musste, an wen die Fragebögen gelangten und wer sie beantwortete, erlaubt es deshalb nicht, die Ergebnisse als im engeren Sinn „repräsentativ“ anzusehen.

Nach Detailanalyse der von der Software SoSci Survey als „beendet“ und „nicht beendet“ eingestuften Fragebögen verblieben 243 auswertbare Fragebögen für die Analysen, und zwar 78 von Führungskräften von PSOs und 165 von BetreuerInnen. Von den 78 Führungskräften haben jeweils rund ein Drittel aus jedem der drei Bundesländer geantwortet. Jeweils die Hälfte war für die gesamte Organisation, die Hälfte nur für Teilbereiche (z.B. Wohnen, Tagesstruktureinrichtungen) zuständig. Über 40% der Organisationen können als „groß“ eingestuft werden, sowohl was die KlientInnenanzahl an einem durchschnittlichen Wochentag vor dem LD betrifft (über 100), wie auch die MitarbeiterInnenanzahl (über 50), rund ein Fünftel als „klein“ (bis 20 KlientInnen, bis 10 MitarbeiterInnen). Von den 165 BetreuerInnen waren über drei Viertel Frauen. Die Hälfte war zwischen 30 und 50 Jahre alt, ein Viertel bereits älter als 50 Jahre. Rund die Hälfte hatte schon mehr

als 10 Jahre Berufserfahrung in psychosozialen Betreuungssettings. Da PSOs typischerweise in multiprofessionellen Teams arbeiten, ist das berufliche Spektrum von Interesse. Die größten Gruppen waren Behindertenfachkräfte (25%), SozialarbeiterInnen (20%) und klinische PsychologInnen (17%). Details sind in einem online zugänglichen Anhang enthalten¹⁸. Eine Auszählung der Wörter in den 243 auswertbaren PSO-Fragebögen ergab insgesamt rund 70.000 Wörter, davon rund ein Drittel von Führungskräften und zwei Drittel von BetreuerInnen.

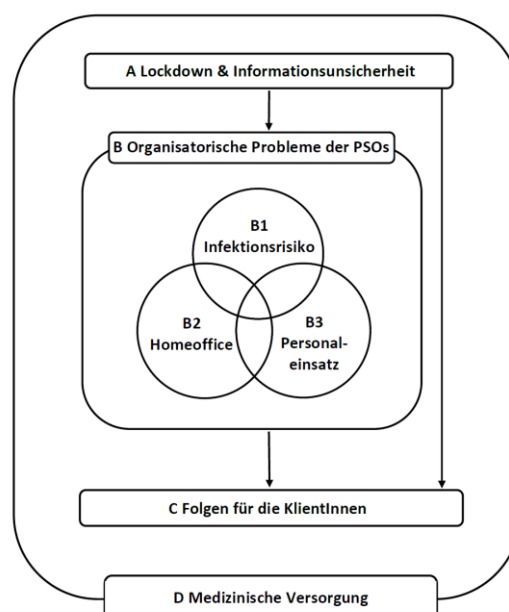
3.1.2 Klassifikation der Textantworten in Themenbereiche

Die erhaltenen Textantworten der 78 Führungskräfte und 165 BetreuerInnen der PSOs wurden in einem iterativen Prozess verschiedenen Kategorien und Subkategorien zugeordnet und letztlich in vier einander überlappende große Themenkategorien zusammengeführt, wobei die Kategorie B nur als Überschrift für drei große „Unterkategorien“ dient, sodass sich für die Darstellung der inhaltlichen Ergebnisse sechs Kapitel mit folgenden Themen ergeben (siehe auch Abbildung 2):

- A Lockdown, Informationsdefizit und Unsicherheit der PSOs
Daraus resultierende organisatorische Probleme und Maßnahmen der PSOs betrafen ->
- B1 das Infektionsrisiko
- B2 Homeoffice und telefonische bzw. Online-Kommunikation
- B3 den Personaleinsatz
Aus der Wahrnehmung des LD in den Medien und infolge der von den PSOs ergriffenen Maßnahmen kam es zu ->
- C Folgen für die KlientInnen der PSOs
Schließlich haben etliche Berichte die Kooperation mit anderen Sektoren des Gesundheitssystems zur Sprache gebracht, was in einem eigenen Themenbereich seinen Niederschlag gefunden hat ->
- D Medizinische Versorgung

Andere thematische Gruppierungen wären möglich gewesen, die hier verwendete schien uns aber am plausibelsten, weil sie nicht nur die Zusammenhänge, sondern auch in etwa die zeitliche Reihenfolge der aufgetretenen Probleme widerspiegelt.

Abbildung 2: Die sechs Themenbereiche der PSO-Studie



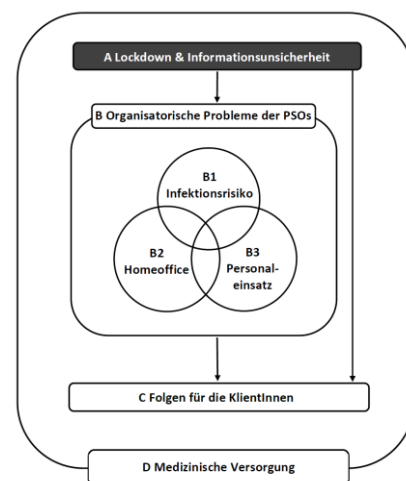
In den folgenden Abschnitten, dem Hauptteil dieser Studie, kommen die Führungskräfte und BetreuerInnen der PSOs zu diesen Themen mit Originalzitaten ausführlich zu Wort. In den Einleitungen zu den sechs Themenbereichen wird im Detail beschrieben, worum es sich bei dem jeweiligen Thema handelt. Innerhalb jedes großen Themenbereiches wurden Subthemen identifiziert, für die dann jeweils wörtliche Zitate der Führungskräfte und der BetreuerInnen als Beleg angeführt werden. Querverbindungen zwischen den einzelnen Themenbereichen werden durch detaillierte Verweise zum Ausdruck gebracht.

3.1.3 Ergebnisse nach Themenbereichen

Um den Ergebnisteil lesbarer zu gestalten, wurde die Anzahl der wörtlichen Zitate begrenzt und eine größere Anzahl von Zitaten in einem Anhang zugänglich gemacht¹⁹. Die Zitate sind mit Kodierungen versehen, wobei die ersten drei Buchstaben erkennen lassen, ob das Zitat von einer Führungskraft stammt (ORG = OrganisationsleiterIn; BER = BereichsleiterIn) oder von einer MitarbeiterIn mit direktem KlientInnenkontakt (MIT). Eindeutig erkennbare Tippfehler in den erhaltenen wörtlichen Zitaten wurden ausgebessert. Kürzel mit aus dem Kontext offenkundiger Bedeutung wurden durch ausgeschriebene Wörter ersetzt (z.B. MA > MitarbeiterIn, TS > Tagesstruktur). Übersprungene Textteile innerhalb eines längeren wörtlichen Zitats, die nicht zu dem gerade diskutierten Themenbereich gehören, wurden durch Auslassungspunkte gekennzeichnet. Querverweise im Text zu jeweils anderen Themen werden mit einem >-Zeichen in einer Klammer markiert, also beispielsweise: (>B3-2). Wenn in einem wörtlichen Zitat ein Fördergeber mit Namen genannt wurde, wurde - im Sinne der Anonymisierung - der Name durch den allgemeinen Ausdruck FG (also „Fördergeber“) ersetzt.

A Lockdown, Informationsdefizit und Unsicherheit in den Psychosozialen Organisationen

Informationsmangel und Unsicherheit dominierten zu Beginn des Lockdowns (LD) alle gesellschaftlichen Bereiche. Psychosoziale Organisationen (PSOs) waren jedoch in einer sehr spezifischen Notsituation, die so keinen anderen gesellschaftlichen Sektor betraf. Der komplexe und fluktuierende Unterstützungsbedarf der PSO-KlientInnen, die aus ethischen und vertraglichen Gründen weiterhin professionell betreut werden mussten, erfordert nämlich ganz wesentlich persönliche Begegnungen, gemeinsames Handeln und Bewegung im öffentlichen Raum. Wegen der Ansteckungsgefahr mit dem Coronavirus war dies plötzlich nicht mehr erlaubt, musste stark eingeschränkt oder durch telefonische bzw. Online-Kontakte ersetzt werden. Wie die PSOs mit dieser Situation umgegangen sind, wird im Teil B dieses Ergebniskapitels berichtet, was dies für die betreuten KlientInnen bedeutete, im Teil C.



Wie die PSOs mit dieser Situation umgegangen sind, wurde durch deren Abhängigkeit von ihren vertraglichen Fördergebern (FGs), hauptsächlich den Sozialabteilungen der Bundesländer (oder äquivalenten Institutionen), entscheidend mitgeprägt. Darum geht es in diesem Abschnitt. Zumindest in den ersten Wochen des LD schwiegen viele Fördergeber oder gaben unklare Informationen an die PSOs weiter, wie zahlreichen Rückmeldungen zu entnehmen ist. Es kann angenommen werden, dass die Fördergeber in dieser Situation wohl auch selbst überfordert waren. Wie auch immer, entscheidend war, dass zwei Arten von Informationen, die von den PSOs wegen der vertraglichen Vereinbarungen mit den Fördergebern legitimerweise erwartet wurden, vielfach nicht ankamen, oder in unvollständiger, unklarer oder widersprüchlicher Form. Beide Themen hängen eng miteinander zusammen. Zum einen erwarteten die PSOs Informationen über den Umgang mit dem Infektionsrisiko:

Woher soll Schutzausrüstung kommen? Was sind Corona-Risikokriterien? Darf und soll man eine Tagesstruktureinrichtung wegen des hohen Infektionsrisikos schließen? Zum anderen und eng mit diesen Problemen verbunden waren betriebswirtschaftlich relevante Fragen der Weitervergütung von Leistungen, die nicht mehr in der mit dem FG vertraglich vereinbarten Form stattfinden konnten – Gehälter und Mieten mussten ja weiter beglichen werden. Werden telefonische Kontakte genauso bezahlt wie persönliche? Führt die Vorsichtsmaßnahme der Schließung einer Einrichtung (wenn sie nicht behördlich angeordnet wird) zu einem Einnahmenentgang? Wird die Anschaffung von Hard- und Software für telefonische und Online-Kommunikation aus dem Homeoffice von den FGs bezahlt?

Diese komplexe Konstellation, dass die KlientInnen trotz Infektionsgefahr und betriebswirtschaftlicher Unsicherheit von den PSOs weiter betreut werden mussten, charakterisiert die spezifische Notsituation vieler PSOs im ersten Corona-Lockdown. Nach 20 Wochen, zum Zeitpunkt der zweiten Befragung Ende Juli, als sich die Corona-Situation österreichweit merklich entspannt hatte, war immerhin noch rund ein Viertel der antwortenden PSOs durch die genannten Informationsprobleme verunsichert (>3.1.4). Kein anderer mit persönlichen Dienstleistungen befasster gesellschaftlicher Sektor war in einer vergleichbar komplexen Notsituation, in der viele PSOs waren, nämlich Dienstleistungen bei unklarer ökonomischer Perspektive weiter erbringen zu müssen. Krankenanstalten mussten PatientInnen behandeln (allerdings wurde der Betrieb teilweise zurückgefahren), Schulen mussten SchülerInnen weiter unterrichten (wenn auch im Fernunterricht), es ist aber nicht bekannt, dass MitarbeiterInnen von Krankenhäusern oder LehrerInnen wegen des LD gekündigt worden wären. Umgekehrt gab es im Gesundheitssektor den Rehabilitationsbereich, in dem die Dienstleistungen komplett eingestellt wurden, die Betreiber aber vollen Kostenersatz erhielten. Hotels, Gaststätten, Theater etc. schließlich hatten wohl wirtschaftliche Probleme, allerdings keine KundInnen zu bedienen.

Die zu diesem Informationsthema eingelangten Meldungen wurden schwerpunktmäßig in sieben Unterthemen zusammengefasst, wobei es bei einer solchen Einteilung naturgemäß Überlappungen gibt. Im Vordergrund standen bezüglich des Umgangs mit dem Infektionsrisiko Klagen über fehlende, unklare bzw. verspätete Informationen von Seiten der FGs (A-1), unpassende (A-2) sowie einander widersprechende und sich häufig ändernde Informationen (A-3). Fehlende Informationen über zu beachtende Risikofaktoren und das konkrete Vorgehen bei Erkrankungen waren ein spezielles Thema, das Unsicherheit verursachte (A-4). Die Informationsweitergabe innerhalb der PSOs war aus den genannten Gründen schwierig (A-5). Fehlende bzw. unklare Information von den FGs zur Weiterfinanzierung der PSOs (A-6) und Unsicherheit über die Erstattung von coronabedingten Mehrkosten (A-7) verkomplizierten die schwierige Lage der PSOs.

A-1 Fehlende, unklare und verspätete Information von Seiten der Fördergeber

Mehrfach beklagt wurde, dass von den FGs überhaupt keine Information kam. Angesprochen wurde auch mehrmals, dass durch die FGs lediglich „Empfehlungen“ abgegeben wurden, wodurch ein gewisser Reaktionsspielraum suggeriert wurde, der zum Teil positiv („Gestaltungsspielraum“), zum Teil negativ („es waren letztlich doch Anordnungen gemeint“) gesehen wurde, womit sich die Frage ergab, wer im Ernstfall eines größeren Problems zur Rechenschaft gezogen werden würde. Da bei manchen Betreuungskonstellationen (z.B. Tagesstruktureinrichtungen) durch die Kundmachung der LD-Regeln ein Schließen der Einrichtung nahelag, war es für manche PSOs besonders belastend, dass hier einige Tage lang keine Information von Seiten des FG kam.

*Vorgaben und Empfehlungen, generell irgendeine Reaktion seitens des Fördergebers blieben aus!!!
Jede Organisation musste v.a. anfangs selber schauen, wie, was, wo und wann. Es war unklar, ob die Tagesstrukturen schließen können oder sollen oder müssen. Keine Infos von Behörden oder Fördergebern.*
(ORG-V207)

Eines der Probleme war jedoch, dass viele Informationen von der Politik und vom Fördergeber als Empfehlungen beschrieben wurden. Empfehlung bedeutet, es kann/darf auch andere Herangehensweisen geben - dies wurde jedoch seitens der Fördergeber enger gesehen und brachte Unsicherheit. Die Empfehlungen sollten doch sehr korrekt umgesetzt werden. (BER-M180).

Bei Inkrafttreten der Verordnung zu den Ausgangsbeschränkungen gab es keine Stellungnahme des FG, ob Einrichtung geschlossen oder offengehalten werden soll. Einige Tage später ließ der FG wissen, dass die Einrichtungen offen sein sollten. Wir haben also einen Notbetrieb eingerichtet. TeilnehmerInnen, die den Alltag zu Hause nicht aushalten konnten, kamen wieder in die Tagesstruktur, wo alle Sicherheitsmaßnahmen eingehalten werden mussten. Abschließend kann gesagt werden, dass die Situation für Trägerorganisationen sehr unbefriedigend war, da es an rechtzeitigen und klaren Regelungen fehlte. (BER-V164)

A-2 Nicht zutreffende Information

Besonders bemerkenswert sind Schilderungen darüber, dass zwar Informationen vom FG erhalten wurden, diese aber nicht zum Tätigkeitsfeld der PSO passten. So wurde etwa von manchen FGs nicht beachtet, dass Regelungen für große Behindertenheime nicht auf kleine Wohngemeinschaften oder private Wohnungen zutreffen, deren BewohnerInnen von PSOs mobil betreut werden. Zwischen den Zeilen dieser Aussagen steht der Vorwurf, dass die FGs nicht wissen, wie die PSOs im Detail arbeiten.

Informationen vom FG für die Umsetzung der Regierungsmaßnahmen kamen spät, auch nicht passend für die Einrichtung ... Wohnbetreuung ist nicht gleich Heimbetreuung, es sind weder Pflegekräfte, Ärzte noch Vollverpflegung im Haus. (BER-R301)

Teilweise war feststellbar, dass viele Vorgaben für den sozialpsychiatrischen Bereich eher auf Beratungseinrichtungen und mobile Betreuung zugeschnitten waren und die Situation in Tagesstrukturen nur wenig berücksichtigt wurde. (MIT-R233)

A-3 Unterschiedliche und sich ständig ändernde Informationen

Manche PSOs beklagten sich, dass zwar Informationen erhalten wurden, diese aber widersprüchlich waren. Dies galt besonders für den Fall, dass eine PSO mehrere FGs hatte. Thematisiert wurde ebenfalls, dass sich die ankommenden Informationen häufig änderten und die Weitergabe an die MitarbeiterInnen schwierig war.

Unterschiedliche Informationen zum Vorgehen bei Verdachtsfall. Mit Maske, ohne Maske? Sofortige Freistellung oder abwarten? Handlungsleitlinien, Richtlinien werden ständig korrigiert und verändert - keine klaren Vorgaben. (ORG-V081)

Da unterschiedliche Vorgaben für die Wiederinbetriebnahme seitens unserer vier Fördergeber bestehen, ist eine einheitliche Vorgangsweise schwer zu realisieren. (ORG-M188)

Wichtige Informationen mussten über Mail verschickt werden, hoher Interpretationsspielraum machte häufiges Nachfragen einzelner MitarbeiterInnen nötig. Sehr häufig rasch veränderte Informationen brauchten ein hohes Maß an Flexibilität. (ORG-R290)

A-4 Fehlende Information über Risikofaktoren und das Vorgehen bei Erkrankungen

Ein besonders gravierendes Problem für die Gestaltung der Betreuungsabläufe war, dass keine klaren Informationen zur Verfügung standen, wer zu einer Corona-Risikogruppe gehörte und wer nicht, was sowohl für die PSO-BetreuerInnen als auch für ihre KlientInnen galt. Der diesbezügliche Mangel erschwerte auch die Gestaltung von Dienstplänen (>B3-2). Es fehlten auch klare Informationen über die Vorgangsweise für den Fall, dass KlientInnen erkrankten.

*Fehlende Orientierung im Umgang mit Risikogruppen: betrifft sowohl Klient*innen als auch Mitarbeiter*innen. Wir haben unsere mobilen Mitarbeiter*innen als Gefahrenquelle für Klient*innen*

eingestuft, die einer Risikogruppe angehören. Mit mangelnder Schutzausrüstung, um in der Wohnung zu betreuen (Stichwort FFP2 Masken ohne Ventil), wird es dann noch weiter erschwert bzw. unmöglich, ein geeignetes Betreuungssetting aufzubauen. (ORG-V231)

Zu Beginn der Corona Krise war über einen längeren Zeitraum die Information zu folgenden Themen zu wenig konkret: Welche Schutzausrüstung erhalten wir in den Einrichtungen bei einer Covid-19 Erkrankung von betreuten Personen? Wie ist die konkrete Vorgehensweise im Falle einer Covid-19 Erkrankung in Einrichtungen? (BER-M180)

A-5 Folgen für die Informationsweitergabe innerhalb der PSOs

Die Informationsunsicherheit auf Ebene der Führungskräfte setzte sich notgedrungen im Bereich der mit der Betreuung der KlientInnen tätigen MitarbeiterInnen fort. Bei großen PSOs mit mehreren Betreuungsmodalitäten (wie z.B. mobilen Diensten, Tagesstrukturen und Voll- bzw. Teilbetreutem Wohnen) wurde mehrfach als Problem geschildert, dass Informationen von der Leitungsebene nicht klar und rasch genug weitergegeben wurden, jedoch wurde auch Verständnis dafür geäußert, dass die Geschäftsführung selbst nicht ausreichend informiert war. Und es wurde die Organisationsleitung auch dafür gelobt, dass sie trotz der schwierigen Informationssituation das Beste für die MitarbeiterInnen tut.

Am 13.5. wurden auf Anweisung der Geschäftsführung die Einrichtung geschlossen und die Klienten sofort nach Hause geschickt, ohne weitere Informationen, wie es weitergeht. Es folgten Tage der Verunsicherung, täglich neue und widersprüchliche Dienstanweisungen - Homeoffice, Telefonieren, doch nicht, in den Dienst kommen, nein, doch nicht, Dienstbesprechungen via Whatsapp, am Wochenende, spät in der Nacht. Dann Klärung: Die Betreuung der Klienten wird auf Telefon umgestellt. (MIT-M425)

*Ambivalente Botschaften der Leitung. Einerseits Vorschreibung des Home-Office und telefonische Kontakte mit den Klient*innen, andererseits Aufforderung, die Klient*innen persönlich zu treffen. Erhöht die persönliche Verantwortung in der Ausnahmesituation nochmals. Druck auf Mitarbeitende, falls etwas passieren würde und man/frau als Betreuer*in nicht persönlich in Kontakt war.* (MIT-V236)

Unsicherheiten und Widersprüche bezüglich der rechtlichen Situation und Vorgaben haben dem Team bzw. der Einrichtungsleitung viel Improvisationsfähigkeit abverlangt. (MIT-R233)

Ich fühle mich etwas unsicher bzw. es sind so viele Informationen im Umlauf und Handhabungen bzw. ich verliere den Überblick. Ich bin sehr froh, in so einem tollen Team zu arbeiten und so einen Rückhalt zu bekommen. Unsere Leitung nimmt sehr viel Rücksicht auf unsere Bedürfnisse und schmeißt sich echt ins Zeug für uns. Das ist echt eine Entlastung und ich fühle mich sehr gut aufgehoben. (MIT-M448)

A-6 Unklare Information der Fördergeber zur Weiterfinanzierung der PSOs

Informationen über die Weiterfinanzierung von Leistungen blieben seitens der FGs vielfach aus, während Fixkosten für Mieten und Gehälter weiter anfielen. Für den Fall, dass Informationen kamen, waren sie nicht selten unvollständig, d.h., sie berücksichtigten z.B. nicht alle Betreuungsmodalitäten und auch nicht alle Aspekte des Ablaufs einer bestimmten Betreuungsmodalität. Die Verzögerung im Eintreffen der Informationen zur allfälligen Weiterfinanzierung von Seiten der FGs führte zu vermehrtem administrativen Aufwand. Eine Folge des Informationsmangels für MitarbeiterInnen der PSOs war, dass zu der Angst vor einer Covid-19-Infektion noch die Angst vor einem drohenden Jobverlust hinzukam (>B3-1).

Sehr lange keine Rückmeldung vom FG bezüglich Finanzierung. Es stand im Raum, dass telefonische Betreuung nicht finanziert wird. Viel Personalressourcen gingen in die Abklärung der

Rahmenbedingungen für Kurzarbeit, Kündigungen wurden in Erwägung gezogen und teilweise ausgesprochen. (BER-V164)

Unsere Fördergeber haben eine Weiterzahlung der Tagsätze und Pauschalen auch bei Schließung der Einrichtung zugesagt. Ein großes Defizit entsteht aber dadurch, dass freie Plätze nicht nachbesetzt werden können und hierfür die Tagsätze nicht geleistet werden. Große Ausfälle gibt es in den Bereichen, die durch eine Leistungsfinanzierung (nur die geleistete Stunde wird bezahlt) gedeckt sind und nicht in bisheriger Anzahl durchgeführt werden kann. (ORG-M188)

Mitarbeiter hatten einerseits Angst vor Ansteckung und andererseits Angst um den Job oder vor Kurzarbeit. Da viele Teilzeit arbeiten, ist eine Verkürzung des Gehalts auf 80 bis 90% ein finanzielles Problem. (BER-V164)

Dann natürlich auch die Angst selbst zu erkranken. Und die Sorge, wie sich diese Situation auf unseren Arbeitsplatz auswirkt. Werden wir das finanziell schaffen - da wir von Förderungen leben - und es eher so aussieht, als ob die Regierung eher auf Konzerne setzt mit ihren Hilfspaketen, aber die sozialen Einrichtungen möglicherweise vernachlässigen werden. (MIT-V245)

Ängste um den Verlust des Arbeitsplatzes und Einkommens. (MIT-R405)

Aus vereinzelt Meldungen war ersichtlich, dass sich manche PSOs – im Gegensatz zum generellen Trend – vom FG über die Weiterfinanzierung ausreichend informiert sahen.

Finanzierungssicherheit war gegeben; Info kam rasch. (ORG-M274)

Ob es im Bereich der Finanzierung der sozialpsychiatrischen Leistungen Probleme gab, kann angesichts des in diesem Sektor vorherrschenden Ermessensspielraums davon beeinflusst worden sein, wer der FG ist (z.B. Sozialabteilung eines Bundeslandes oder Arbeitsmarktservice) und in welchem Bundesland eine PSO tätig ist, schließlich auch davon, ob nur eine (und welche) oder mehrere Betreuungsmodalitäten betroffen waren (z.B. Voll- bzw. Teilbetreutes Wohnen, mobile Betreuung, Beschäftigungsprojekt). Auch welcher Bezahlmechanismus zur Anwendung kam (z.B. Globalbudget, Pauschale, Einzelleistungsverrechnung), kann eine Rolle dafür gespielt haben, ob es zu Informationsproblemen in Bezug auf die Weiterfinanzierung durch den FG kam. Da die Studie anonym war und in den erhaltenen Antworten keine oder nur unsichere Information zu diesem Thema zur Verfügung stand, kann es hier nicht im Detail analysiert werden. Fest steht, dass es oft Probleme gab.

A-7 Unklarheit über die Erstattung von coronabedingten Zusatzkosten

Ein weiteres betriebswirtschaftlich relevantes Thema war der Informationsmangel darüber, ob und wie coronabedingte Zusatzkosten der PSOs (etwa für eigens gekaufte Schutzausrüstung oder Telekommunikationsmittel) vom FG erstattet werden würden.

*Wir haben relativ rasch fast alle Mitarbeiter*innen mit Smartphones ausgestattet, um eine direkte Kontaktaufnahme mit Klient*innen zu ermöglichen. Die Kosten für die Anschaffung und die nachfolgenden und anhaltenden Folgekosten (Datengebühren, Telefongebühren,) werden uns und unsere Fördergeber in Zukunft noch beschäftigen. Wir bewegen uns hierbei im hohen 5-stelligen Eurobereich.* (ORG-M188)

Wir befürchteten Szenarien, sich in den öffentlichen Verkehrsmitteln anzustecken. Wir haben versucht, durch großzügige Freistellungen und KM-Geld für Nutzung des Privat-PKWs Entlastung zu schaffen, alles allerdings ohne Finanzierungszusagen seitens des FG, d.h. auf unser eigenes Risiko hin. (ORG-V231)

Finanzierung unklar, erst später über Projektförderung möglich einzureichen. Die Möglichkeit zur Projektförderung ist aus unserer Erfahrung aus den vergangenen Jahren nicht gleichbedeutend

damit, dass die Finanzierung zugesagt ist! Hätte der FG bspw. darauf vertraut, dass Mitarbeitende im Träger eingesetzt und die Ressourcen intern korrekt verteilt werden, wäre es wesentlich leichter gewesen, anstelle später alles über Projektförderung gegenzurechnen. (ORG-V207)

B Organisatorische Probleme der PSOs: Reduktion des Infektionsrisikos, Homeoffice und Personaleinsatz im Lockdown

Es ist in gewisser Weise verständlich, dass die FGs – wie alle Bereiche der Gesellschaft – vom LD überrascht und überfordert waren und sie deshalb aus Ratlosigkeit die PSOs zu Beginn des LD vielfach alleingelassen haben. Die PSOs konnten ihre KlientInnen aber nicht alleinlassen. Die Weiterführung der sozialpsychiatrischen Betreuung war notwendig, diese musste allerdings der Notsituation entsprechend angepasst werden. Im Folgenden werden die zahlreichen diesbezüglichen Rückmeldungen von Führungskräften und BetreuerInnen der PSOs in drei Themenbereichen dargestellt, die eng miteinander zusammenhängen.

Erste Priorität der PSOs war es, angesichts des komplexen Unterstützungsbedarfes ihrer KlientInnen Mittel und Wege zu finden, die sozialpsychiatrische Betreuung möglichst in persönlichen Begegnungen aufrechtzuerhalten. Welche präventiven Maßnahmen zur Reduktion des Infektionsrisikos gesetzt wurden, und wo deren Grenzen waren, wird im ersten Abschnitt beschrieben (B1). Welche Probleme der immer wieder notwendige Umstieg auf telefonische und Online-Kommunikationsformen mit sich brachte, ist Gegenstand des darauffolgenden Abschnitts, der auch die Grenzen dieser Kommunikationsform in der sozialpsychiatrischen Betreuung von KlientInnen mit schweren Erkrankungen und komplexem Unterstützungsbedarf aufzeigt (B2). Im dritten Abschnitt werden dann die mit den beiden anderen Themen eng zusammenhängenden Probleme des Personaleinsatzes geschildert. Hier kommen zum Teil unterschiedliche Sichtweisen von Führungskräften und BetreuerInnen der PSOs zur Sprache (B3).

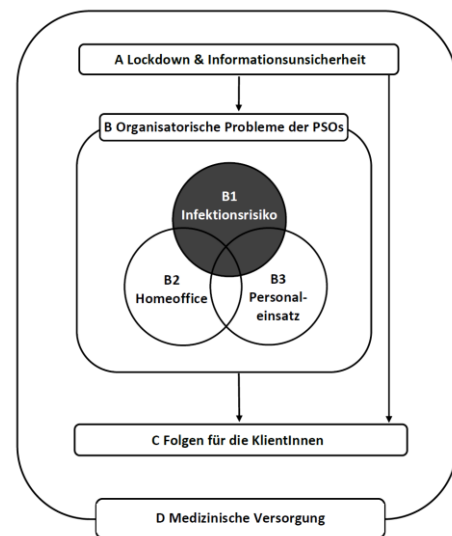
Insgesamt ergeben die detaillierten Schilderungen „von der Basis“ ein Bild von intensivem Stress für die PSOs und ihre MitarbeiterInnen während des ersten Corona-Lockdowns. Dies mag zum Teil der Abruptheit des Beginns des LD geschuldet sein, reflektiert aber auch die Randständigkeit dieses Sektors der wohnortnahen Betreuung von Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf wegen einer länger dauernden schweren psychischen Erkrankung. In einer Äußerung einer Führungskraft heite es:

Menschen mit Behinderung und/oder psychischer Erkrankung werden „gerne nicht gesehen“, Lösungen in der Betreuung dann zu finden, wurde auch nicht gesehen. Positiv, dass viele Menschen mit hohem persönlichen Einsatz und großer Bereitschaft zu unterstützen arbeiten und das mit einer Selbstverständlichkeit, die nicht selbstverständlich ist. (ORG-V207)

Die hier ausgedrückte Wertschätzung des hohen persönlichen Einsatzes derer, die die Betreuung mit großem Engagement in der schwierigen Situation weiterführten, kann man gut verstehen, wenn man die Berichte in den folgenden Abschnitten liest.

B1 Umgang mit dem Infektionsrisiko bei aufrechten persönlichen (face-to-face) Kontakten

Die Prävention einer Infektion mit dem Corona-virus stand naturgemäß im Vordergrund. Da persönliche Kontakte für die sozialpsychiatrische Betreuung essenziell sind, wurde durch zahlreiche Maßnahmen versucht, diese face-to-face-Kontakte so lange wie möglich aufrechtzuerhalten, bevor auf telefonische bzw. Online-Betreuung umgestellt werden musste. In den ersten Wochen des LD stand neben Fiebermessen, Handdesinfektion und Beachten des Auftretens von Symptomen die Beschaffung von Schutzmaterialien, in erster Linie von Mund-Nasen-Schutz-Masken und Desinfektionsmitteln, im Vordergrund. Dies bedeutete einen beträchtlichen administrativen Aufwand. Nicht nur waren für die meisten FGs im Sozialbereich keine Schutzmaterialien erhältlich („die Gesundheitsabteilung hat uns zurückgereicht“, s. unten ORG-R276), es gab von den FGs auch keine Information darüber, wo sie erhältlich sein könnten (was allerdings ein generelles Problem zu Beginn des LD war). „Abstandhalten“ spielte deshalb eine zentrale Rolle und die PSOs waren diesbezüglich recht erfinderisch: Zugangsmanagement, Umstellen von Möbeln; Reduktion von Gruppengrößen; Teilen von BetreuerInnenteams in Subgruppen; Einrichten von Schleusen; mobile Betreuung im Freien; Vermeidung bestimmter gemeinsamer Aktivitäten, die besondere Nähe zueinander erforderten – so lange, bis es unvermeidlich war, auf telefonische oder Online-Kontakte umzustellen, weil etwa Tagesstruktureinrichtungen geschlossen werden mussten. Krisenstäbe wurden eingesetzt, die die Lage laufend beobachteten und für unterschiedliche Betreuungsbereiche ständig adaptierte Maßnahmen vorschlugen.



Im Folgenden werden die zu dieser Thematik erhaltenen Meldungen in sechs einander überlappenden Problembereichen wiedergegeben. Zunächst geht es um die Beschaffung und den Einsatz von Schutzausrüstung und um Hygienemaßnahmen (B1-1), speziell auch um die Probleme beim Tragen von Mund-Nasen-Schutz-Masken in einem sozialpsychiatrischen Betreuungskontext (B1-2), um Maßnahmen zum Einhalten des Mindestabstands bei aufrechten face-to-face-Kontakten (B1-3) und um das Aussetzen von therapeutischen Aktivitäten, die enge physische Nähe erfordern (B1-4). Probleme im Umgang mit Angst vor Infektion, Verdachtsfällen auf Infektion und mit Fällen von nachgewiesener Infektion waren ein besonders belastendes Thema (B1-5). Manche PSOs haben Einschulungen zu Hygienevorschriften für ihre MitarbeiterInnen organisiert, und diese haben ihrerseits die KlientInnen instruiert (B1-6).

B1-1 Schutzausrüstung und Hygienemaßnahmen

Zu Beginn des LD herrschte ein genereller Mangel an Mund-Nasen-Schutz-Masken, aber auch an Desinfektionsmitteln und Schutzkleidung. Die PSOs haben deshalb auf verschiedenen Wegen – teilweise mit hohem administrativen und Kostenaufwand – versucht, zu Mund-Nasen-Schutz-Masken und zu Schutzkleidung zu kommen. Bis dies in ausreichendem Ausmaß gelang, dauerte es aber oft einige Wochen, was zu schwierigen Konstellationen führte, auch weil alternative Lösungen (z.B. Teambesprechungen und KlientInnenbetreuung über Telefon oder online) noch nicht ausreichend zur Verfügung standen (>B2-1) und das Abstandhalten in einigen Betreuungsmodalitäten schwer oder nicht möglich war. Manche PSOs fertigten Masken selbst an, machten Druck auf Fördergeber und Behörden, manche versuchten Schutzmaterialien aus dem Ausland zu bestellen (mit aller Unsicherheit, wann und ob diese überhaupt eintreffen würden, und ob die FGs diese bezahlen würden; >A-7). Fünf Monate nach LD-Beginn war die Beschaffung von Schutzausrüstung offenbar ein viel geringeres

Problem – während in der ersten Befragung vier von fünf PSOs einen Mangel meldeten, waren dies in der Nachbefragung Ende Juli 2020 nur mehr 10% (>3.1.4). Andere Maßnahmen betrafen die Anwendung von Desinfektionsmitteln, Überprüfen des Vorhandenseins von Symptomen, Fiebermessen und Einrichten von Schleusen.

Zu Beginn der Krise war die Versorgung der MitarbeiterInnen und KundInnen mit Schutzausrüstung schwierig, da es z.B. keine FFP2 oder FFP3 Masken zu kaufen gab. Von Förderstellen wurde, wenn überhaupt, nur nach erfolgter Erkrankung eines Kunden oder einer Kundin eine Ausrüstung zur Verfügung gestellt. Wir haben im Rahmen eines Krisenstabes teilweise mit großen finanziellen Ausgaben verbundene Entscheidungen getroffen und uns erfolgreich selbst organisiert: Masken (teilweise in unseren Werkstätten und durch Freiwillige selbst genäht) oder Bestellungen im Ausland (mit der Unsicherheit, wann, was, in welcher Qualität zu uns kommen wird). (ORG-M294)

Alle Dienstautos sind mit einer Pandemieschutz-Folie ausgestattet worden, um seit Mai wieder mit KundInnen zu Arzt/Apotheke/Einkauf fahren zu können. (ORG-R222)

Beschaffung von Schutzmaterial extrem schwierig, besonders in der Anfangsphase. Gesundheitsbereich hat Problematik nicht erkannt und die Gesundheitsabteilung hat uns zurückgereicht, Sozialabteilung hat nach langer Bemühung erste Erfolge erzielt. Eigene Bestellungen sehr aufwändig. Klare und rasche Unterstützung bei der Beschaffung von Schutzausrüstungen wäre essenziell. (ORG-R276)

Versorgung mit MNS, Handschuhen und Desinfektionsmittel erfolgte größtenteils in Eigenregie. (BER-R239)

Zusätzlich zur Betreuungsarbeit muss die Desinfektion des gesamten Werkraumes/Versorgungsbereiches und Teilbereiche des Wohnhauses von uns BetreuerInnen täglich durchgeführt und sichergestellt werden. Dazu wurden Listen erstellt und Zuteilungen getroffen. Diese Tätigkeit benötigt pro Tag zwischen 30 und 45 Minuten! Da das Haus für Besucher geschlossen wurde, es aber trotzdem zu Reparaturarbeiten und Lieferungen kam, musste darauf geachtet werden, dass Lieferanten und Handwerker in einer Besucherliste aufgenommen werden und mit MNS und desinfizierten Händen das Haus betreten. Dazu wurde beim Nebeneingang eine Desinfektions- bzw. Annahmestelle- bzw. Ausgabenstelle eingerichtet. (MIT-M419)

Es wurden von MitarbeiterInnen Masken im Homeoffice genäht. (MIT-M283)

B1-2 Probleme mit dem Tragen von Mund-Nasen-Schutz-Masken

Das Maskentragen führte zu mehreren Problemen. Abgesehen von Schwierigkeiten beim Atmen, ist das Tragen von Gesichtsmasken im psychiatrischen Bereich, in dem die subtile Kommunikation zentral ist, noch zusätzlich problematisch. So sind etwa die nonverbalen Aspekte der Interaktion kaum zu beurteilen. Mit den KlientInnen auf telefonische oder Online-Betreuung umzusteigen, hat allerdings auch viele Nachteile für die Kommunikation (> B2-5). Das Abstandsmanagement war deshalb besonders wichtig (> B1-3).

Das Tragen des Mund-Nasenschutzes empfinden viele als äußerst unangenehm; Klienten klagen über Beklemmungen und Atemnot. (MIT-R283)

Mundnasenschutz: sehr befremdend bei Entlastungsgesprächen und in der Krisenintervention. Man kann Mimik nicht ganz erkennen. Schwierig in der Intervention. (MIT-R146)

Tragen von Schutzmasken während der Tagesstruktur sehr anstrengend für die MitarbeiterInnen. (BER-M197)

B1-3 Maßnahmen zum Einhalten des Mindestabstands bei face-to-face Kontakten

Abstandhalten war eines der größten Probleme von PSOs, da ja die face-to-face Kontakte möglichst aufrechterhalten werden sollten. Die effektivste Maßnahme in Bezug auf das „Abstandhalten“ ist

zweifelloso die komplette Vermeidung von face-to-face Kontakten durch Umstellung auf telefonische bzw. Online-Kontakte (>B2). Während diese Umstellung für die PSO-interne Kommunikation im Prinzip möglich war (>B2-6), gab es für die Betreuung von KlientInnen bei manchen Betreuungstypen deutliche Grenzen für eine derartige Umstellung (>B2-5). Im Folgenden werden organisatorische Maßnahmen vor Ort, also bei zumindest teilweiser Aufrechterhaltung der ursprünglichen Art der Betreuungsleistung, besprochen. Hier waren die PSOs sehr kreativ. Die Möglichkeiten hingen sehr vom Betreuungstyp ab: Betreuung im Freien (bei ambulanter und mobiler Betreuung), Umstellen von Möbeln, Verringerung der Zahl von Personen, die gleichzeitig in einem Raum anwesend sind (Zugangsmanagement, geteilte Wartebereiche bei Ambulanzen, größere Räume suchen, Terminmanagement), Änderung der Angebotsstruktur (z.B. in Tagesstruktureinrichtungen Verlagerung von Aktivitäten ins Freie). Heikel war die Reduktion der Anzahl der gleichzeitig anwesenden KlientInnen in Tagesstruktureinrichtungen wegen des möglichen Einnahmenentgangs von Seiten des FG, wenn die Finanzierung über Tagsätze erfolgte (>A-6). Bei ambulanten und informellen tagesstrukturierenden Angeboten wurden Anmeldesysteme eingeführt, was die Niederschwelligkeit des Zugangs verringerte. In vielen PSOs wurden die multiprofessionellen Teams in Sub-Teams getrennt, so dass die Zahl der gleichzeitig anwesenden MitarbeiterInnen verringert wurde und das Einhalten von Abstand leichter war. Ein zusätzlicher Grund für das Aufteilen der Teams war auch, dass bei der Notwendigkeit einer Quarantäne diese auf ein Sub-Team beschränkt werden konnte. Als schwierig wurde auch beschrieben, zu planen, wie man bei Lockerungen schrittweise zum „Normalzustand“ zurückkehren könnte.

*Klient*innen im Wohnassistentenbereich wurden weiterhin persönlich außerhalb ihrer Wohnung mit Abstand und Masken betreut, da eine Reduzierung auf ein Minimum (wie vorgegeben) beim Großteil der Klient*innen nicht möglich war und die Stabilität massiv beeinträchtigt hätte. (ORG-M213)*

Die bisherigen Angebote können wir nicht mehr anbieten, weil unsere Räumlichkeiten zu klein sind, um die Abstandsregeln einhalten zu können. Wir haben aber einen Garten, den wir im Sommer nutzen können. Wie die Situation im Herbst und Winter sein wird, ist unklar. (BER-V087)

Ab KW 12 wurde die Essensausgabe im Speisesaal gestaffelt durchgeführt, um die Mindestabstände während des Essens und auch bei der Essensausgabe einhalten zu können. Es wurden Bodenmarkierungen gemacht, Sessel reduziert, um den nötigen Abstand zu wahren. Vorm Betreten des Speisesaals mussten alle Bewohner die Hände im Werkraum unter Aufsicht der BetreuerInnen gründlich waschen. In der Versorgungsgruppe musste die Anzahl der mitarbeitenden Menschen während der Essensausgabe reduziert werden, damit der nötige Abstand eingehalten werden kann. Die BetreuerInnen der Versorgungsgruppe waren/sind zusätzlich gefordert, da hier die Aufforderung zur Einhaltung der Hygienevorschriften laufend gemacht wird. Das Mittagessen für die MitarbeiterInnen/Besucher der Tagesstätte muss vorbereitet und portioniert werden und in einem dafür vorgesehenen Behälter vor die Eingangstüre gestellt bzw. nach dem Essen geholt werden. (MIT-M419)

Gleichzeitig haben alle Teammitglieder versucht, den öffentlichen Verkehr als Arbeitsweg zu vermeiden, und kamen mit Auto oder Fahrrad, um weitere Ansteckungsrisiken zu minimieren. (MIT-V381)

Während wir bisher ausschließlich sehr niederschwellig gearbeitet haben (keine Kenntnis von Name, Erwachsenenvertretung, Tel.Nr.), müssen wir zukünftig aufgrund des Infektionsrisikos notwendige Daten erheben. (BER-V087)

Möglichkeiten zum Abstand halten durch Umstellung der Möbel, Änderung von Abläufen zB Medikamentenausgabe, gestaffelte Essensgruppen. (ORG-M242)

Vermeidung von allen MitarbeiterInnen an einem Tag gleichzeitig im Beratungszentrum; Absprache mit anderen MitarbeiterInnen anderer Angebote ... Logistische Herausforderung. Umkrempeln des Angebotes... Niederschwelligkeit eines Angebotes wird ausgesetzt, stattdessen Zutrittskontrolle.

(ORG-M204)

Mit den Lockerungsmaßnahmen kamen neue Herausforderungen auf uns zu, unter anderem die Einrichtung eines Besucherraumes im Haus, der neben genug Platz auch die Möglichkeit zur Reinigung der Hände bieten muss und möglichst gut erreichbar für die Besucher sein soll. Es wurde entschieden, dass das Arztzimmer, wo auch die Medikamenteneinnahme zu Mittag stattfand, dafür verwendet wird. Für diese Öffnung des Hauses mussten wiederum neue Vorschriften beachtet werden (WC-Benutzung, Terminvereinbarung in Vorfeld, Infoblatt bzgl. Verhalten im Haus für Besucher, Temperaturliste ...) und beaufsichtigt werden durch das Personal. Dies stellt einen zusätzlichen Arbeitsaufwand dar.

(MIT-M419)

B1-4 Aussetzen von therapeutischen Aktivitäten, die enge physische Nähe erfordern

Wenn das Abstandhalten und das Maskentragen nicht möglich oder therapeutisch nicht zweckdienlich waren, dann wurden die entsprechenden Aktivitäten ausgesetzt. Dies kam einer Verarmung des therapeutischen Angebots gleich, weil ja gerade das „gemeinsame Tun“ ein wesentlicher Aspekt sozialpsychiatrischer Maßnahmen ist, wodurch diese sich von den meisten Formen von Psychotherapie oder ärztlichen Gesprächen in Ordinationen unterscheiden.

Grundsätzliche Herausforderungen: Durch die Corona-Krise konnte all das, was eine Tagesstruktur ausmacht, nicht mehr durchgeführt werden: gemeinsames Kochen, Arbeiten, Spielen, Bewegung, Entspannung, ... soziale Kontakte, körperliche Nähe. Eine Tagesstruktur lebt von Gemeinschaft und Austausch auf engem Raum mit unterschiedlichsten Personen.

(MIT-R412)

Abstandsregelung: im Betreuungsalltag beim gemeinsamen Zubereiten von Speisen, Unterstützung bei Körperpflege, Medikamentenausgabe, nicht möglich.

(MIT-R146)

Den Wegfall der Gruppenangebote erleben die Klienten und ich als großen Verlust. Vieles, was im gemeinsamen Tun entsteht und beobachtet werden kann, wirkt heilsam und strukturierend, kann für Reflexion genutzt werden, schafft Erfahrungswerte ... das ist nun alles weg. Wird, wenn überhaupt, nur sehr anders wieder möglich sein.

(MIT-M437)

B1-5 Umgang mit Angst vor Infektion, Verdachtsfällen auf Infektion und mit Fällen von nachgewiesener Infektion

Hier gab es besonders große Probleme, zunächst wegen des Fehlens von Richtlinien (>A-4), dann aber auch, weil es – zumindest in den ersten Wochen – nur sehr eingeschränkte Testmöglichkeiten gab und sich die Übermittlung der Ergebnisse bei stattgefundenen Testungen verzögerte. PSO-BetreuerInnen befürchteten, sich und die Klientinnen anzustecken. Bei Verdacht wurden MitarbeiterInnen in Heimquarantäne geschickt (>B3-1). Es wurde beklagt, dass sich die lokalen Gesundheitsbehörden bezüglich dieser Themen völlig unterschiedlich verhielten.

Sehr langes Warten auf Testung bei Verdachtsfall. Klientin musste 10 Tage in Zimmerquarantäne ausharren, erlitt deswegen psychotische Dekompensation und musste hospitalisiert werden (war erst möglich, nachdem neg. Testergebnis vorlag).

(ORG-V150)

Noch größere Verunsicherung und Quarantäne für fast das ganze Haus aufgrund 2er Covid-Erkrankungen des Reinigungspersonals – Folge: Ängste wegen Risikopatienten in WG (zusätzlich zur psychischen Erkrankung); Maskenpflicht wurde eingeführt – Distanz einhalten schwierig – dutzende räumliche und personelle Umstellungen notwendig; Einstellung des Küchenbetriebes; während 1-wöchiger Quarantäne Telefondienst quasi rund um die Uhr, auch am Wochenende (ich als Leitung), Einkauf und MED-Versorgung durch „Sekretärin“ notfallsweise, weil alle Betreuer in Quarantäne waren.

(BER-M302)

Ein Problem ergab sich am Anfang der Krise aufgrund von Krankenständen. Die Betroffenen waren nicht sicher, ob es sich um Covid19 handelte oder nicht, sollten aber sicherheitshalber zu Hause bleiben. Tests standen uns nicht zur Verfügung, wir wussten auch lange nicht, ob die Klientin erkrankt ist oder nicht. Da wir sehr eng miteinander arbeiten, sind wir alle davon ausgegangen, dass das ganze Team von Covid19 betroffen wäre, wenn eine Person daran erkrankt. (MIT-V347)

Zu Beginn der Corona Krise war es nicht möglich, Tests für MitarbeiterInnen zu erwirken, auch wenn diese in Krisengebieten unterwegs waren. Durch den engen Kontakt mit unserer Klientin herrschte im Team bezüglich Ansteckungsrisiko und -möglichkeit große Unsicherheit. (BER-V227)

B1-6 Einschulung von MitarbeiterInnen und KlientInnen in Hygienevorschriften

Große PSOs schulten ihre MitarbeiterInnen und diese instruierten ihre KlientInnen im Hinblick auf das Einhalten von Hygienevorschriften (>C-4).

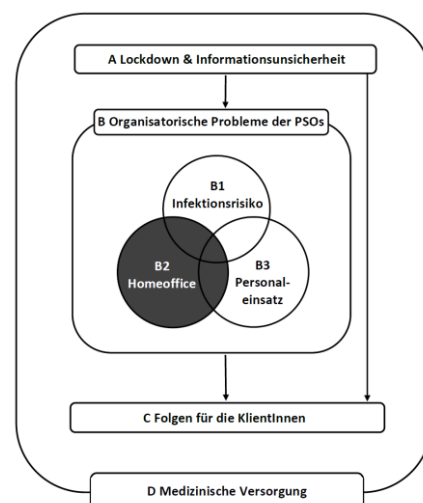
In dieser Woche gab es bereits ab 11.3. täglich in der Früh die ersten Einschulungen und Infos über erste Coronamaßnahmen (Handhygiene, Abstand, Symptome, Infohotlines,...). (BER-R103)

Am Dienstag, 17. März bekamen wir zusätzlich 8 BewohnerInnen in die Tagesbetreuung dazu. Natürlich musste für diese ein angemessener Arbeitsplatz eingerichtet werden und auch sie bzgl. Hygienemaßnahmen in der Gruppe informiert werden und diese mit ihnen trainiert werden. Die Einhaltung des vorgeschriebenen Mindestabstandes war aufgrund der räumlichen Gegebenheiten sehr schwierig. (MIT-M419)

Seit Bestehen der Lockerungsmaßnahmen wurden mit den BewohnerInnen verschiedene Abläufe beim Einkaufen oder bei Bankgeschäften trainiert, damit diese wieder ohne Begleitung und möglichst achtsam in Bezug auf die Corona-Maßnahmen ihre privaten Besorgungen erledigen können. Dies muss/musste mit manchen BewohnerInnen mehrmals trainiert werden, damit sie die nötige Sicherheit dabei erhalten. Wir MitarbeiterInnen sind dabei gefordert, diese Einschulungen zu koordinieren (max. 2 BewohnerInnen/BetreuerIn), damit die Betreuung der BewohnerInnen, die im Haus verbleiben, gewährleistet ist. (MIT-M419)

B2 Homeoffice und telefonische bzw. Online-Kommunikation

Wie im vorangehenden Abschnitt geschildert, versuchten viele PSOs, die persönlichen Kontakte durch Schutzmaßnahmen, wie das Maskentragen und konsequentes Abstandsmanagement, möglichst lange aufrechtzuerhalten, was aber oft an Grenzen stieß, nicht zuletzt auch deshalb, weil ein Mangel an Schutzausrüstungen bestand. Auch entstand im LD – ähnlich wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen – auf die PSOs ein Druck, zum Zwecke der Reduktion des Infektionsrisikos face-to-face Kontakte zu vermeiden und auf telefonische bzw. Online-Kommunikation umzusteigen. Dies bedeutete zum einen, dass Teambesprechungen zwischen den MitarbeiterInnen der PSOs nicht mehr persönlich, sondern telefonisch oder per Online-Kommunikation aus dem Homeoffice stattfinden sollten, was prinzipiell möglich war, wenngleich der Umstieg mit zahlreichen Problemen behaftet war. Zum anderen war diesbezüglich auch die Kommunikation zwischen BetreuerInnen und KlientInnen betroffen. Dies zu realisieren, stieß jedoch selbst wieder vielfach an Grenzen, da die sozialpsychiatrische Betreuung von Personen mit komplexem Unterstützungsbedarf essenziell persönliche Begegnungen und Bewegung im öffentlichen Raum erfordert. Eine große Zahl von Rückmeldungen befasste sich naturgemäß mit diesem Dilemma der sozialpsychiatrischen Versorgung: Wieweit können bei welchen Betreuungsmodalitäten mit



welchen präventiven Maßnahmen face-to-face Kontakte aufrechterhalten werden (>B1)? In welchen Betreuungsmodalitäten und in welchen Situationen ist dies nicht mehr möglich und es muss auf telefonische bzw. Online-Kommunikation umgestellt werden? Diese Problem war für viele PSOs wegen der Unsicherheit der Weiterfinanzierung noch einmal komplexer (> A-6, A-7).

Die beim Umstieg auf Homeoffice und telefonische bzw. Online-Kommunikation entstandenen Probleme sind hier in sechs einander überlappenden Themenbereichen dargestellt: Technische Probleme (B2-1), Stress für MitarbeiterInnen im Homeoffice (B2-2), Dokumentations- (B2-3) und Datenschutzprobleme (B2-4), Probleme für die KlientInnenbetreuung (B2-5) und Kommunikation zwischen Teammitgliedern (B2-6).

B2-1 Mangel an technischer Ausrüstung und an Kenntnissen im Umgang mit der Technik

Da in den PSOs Notebooks und Mobiltelefone vielfach nicht (oder nicht in ausreichender Quantität oder Qualität) zur Verfügung standen, mussten MitarbeiterInnen, wo immer nötig und möglich, ihre eigenen Geräte verwenden. Die Beschaffung von zusätzlichen Geräten war schwierig, nicht zuletzt wegen der offenen Frage der Kostenübernahme durch die FGs (>A-7). Im täglichen Betrieb ergab sich auch das Problem der Qualität der Internet- und Telefonverbindungen und der Kosten im Hinblick auf das Datenvolumen. Ein zusätzliches Problem war, dass manche KlientInnen kein Mobiltelefon besaßen.

*Anfänglich bestand die größte Herausforderung darin, über 300 Mitarbeiter*innen technisch so auszustatten, dass Homeoffice bzw. die Betreuung der Klient*innen von Zuhause aus möglich wurde.*
(ORG-M188)

Wir waren technisch überhaupt nicht für Homeoffice eingerichtet.
(BER-R275)

Ein Konto zu Videokonferenz wurde eingerichtet – dieses geht nur mit Kreditkarte, die unser sozialer Verein nicht hat. Es läuft nun über eine private Kreditkarte, was nicht optimal ist.
(BER-V105)

Internetverbindung nur über Datensticks des Arbeitgebers, viel zu geringes Datenvolumen für mobiles Arbeiten, keinerlei Einsicht der Arbeitnehmer, inwieweit noch Datenvolumen vorhanden ist. Zuerst wurde noch dezidiert das Nutzen des privaten WLANs verboten, gezwungenermaßen musste doch darauf zugegriffen werden, da ansonsten keinerlei Arbeitsmöglichkeiten mehr bestehen.
(MIT-R171)

B2-2 Homeoffice bedeutete große Belastungen für BetreuerInnen

Die Telefon- und Online-Kommunikation an sich wurde als belastend erlebt. Zum Teil waren Internetverbindungen instabil, zum Teil war wenig Erfahrung mit Online-Kommunikation vorhanden, weswegen große PSOs für MitarbeiterInnen Trainingssitzungen organisierten. Zusätzlich belastend war die allseits bekannte Schwierigkeit, den privaten und den beruflichen Bereich im Homeoffice zu trennen, sowohl im räumlichen als auch im psychischen Sinn, was zum Teil zu Konflikten in der Familie führte. Stress entstand auch durch das (mit Sorgen auf Seiten der MitarbeiterInnen begründete) Angebot an KlientInnen, im Krisenfall einfach anzurufen (>C-3).

Für einige MitarbeiterInnen stellte sich heraus, dass die Trennung zu Hause und Arbeitsplatz zusätzlichen Stress verursacht. Zudem gab es MitarbeiterInnen, die immer das Gefühl hatten, ihr Handy ständig eingeschaltet haben zu müssen, da sie keinen Überblick mehr über ihre schon getätigte Arbeit hatten.
(ORG-R117)

Die Telefonate von zu Hause aus schafften eine Situation, die KlientInnen zu Hause zu haben; keine Trennung zwischen Arbeit und privat möglich; kein Rückzugsraum sozusagen.
(BER-R152)

Probleme Arbeitsalltag: Umstellung auf Home-Office, Veränderungen in Arbeitsweise, Informationsflut, Austausch/Organisation mit KollegInnen nur mehr telefonisch oder via Skype (z.B.

Teambesprechungen) oder auch Whatsapp >>> verursachte Stress; Umgang: Versuch, Tag/Arbeit gut zu strukturieren und zu planen, an freien Zeiten (außerhalb des Dienstes und auch während Pausen) wirklich Handy und E-Mail ausschalten, nicht dauernd drauf schauen und Angst haben, etwas zu verpassen, Freizeit aktiv gestalten, viel raus gehen (in den Wald mit dem Hund), Sport machen >>>> mit der Zeit Gewöhnung an neue Arbeitssituation, viel spielt sich ein. (MIT-R094)

Die verstärkten Telefonkontakte waren für mich anstrengender als face-to-face Betreuungen. (MIT-V337)

B2-3 Dokumentationsprobleme

Im Homeoffice war es schwierig, die Aktivitäten mit den KlientInnen zeitgerecht und für die anderen Teammitglieder zugänglich zu dokumentieren. Auch der Zugriff auf vorhandene Informationen gestaltete sich schwierig. Dadurch ergaben sich auch Befürchtungen im Hinblick auf die Bezahlung der erbrachten Leistungen durch den FG, da dafür vielfach die dokumentierten Leistungen herangezogen werden.

*Mitarbeiter*innen der mobilen Wohnbetreuung waren auch davor mit Diensthandy ausgestattet. Im Vorfeld des Shutdown mussten Unterlagen aus der Dokumentation ausgedruckt und permanent bereits in Papierform mitgenommen werden, da Mitarbeiter*innen der mobilen Wohnbetreuung von zuhause keinen Zugriff auf die Software zur Klient*innendokumentation hatten. Neue Regeln zur Dokumentation der Tätigkeit in diesem Zeitraum mussten erarbeitet werden. (BER-V153)*

Die Dokumentation ist auch herausfordernd. Weil es für mich schwer zu beschreiben ist, wie nötig stützende Gespräche für die KlientInnen sind - und das meist täglich -, während der Geldgeber genaue Beschreibungen haben will, Testungen und Nachweise der Wirksamkeit der Betreuung. Ich habe mir genaue Tagespläne zurechtgelegt, habe meine Telefonate genau protokolliert und viel mehr als üblich dokumentiert. (MIT-M437)

B2-4 Datenschutzprobleme

Psychiatrie ist ein besonders sensibler Bereich, wenn es um Datenschutz geht, da Stigma und Diskriminierung nie ausgeschlossen werden können, wenn bekannt wird, dass jemand wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung ist. Befürchtungen über mangelnden Datenschutz bezogen sich auf die Benutzung privater Telefone und Notebooks sowie die Anwesenheit von Familienmitgliedern der BetreuerInnen, die wegen beengter räumlicher Verhältnisse unter Umständen mithören konnten, wenn mit KlientInnen oder in Teamsitzungen über KlientInnen gesprochen wurde. Aus diesem Grund einigten sich manche PSOs für Teambesprechungen auf die Verwendung von Pseudonymen oder Kürzeln/Nummern anstelle der echten Namen der KlientInnen.

Viele datenschutzrechtliche und Dokumentationsfragen waren zu klären. Hat auch Veränderungen in der Erfassungs-EDV notwendig gemacht. (ORG-R276)

Auch der Datenschutz im Homeoffice, wo Unterlagen und Gespräche vielleicht beiläufig gehört und gesehen worden sind, ist eine offene Frage. (BER-R101)

Ein Großteil der Problematik war der Datenschutz. Wir haben es mit hochsensiblen Daten zu tun. Wieviel dieser Daten will ich zu Hause auf meinem Computer haben? Kann ich für die Sicherheit garantieren etc. Also immer wieder ins Büro fahren und dort die Infrastruktur nutzen, z.B. Anträge stellen, Infos per Mail an KlientInnen schicken, Dokumentation, Unterlagen von KlientInnen bekommen etc. Das war phasenweise doch sehr aufwendig auf dem Hintergrund, dass man im öffentlichen Raum sich so wenig wie möglich aufhalten sollte. (BER-R172)

Kommunikation auf allen Kanälen (email, whatsapp, sms, telefonieren), Chaos, Datenschutz konnte gar nicht mehr berücksichtigt werden (Angst vor Juristen plötzlich weg). (MIT-M404)

Sehr schnell bekamen wir von der Geschäftsführung das ok, über Skype Teams zu machen. Skype gilt als sicher. Statt Namen nennen wir KlientInnennummern. (BER-R172)

B2-5 Telefonische bzw. Online-Betreuung von KlientInnen

Manche KlientInnen hatten kein Telefon, andere, die ein Telefon hatten, konnten nicht erreicht werden (>C1). Während in manchen Äußerungen davon die Rede ist, dass es keine Probleme beim Telefonkontakt gab, wurde auch eine Überforderung von KlientInnen mit kognitiven Störungen konstatiert und die begrenzte Möglichkeit erwähnt, Krisen ohne persönliche Kontakte zu bewältigen. Dass beim Telefonieren die Mimik und Gestik nicht beurteilt werden können, wurde als großer Nachteil wahrgenommen, ebenso, dass sich Telefongespräche mit KlientInnen oft nur um „seichte“ Themen drehten. Manche KlientInnen konnten wegen der Anwesenheit von Familienmitgliedern nicht ungestört telefonieren. Es gab auch KlientInnen, die die niederschwellige telefonische Erreichbarkeit von BetreuerInnen schätzten (>C-3) und für die es „auf Distanz“ leichter war, über schwierige Ereignisse zu sprechen. Mit fortschreitender Zeit drängten viele KlientInnen auf persönliche Kontakte.

Telefonische Betreuung erfordert viel Flexibilität in der Arbeitseinteilung, da psychisch erkrankte Personen sich nicht unbedingt an Termine halten, sehr durchbrochene Arbeitszeiten; über Telefon Einschätzung der Befindlichkeit nicht so gut. (ORG-V167)

Einige Kunden sind telefonisch nicht erreichbar. (ORG-V230)

Logistische Herausforderung: Anleitungen für KlientInnen erstellen, technische Ausrüstung (PC, Internet) und technisches Verständnis der KlientInnen. (BER-R140)

Die meisten PatientInnen brauchen aber dringend menschliche persönliche Kontakte, Tagesstruktur mit anderen; das lässt sich ausschließlich telefonisch nicht machen. Mir kommt vor, die Energie „durchzuhalten“ im Krisenmodus sowohl bei den PatientInnen als auch bei uns Professionellen lässt deutlich nach. Ich fürchte, dass jetzt erst sichtbar wird, wie es PatientInnen wirklich geht. (MIT-M404)

Es ist anstrengend, hauptsächlich zu telefonieren! Persönliches Setting fehlt, besonders bei neuen KlientInnen. Mimik und Gestik des Gegenüber geht ab. Beschränkung auf die Akustik ist notwendig. Gesprächsinhalte sind eher seicht. (MIT-M270)

.. des Weiteren die Frage, ob man telefonisch Krisen einschätzen kann. Wie können Klienten zu Hause eine Tagesstruktur ... aufrechterhalten... wie ernst nehmen sie das Thema und halten die Sicherheitsmaßnahmen und Gegenmaßnahmen ein... (MIT-R096)

Die zu Beginn gute Möglichkeit, immerhin telefonisch in Kontakt zu bleiben, stellte sich nach 2-3 Wochen als schwierig heraus. Es ist zwar besser als nichts, ersetzt aber keinen persönlichen Kontakt. Die Gespräche sind schwieriger lebendig zu halten, viele Klient_innen blieben am Telefon eher oberflächlich und kurz angebunden. Bei den ersten persönlichen Angeboten war ein deutlicher Unterschied in der Beziehungsqualität wahrzunehmen. Das gemeinsame Tun (z.B. Spazieren), die Möglichkeit, länger zu schweigen und sich erst im Laufe des gemeinsamen Seins auf ein Gespräch einzulassen, ist meines Erachtens essenziell und am Telefon kaum bis gar nicht möglich. (MIT-V315)

Betreuung der KlientInnen über Telefon und Internet ist belastend für beide Seiten. Es ist schwer, eine gute Beziehung aufrechtzuerhalten, bzw. in Krisensituationen einzuschätzen, wie akut diese tatsächlich ist. Manche KlientInnen gewöhnten sich mit der Zeit an diese Art der Betreuung. Bei anderen mussten möglichst eingeschränkte persönliche Kontakte trotzdem stattfinden. (MIT-V341)

Es konnte in vielen Fällen gut besprochen werden, dass die Beratung anders verläuft als in der face-to-face Beratung, da der sinnliche Eindruck des anderen und die Veränderung der Mimik als Information und als menschlicher Zuwendungsfaktor während des Gesprächsverlaufs fehlt. Überwiegend bestand die Übereinkunft, dass die telefonische Beratung unpersönlicher ist, dass es schwieriger ist, sich auszudrücken. Manche machten auch die gegenteilige Erfahrung und

berichteten, dass es einfacher sei, durch die vorgegebene Distanz von schwierigen Ereignissen zu sprechen. Manche Klienten (es wurden alle angerufen und ihnen wurde eine telefonische Beratung angeboten) konnten sich keine telefonische Beratung vorstellen, da sie auf diese Weise nicht ihre Probleme erzählen und lösen könnten. Ihnen wurde aber nahegelegt, dass sie sich auf Wunsch auf alle Fälle in der Beratungsstelle melden könnten und dass sie, falls sie ihre Meinung ändern würden, immer telefonisch beraten werden könnten. Bei manchen Klienten waren Telefonate auch deshalb nicht möglich, da sie aufgrund der Anwesenheit von Familienmitgliedern nicht ungestört telefonieren konnten. (MIT-R385)

B2-6 Telefonische und Online-Teambesprechungen

Es gab viele positive Äußerungen, dass die Vernetzung über Videokonferenzen hilfreich war, und es wurde auch angedacht, dass – besonders bei langen Anfahrtswegen von Teammitgliedern – in Zukunft manche Teambesprechungen auch online abgehalten werden könnten. Freilich gab es auch Klagen, dass der in persönlichen Teammeetings mögliche informelle Kontakt fehlt, bei dem man sich auch neben der offiziellen Agenda austauschen konnte – die „zwischen-Tür-und-Angel-Gespräche“ wurden vermisst.

Es wird deutlich, wo das Unternehmen gut aufgestellt ist und wo wir uns verbessern müssen. Homeoffice und Telekonferenzen werden gebräuchlicher und erleichtern das Tagesgeschäft, da manche Wegzeiten zu diversen Standorten wegfallen. (ORG-V114)

Wir hatten schon vorher eine Whatsapp-Gruppe auf den Privathandys. Diese Gruppe haben wir am Anfang sehr intensiv genutzt für uns zur Orientierung und Diskussionen (Datenschutz wurde ernstgenommen, aber auch Psychohygiene). (BER-R172)

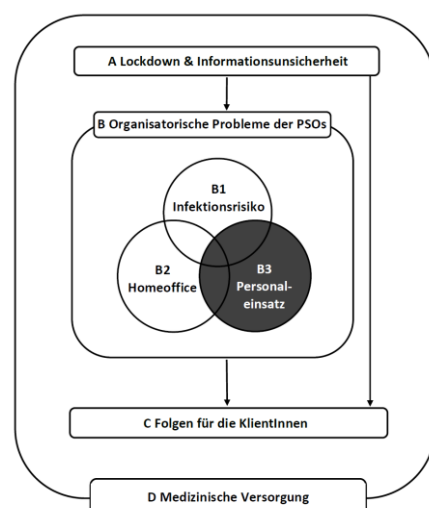
Auch war es durchaus eine Herausforderung für alle Beteiligten, die notwendige Kommunikation mit den neuen Medien durchzuführen (Teambesprechung mit 15 Personen via Zoom will geprobt sein!). (ORG-M188)

*Der regelmäßige persönliche Kontakt zu Kolleg*innen fehlt sehr, die "zwischen Tür und Angel-Gespräche" fehlen - der telefonische Austausch oder Teams über Zoom ist aufrecht, jedoch trotzdem etwas anders. Die Abstimmung mit Kolleg*innen wird erschwert, wie gehen andere Kolleg*innen damit um etc.* (MIT-M450)

*Mir fehlt der persönliche tägliche Kontakt zu Kolleg*Innen sehr, die Tür-Angel-Gespräche, die Möglichkeit, rasch mal ärztliche Auskunft einzuholen und die Supervision! In 2 Wochen erstmals Supervision per Zoom.* (MIT-M437)

B3 Personaleinsatz

Die coronabedingten Maßnahmen zur Verringerung des Infektionsrisikos bei face-to-face Kontakten (>B1) und die Umstellung auf telefonische bzw. Online-Kontakte (>B2), was beides oft sehr schnell erfolgen musste, gingen für Führungskräfte und BetreuerInnen mit schwierigen Aufgaben der Änderung des Personaleinsatzes bzw. der Dienstplangestaltung einher, zumal die Anzahl der für die KlientInnenbetreuung verfügbaren MitarbeiterInnen häufig variierte. Eine Problemlage war, dass plötzlich zu wenige MitarbeiterInnen zur Verfügung standen (z.B. wegen Quarantäne, Krankenstand, Risikofaktoren), eine andere, dass plötzlich zu viele MitarbeiterInnen vorhanden waren (z.B. bei Schließung von Tagesstruktureinrichtungen).



Auf manche, vorwiegend große PSOs (über die Hälfte der PSOs hatte mehr als 50 MitarbeiterInnen) trafen beide Problemlagen zu, wobei es wegen des Bezugsbetreuungssystems nicht einfach anging, MitarbeiterInnen von einem Betreuungsbereich in einen anderen zu versetzen. Bei unterschiedlichen Betreuungsmodalitäten (ambulante und mobile Betreuung, Tagesstruktur, Voll- und Teilbetreutes Wohnen etc.) waren die Probleme unterschiedlich gelagert, wie in manchen Äußerungen direkt zu sehen ist.

Beim Anpassen von Arbeitsprozessen ging es verständlicherweise nicht immer spannungsfrei zu, zumal durch die Unsicherheit der Weiterfinanzierung (bei Schließung von Einrichtungen oder Veränderung der vertraglich mit einem FG vereinbarten Betreuungsleistungen) bei manchen PSOs neben Kurzarbeit auch die Auflösung von Dienstverhältnissen ein Thema war, und die Angst den Arbeitsplatz zu verlieren, war bei den MitarbeiterInnen offenbar immer wieder vorhanden. Die mögliche Beantragung von Kurzarbeit und viele arbeitsrechtliche Fragen (etwa das Homeoffice betreffend) verkomplizierten die Probleme des adäquaten Personaleinsatzes, dessen Ziel es ja immer sein musste, die hohe Qualität der Betreuung der KlientInnen aufrechtzuerhalten, wobei die Anforderungen daran gerade in der Corona-Krise zunahmen (> C).

Für die von Führungskräften und BetreuerInnen beschriebenen Probleme wurden wiederum Subthemen identifiziert, die eng miteinander zusammenhängen und sich zum Teil überschneiden. Zunächst geht es um Probleme im Zusammenhang mit der aus verschiedenen Gründen häufig wechselnden Zahl der für die KlientInnenbetreuung zur Verfügung stehenden MitarbeiterInnen (B3-1). Das führte dazu, dass Arbeitsprozesse und Dienstpläne kurzfristig und häufig umgestellt werden mussten (B3-2). Schließlich geht es um administrative, besonders auch arbeitsrechtliche Fragen im Spannungsfeld zwischen Fördergebern, Führungskräften und MitarbeiterInnen der PSOs sowie besonders um die großen Unsicherheiten bei diesem Problembereich (B3-3).

B3-1 Wechselnde Verfügbarkeit von MitarbeiterInnen

Zugehörigkeit von MitarbeiterInnen zu einer Risikogruppe, Quarantäne und Krankenstände reduzierten oft die Zahl der für die direkte KlientInnenbetreuung verfügbaren MitarbeiterInnen, die dann aber zum Teil im Homeoffice arbeiten konnten. Erschwerend war, dass bei Verdachtsfällen sehr lange auf Testmöglichkeiten und Testergebnisse gewartet werden musste (> B1-5). Auf der anderen Seite entstand bei Schließung von Einrichtungen ein Plus an MitarbeiterInnen, was bedeutete, dass Kurzarbeit oder sogar Verlust des Arbeitsplatzes im Raum standen. Angst vor Infektion und Angst, den Job zu verlieren, waren demnach oft beide präsent. Wenn MitarbeiterInnen ausfielen, dann stieg der Stress bei den verbliebenen KollegInnen. Aus Sicht der Führungskräfte waren manche MitarbeiterInnen zu ängstlich, andere wiederum zu mutig und sorglos (und mussten „eingebremst“ werden), meistens wurde aber der Einsatz der BetreuerInnen von den Führungskräften sehr geschätzt. Die wechselnde Zahl von verfügbaren MitarbeiterInnen, zum Teil auch die wechselnden externen Vorgaben (>A-3), bedingten häufige und oft kurzfristig zu realisierende Dienstplanänderungen, was eine hohe Flexibilität der MitarbeiterInnen erforderte (B3-2).

Abklärung der MitarbeiterInnen, ob es Vorerkrankung gibt und ob damit die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe besteht. Umstellung bei Zutreffen der Situation auf ausschließliches „Arbeiten von zu Hause“. Zunahme der Krankmeldungen. (ORG-M173)

Ja, es gab/gibt Ängste seitens Mitarbeitenden. Das warf so manche Dienstplanung über den Haufen, weil MitarbeiterInnen, die dann doch Dienste bekamen, aus Angst oder Risiko nicht arbeiten gehen konnten. Hier gab es auch immer wieder Krankmeldungen. (ORG-V207)

*Fehlende Test-Möglichkeiten für Mitarbeiter*innen und Klient*innen bei auftretenden Symptomen bzw. als Kontaktperson. Das hat unnötig Betreuungskapazitäten in der „Selbstisolation“ gebunden, die dann für die Klient*innen nicht zur Verfügung gestanden sind.* (ORG-V231)

Trotz Anrufen kranker MitarbeiterInnen (auch mit Kurzatmigkeit und Fieber) bei 1450 wurde keine Testung durchgeführt. Diese MitarbeiterInnen wurden, auch nachdem die Symptome abgeklungen sind, 14 Tage nicht zum Dienst eingeteilt. (ORG-M242)

Die Schere zwischen dem steigenden Betreuungsbedarf und MitarbeiterInnen in Kurzarbeit und MitarbeiterInnen aus den Tagesstrukturen, die nach wie vor im Wohnen gebraucht werden, geht sehr weit auseinander. (ORG-V207)

*Wir beobachten unterschiedliche Strategien bei unseren Mitarbeiter*innen: Es gibt jene, welche einer Risikogruppe angehören bzw. sich selbst dazuzählen und die vermehrt in Krankenstand gehen; aber auch solche Mitarbeiter*innen, welche die derzeitige Corona-Krise nicht aus der Ruhe bringen lässt.* (ORG-V114)

Mitarbeiter hatten einerseits Angst vor Ansteckung und andererseits Angst um den Job oder vor Kurzarbeit. Da viele Teilzeit arbeiten, ist eine Verkürzung des Gehalts auf 80 bis 90% ein finanzielles Problem. (BER-V164)

Mehr Arbeitsaufwand für Betreuungspersonal, durch Krankenstand-Ausfall von Kolleg/Innen. (MIT-M391)

B3-2 Umstellung von Arbeitsprozessen

In manchen Betreuungsmodalitäten, wie den Tagesstrukturen, wurde die face-to-face Betreuung reduziert (kleinere Gruppen, die mehr Abstand erlaubten) oder eingestellt. In anderen, wie im Betreuten Wohnen, wurde die Betreuung verstärkt, weil KlientInnen nicht mehr in Tagesstrukturen außerhalb der Wohnung gehen konnten. Die Umstellung auf telefonische Betreuung (>B2-5) führte zu einer erhöhten Kontaktfrequenz und – aus Sorge um die KlientInnen – zu der Bereitschaft vieler MitarbeiterInnen, den Zugang zeitlich niederschwellig zu gestalten (>C-3), was zum Teil zu Mehrarbeit führte. Die Versetzung von BetreuerInnen in für sie neue Tätigkeitsbereiche (z.B. kam es in größeren PSOs wegen der Schließung von Tagesstruktureinrichtungen zur Zuteilung von BetreuerInnen in den Wohnsektor) war häufig nicht unproblematisch, da die Betreuungsarbeit oft in Teams erfolgt, die jeweils ihre eigene Teamkultur haben. Insgesamt hatten die PSOs einen schwierigen Balanceakt zu leisten zwischen der Wahrnehmung der Verantwortung für die Fortsetzung der Betreuungsarbeit für ihre KlientInnen und den Zwängen von eingeschränkten Personalressourcen – und dies in vielen Fällen mit der Unsicherheit, ob und wie die jeweilige PSO wirtschaftlich überleben würde (>A-6, A-7).

Mir als Therapeutin war es aufgrund der Schließung des Tageszentrums und des Bedarfs einer Unterstützung im Ambulanzbetrieb nicht mehr möglich, weiter therapeutisch zu arbeiten. So übernahm ich vorübergehend andere Aufgaben, z.B. „Schleusendienst“, Telefondienst, Faxen, Kopieren, ... (MIT-V258)

Kaum fixe Dienstzeiten. (MIT-R214)

Sehr hoher Aufwand für die Umstellung der Dienstpläne und damit einhergehend der Bezugsbetreuungen. (BER-R301)

Unsere Dienstverträge ermöglichen eine zeitbegrenzte Versetzung auch zu geringerwertigen Tätigkeiten und dies wurde auch kommuniziert. Grundsätzlich war eine große Bereitschaft erlebbar, die anstehenden Probleme zu bewältigen. (ORG-M188)

Unterauslastung von mobilen Leistungen - daher Einsatzbereich in anderen Einrichtungen. (BER-R289)

Während der COVID-19 Krise mussten individuelle Dienst- und Einsatzplanungen mit den DienstnehmerInnen vereinbart werden. Das hieß, Teilzeitkräfte haben nicht mehr wie gewöhnlich an drei oder vier Arbeitstagen gearbeitet, sondern die ganze Arbeitswoche. Hier war die Bereitschaft der

Teilzeitkräfte groß, damit einzelne Teams gebildet werden konnten, die abwechselnd Dienst in der Einrichtung machen. (BER-R101)

*Wohngemeinschaften sind familiärer Verbund, wo kein Wechsel zwischen den Teammitgliedern oder den Klient*innen zwischen den Bereichen möglich ist.* (ORG-M213)

Neue Arbeitsstrukturen müssen geschaffen werden – anderer Personaleinsatz ... Die Gruppenangebote mussten überarbeitet werden. (BER-M197)

Arbeitsprozesse mussten bei uns komplett neu gedacht werden. (BER-V262)

Die Tagesstruktur wurde geschlossen, was einige Wochen der Planlosigkeit mit sich brachte. Ich habe zunächst eine Kündigung erhalten, die dann allerdings zurückgezogen wurde. Ich arbeite nun in einer Wohngemeinschaft. Ich verdiene zwar Geld, aber es ist kein Bereich, den ich mir ausgesucht hätte, und ich fühle mich damit auch nicht sehr wohl. Ich erwarte sehnlich die Zeit, in der die Tagesstruktur wieder aufsperrt und ich nicht mehr in der WG arbeiten muss. (MIT-V138)

Ich musste als geringfügige Arbeitskraft an einen anderen Standort wechseln, mit dessen Klientel, Betreuung und Standort ich in keinster Weise vertraut war (Art der Beeinträchtigungen, Entwicklungsstand, Betreuungsschlüssel, Arbeitsweise, ...). Nur zwei Tage alle zwei Wochen zu arbeiten war anstrengender als regelmäßig zu arbeiten, da der Anschluss nie richtig gefunden werden kann. (MIT-V394)

Ich arbeite im psychosozialen Bereich, genauer gesagt in der Wohnassistenz. Ich arbeite mit den Klienten an Zielen, die sie erreichen wollen – vor der Corona Krise war das mein Arbeitsschwerpunkt. In der Krise musste ich die Arbeitsweise von Grund auf ändern. Zielvereinbarungen konnten so nicht erarbeitet werden. Es durfte nicht gemeinsam mit dem Klienten gearbeitet werden, sondern für den Klienten. Komplett andere Arbeitsschritte waren notwendig. Erarbeiten von Ablaufplänen in der Krise, ebenso erarbeiten von Unterlagen zur Beschäftigung (Arbeitsblätter, Turnübungen, Achtsamkeitsübungen.....und vieles mehr). Einkäufe werden von mir erledigt, wenn der Klient ein Risikopatient ist, Besorgung von Medikamenten, täglicher telefonischer Kontakt. Die Schwierigkeit ist es, den Klienten zu vermitteln, dass sie zuhause bleiben sollen, nur in dringenden Fällen das Haus zu verlassen und die Maßnahmen einzuhalten. Ich begleite Klienten, wo ich Monate oder sogar Jahre gebraucht habe, dass sie das Haus verlassen, und durch die Krise musste ich ihnen vermitteln, dass sie zuhause bleiben müssen. Mit der Krise wurde ein Stück meiner Klienten-Arbeit zerstört und ich beginne mit den Klienten von vorne. (MIT-M464)

Zusätzlich haben die Freistellungen, die oft sehr rasch erfolgen mussten, den Dienstplan beinahe täglich durcheinandergewirbelt und eine enorm große Flexibilität wurde von den MitarbeiterInnen gefordert. (BER-V227)

B3-3 Administrative und arbeitsrechtliche Probleme

In Zusammenhang mit der vielfach vorhandenen Unsicherheit über die Weiterfinanzierung bestimmter Betreuungsmodalitäten (besonders der durch Einzelleistungsvergütung abgegoltenen) durch manche Fördergeber (>A-6) entstand in manchen Bereichen die Notwendigkeit einer zumindest vorübergehenden Reduktion der tatsächlichen aktuellen Arbeitszeit. Dies musste mit den MitarbeiterInnen ausgehandelt werden, etwa im Hinblick auf Vorziehung von Urlaub oder Abbau von Überstunden. Auch Kündigungen standen im Raum, zu denen es in einzelnen Fällen auch kam. Schwierig war die Lage im Hinblick auf die Einführung von Kurzarbeit, weil zunächst lange Zeit nicht klar war, ob die mit öffentlichen Geldern finanzierten PSOs dafür überhaupt in Frage kamen, weiters, weil Kurzarbeit mit einem Einkommensverlust für die betroffenen MitarbeiterInnen einhergeht und schließlich, weil die Antragsprozeduren sehr aufwendig waren – und dies in einer Zeit, in der die Lage in den PSOs schon extrem angespannt war. Zudem waren im Zusammenhang mit der Arbeit im Homeoffice viele arbeitsrechtliche Probleme ungeklärt – was ja auf den Wirtschaftsbereich generell zutraf (und erst ein Jahr nach dem ersten LD einer Lösung zugeführt wurde).

Mühsame Entscheidungsfindung in Zusammenhang mit dem Fördergeber sowie dem Ansuchen um Kurzarbeit. (ORG-V167)

*Probleme traten v.a. auch dort auf, wo wir Kinderbetreuungspflichten von Mitarbeiter*innen nicht nachvollziehen konnten (z. B. wenn ein Elternteil ganz zuhause bleiben will, während ein anderes ganz arbeitet -> müssen wir die Person dann ganz freistellen?).* (ORG-V231)

Kurzarbeit für Tagesstruktur MitarbeiterInnen, Fahrtendienst und Reinigung, Haustechnik nötig. Auch solange unklar, ob finanziert und ob Fördergeber doch zusagt, oder Kurzarbeit nötig, sprich, es musste in beide Richtungen geplant werden. (ORG-V207)

Enormer administrativer Aufwand, Kurzarbeit einzuführen und mit dem AMS abzuwickeln. (ORG-V244)

Wir mussten 6 Personen – im geringfügigen und über geringfügigen Bereich – kündigen. Die Kündigungen wurden zwar gut kommuniziert - es macht aber etwas mit einer bis dahin sehr guten Teamsituation. Was, wenn mir einige der MitarbeiterInnen nicht mehr zur Verfügung stehen, wenn ich sie wieder brauche? Gerade in dieser heiklen Betreuungsphase ist es wichtig, Personen als MitarbeiterInnen zu haben, die mit unserer Klientele vertraut sind. (BER-V087)

*Zusätzliches Personal notwendig, wo Mitarbeiter*innen zur Risikogruppe gehören und keine direkte Klientenarbeit machen können, Unklarheiten, wie dies nachgewiesen werden muss, keine Formularvorlagen für Ärzte diesbezüglich.* (BER-V153)

Es mussten erfreulicherweise nur 2 geringfügig beschäftigte Mitarbeitende gekündigt werden, die erst kurze Zeit bei uns waren und die eine Zusage zur Wiedereinstellung bekamen. (ORG-V207)

Schwierig waren Ankündigungen, wie Mehrstunden abbauen oder Urlaubsplanung, die geändert werden musste. Auch die im Raum stehende Möglichkeit, in einer anderen Einrichtung als Aushilfe hinzugezogen zu werden, sorgte für viele Fragen und Sorgen. (BER-V262)

Buchhaltung und Administration fielen plötzlich total aus, weil Angst vor Ansteckung. Einvernehmliche Auflösung wurde vereinbart. (BER-V164)

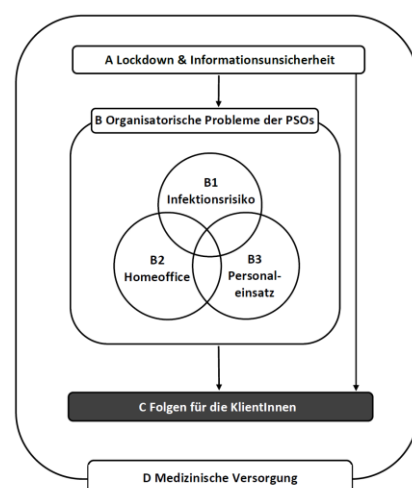
Kurzarbeit war nicht bei allen erwünscht wegen entsprechenden Gehaltsverlustes. Die meisten MitarbeiterInnen arbeiten Teilzeit und können nur knapp mit dem Gehalt ihr Leben finanzieren. Alle waren bereit, Urlaub oder Zeitausgleich zu nehmen, wenn notwendig. (BER-V164)

Umstellung auf Homeoffice war eine große Herausforderung, viele offene arbeitsrechtliche Fragen bei diesem Thema. (ORG-M138)

C Folgen des Lockdowns für die KlientInnen

Da alle Aktivitäten der PSOs darauf abzielen, ihren KlientInnen dazu zu verhelfen, die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen in den Griff zu bekommen und ein möglichst zufriedenstellendes „Leben in der Gemeinde“ führen zu können, ist es von besonderem Interesse zu wissen, wie sich die Beschränkungen durch den LD auf die KlientInnen ausgewirkt haben. Das wussten die BetreuerInnen, die ja ganz nahe an den KlientInnen tätig sind, am besten, und von ihnen kamen sehr viele Schilderungen der Situation „vor Ort“²⁰.

Zunächst ist zu beachten, dass vermutlich alle KlientInnen der PSOs Zugang zu Medienberichten hatten und (ähnlich wie die Bevölkerung generell) die von der Bundesregierung angeordneten Maßnahmen wahrnahmen, mit allen



„beruhigenden“ („Licht am Ende des Tunnels“) und beängstigenden Botschaften („Kontaktverbot“). Zusätzlich waren allerdings auch die erforderlichen Umstellungen der Arbeitsprozesse der PSOs, wie sie in den vorangehenden Abschnitten beschrieben wurden, und das Engagement der BetreuerInnen ein wichtiger Einflussfaktor auf das Befinden der KlientInnen. Der Wechsel zu telefonischer Betreuung etwa (>B2-5) oder Änderungen bei den persönlichen BetreuerInnen (>B3-2) waren ein Problem. Andererseits konnten BetreuerInnen durch intensivierteinsatz vielen KlientInnen dazu verhelfen, die Situation des LD besser zu bewältigen. Ähnlich wie bei den anderen bereits behandelten Problemfeldern ist hier zu beachten, dass es unterschiedliche Betreuungsmodalitäten gibt, und dass die Folgen des LD für die KlientInnen dementsprechend unterschiedlich sein konnten.

Auch hier haben wir Subthemen identifiziert, die größtenteils miteinander zusammenhängen. Zunächst werden hier jene wörtlichen Zitate zusammengefasst, die von einer Verschlechterung des Befindens der KlientInnen berichten (C-1). Dann wird auf die spezielle Situation von KlientInnen eingegangen, die den Rückzug in die eigenen vier Wände als Erleichterung ihrer Situation schätzten, was jedoch von BetreuerInnen in vielen Fällen als Verlust von bereits erreichtem therapeutischen Fortschritten angesehen wurde (C-2). In zwei weiteren Abschnitten wird dokumentiert, wie BetreuerInnen durch verstärkten Einsatz negative Folgen des LD für ihre KlientInnen auffangen konnten (C-3), und die Beobachtung eingebracht, dass in manchen KlientInnen durch die Herausforderungen des LD „ungeahnte Ressourcen“ offenkundig wurden (C-4). Schließlich wird auf den Umgang der Klientinnen mit dem Infektionsrisiko (C-5) und auf finanzielle Probleme der KlientInnen eingegangen (C-6).

C-1 Verschlechterung des Befindens und der vorbestehenden psychopathologischen Symptomatik

Relativ oft wurde berichtet, dass die KlientInnen die Veränderungen und Einschränkungen zu Beginn des LD verhältnismäßig gut bewältigten, dass aber mit Fortschreiten des LD deutliche Verschlechterungen der allgemeinen Befindlichkeit und der psychopathologischen Symptomatik auftraten. Es wurde von einer Zunahme von Krisen, Angst und Depression berichtet, manchmal auch von Suizidneigungen und der Zunahme familiärer Konflikte. Auch von einer Verstärkung paranoider Ideen (manchmal im Zusammenhang mit dem Tragen von Gesichtsmasken) und von psychotischen Reaktionen war die Rede. Gelegentlich wurde auch von vermehrter Gereiztheit berichtet. An der Isolierung durch den LD litten besonders jene KlientInnen, die vor dem LD an Tagesstrukturaktivitäten, Beschäftigungsprojekten oder organisierten Freizeitaktivitäten der PSOs teilgenommen und dort ihre sozialen Netze hatten, die jetzt meist wegfielen.

Jetzt verändert sich die Problemlage dahin, dass unsere KlientInnen zunehmend in krisenhafte Situationen kommen, aufgrund der lange andauernden Ausnahmesituation. (ORG-M173)

Mit dem jetzigen Stand erscheint es so, dass sich nur vereinzelt die Sorge vor einer Infektion zu einem zentralen Thema entwickelt hat, mit der Folge verstärkter quälender Gedanken und verstärktem Zwangs- und Vermeidungsverhalten. (MIT-R193)

Erste gröbere Krisen, die telefonisch nicht mehr bewältigbar sind, treten auf: Konflikte in Familien nehmen überhand und beschäftigen das gesamte Team, Isolation und Einsamkeit mit Suizidalität, Aggressionen, Symptomverschlechterungen v.a. bei älteren und alleinstehenden Personen. (MIT-R405)

Klient wurde während der Corona-Krise psychotisch und dies fiel aufgrund des ausschließlich telefonischen Kontaktes später auf. Dadurch musste Klient auf die Psychiatrie. (MIT-V461)

Mehrere Klientinnen berichten derzeit über Schlafstörungen, Mutlosigkeit, Gedankenkreisen, Sorge um die Zukunft, Einsamkeit. Manchen fehlt der Antrieb, ihren Haushalt zu führen, auch allein draußen Bewegung zu machen. Es wird eine große Herausforderung für uns sein, die KlientInnen wieder aufzufangen, sie von ihrem Rückzug weg auf einen mit Hoffnung besetzten Weg zu bringen. Auch

müssen wir selbst unseren Ängsten um die Gesundheit von uns selbst, unseren Angehörigen und denen der Klientinnen begegnen. (MIT-R405)

Die meisten KlientInnen zeigten mit der Zeit eine Verschlechterung der Symptome (Ängste, Zwänge, Depressionen, Bewegungsarmut, Lethargie, Suchtverhalten, sozialer Rückzug, Verwahrlosung). (MIT-R239)

Die KlientInnen rutschen verstärkt in ihre eigene (psychotische) Welt durch Wegfall der Außenkontakte. (MIT-M352)

Inhaltlich fällt auf, dass Symptome, wie Zwänge (15 Minuten Hände waschen bei KlientInnen, die schon symptomfrei waren, sich verstärkten, dass alles mehrfach desinfiziert werden musste.), Ängste (Angst, krank zu werden, dass Angehörige erkranken; Vermeidungsverhalten wie rauszugehen, einkaufen zu gehen) und Depressionen (inklusive des Gefühls der Einsamkeit bei Alleinstehenden, da Ressourcen, wie der ohnehin schon mangelhafte Kontakt zu anderen, wegfielen), sich verstärkten; auch, dass die Gruppenangebote der Beratungsstelle nicht genutzt werden konnten, wirkte sich aus. Sozialphobiker waren vermeintlich entlastet, litten dann aber unter der gegebenen Vermeidung von Sozialkontakten. Bei manchen verstärkte sich die Suizidalität. (MIT-R385)

Mit längerer Zeit wurde die fehlende Tagesstruktur zum Problem, Ungeduld und Agitiertheit nahmen zu. Wo einige Zeit Angst dominiert hat, war es zunehmend Gereiztheit. (MIT-V440)

C-2 Rückzug als problematischer Weg der Krisenbewältigung

Hier geht es um die Beobachtung, dass manche KlientInnen den LD begrüßt haben, da sie schon primär an Antriebs- und Motivationslosigkeit litten und die nun quasi-offizielle Erlaubnis zum Rückzug erteilt bekamen. Diese Konstellation betrifft in erster Linie KlientInnen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, deren psychopathologisches Zustandsbild oft von Antriebslosigkeit gekennzeichnet ist (was von der Psychiatrie als Minus- oder Negativsymptomatik bezeichnet wird). Während KlientInnen mit anderen psychopathologischen Störungsbildern an der Einsamkeit litten, waren diese KlientInnen damit zufrieden, dass sie zuhause bleiben konnten (und beispielsweise nicht mehr in eine Tagesstruktureinrichtung gehen mussten, weil diese geschlossen war). Das Ziel der sozialpsychiatrischen Maßnahmen bei diesen KlientInnen besteht ja darin, durch tagesstrukturierende Angebote oder organisierte Freizeitangebote Hilfen zur Überwindung dieser Situation anzubieten. Der LD führte hier, wie PSO-MitarbeiterInnen häufig berichteten, zum Verlust bereits erzielter therapeutischer Erfolge.

Einige sehen die Coronakrise als Legitimation für sozialen Rückzug; manche Klienten fühlen sich „entstresst“ – Versorgung mit Lebensmitteln und Medikamenten durch andere Personen, durch Ausgangsbeschränkungen kein aktives Auseinandersetzen mit fremden Menschen; ein „von außen verordneter“ eingeschränkter Kontakt zu Familienangehörigen, der vor der Krise als belastend erlebt wurde. (MIT-R240)

KlientInnen, die sowieso aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen Rückzugstendenzen aufwiesen, konnten von der Coronakrise „profitieren“, weil es einen zusätzlichen Grund nicht rauszugehen gibt. (MIT-V070)

Aussage einer Klientin: „Mir geht es gut, es ist so ruhig, ich habe keine Termine, keine Menschen.“ (MIT-M310)

Zunächst war bei tendenziell zurückgezogenen KlientInnen ein Stück weit Entlastung wahrnehmbar. Vor allem, dass nun das gesellschaftliche Stigma nun teilweise weggefallen war und die Wohnung nicht verlassen werden musste, schien Erleichterung zu schaffen. (MIT-R140)

*Gut im Rahmen der Corona-Krise war dabei die Kompetenz der Klient*innen sich zu isolieren, leider geht diese mit einem schleichenden Verfall ihrer Alltagskompetenzen einher, wenn fragile, langjährig erarbeitete Gewohnheiten unterbrochen werden. Für andere Klient*innen gehen durch den*

*konstanten Zuhause-Aufenthalt wichtige stabilisierende Faktoren, wie regelmäßige Beschäftigung und wöchentliche Fixpunkte ihres Alltags (Einkäufe, soziale Begegnungen mit Freund*innen,...), verloren.* (MIT-V381)

C-3 Erhöhter Betreuungseinsatz half vielen KlientInnen zur besseren Bewältigung des LD

In diesem Abschnitt finden sich Äußerungen darüber, wie die BetreuerInnen der PSOs auf drohende oder tatsächliche Verschlechterungen der Befindlichkeit und der Lebenssituation ihrer KlientInnen reagiert und Krisen abgefangen haben. So konnte es etwa notwendig werden, die Kontaktfrequenzen der telefonischen Betreuung zu erhöhen, das Zeitfenster für die telefonische Erreichbarkeit zu erweitern oder anstelle telefonischer Kontakte doch auch face-to-face Betreuungskontakte (unter Einhaltung aller Schutzmaßnahmen, zum Teil im Freien) anzubieten, um den KlientInnen zu einer Stabilisierung ihrer Lage zu verhelfen. KlientInnen äußerten Dankbarkeit für diese intensivierte Betreuung, BetreuerInnen kamen allerdings dadurch an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit (>B2-2, B2-5). Es wurde auch die Sorge darüber geäußert, dass es schwierig sein könnte, nach der großzügigen Erreichbarkeit während des LD zu den vorher üblichen Betreuungsmustern zurückzukehren.

*En gros war unser Eindruck, dass die Klient*innen die ersten „Lockdown“-Wochen gut überstanden haben und viele eigene Ressourcen sichtbar geworden sind. Mit Verzögerung ist dann aber die Bedürftigkeit wieder in den Vordergrund getreten. Vieles wurde hier durch großes persönliches Engagement von den Mitarbeiter*innen und Teamleiter*innen abgefangen.* (ORG-V231)

*Schwierig war in dieser Zeit, dass Teilnehmer*innen, die Angst hatten, sich angesteckt zu haben, zum Teil stundenlang in der Warteschlange von 1450 waren. Dies erhöhte die Unsicherheit bei den Teilnehmer*innen und dies wurde mit Entlastungsgesprächen per Telefon adressiert.* (BER-V262)

Veränderung der Unterstützungsform: Z.B. wurde aus einer wöchentlichen, einmaligen, persönlichen Begleitungseinheit ein 2x/täglicher telefonischer Kontakt zur Stabilisierung notwendig. Regelmäßige, proaktive, telefonische Kontakte werden sehr gerne angenommen, aber unterschiedlich genutzt: Zwischen kurzen Infos bezüglich aktuellem Befinden bis zu ausgedehnten Plauderstunden liegt die Bandbreite. (MIT-M270)

Probleme für KlientInnen: Wer kümmert sich um jene, welche sich nicht alleine versorgen können – die Grundversorgung konnten wir dann schließlich übernehmen, teilweise Wegfall des einzigen regelmäßigen sozialen Kontaktes in der Woche – Stabilität, Struktur, Kontakt nur mehr telefonisch, per Mail oder Messenger-Diensten, teilweise auch Skype > viel telefonischer Kontakt, auch Aufklärung über derzeitige Situation, Maßnahmen und Corona im Allgemeinen, Ernsthaftigkeit vermitteln, aber trotzdem Angst und Unsicherheit nehmen, Hilfe beim Finden von Aktivitäten zuhause, Materialien zum Beschäftigen vorbeibringen, Achtsamkeits- und Entspannungsübungen anbieten, die Wichtigkeit einer Tagesstruktur betonen und dabei helfen, sich etwas zu überlegen. (MIT-R094)

Die Reaktionen und Rückmeldungen der Klienten waren durchwegs sehr positiv. Die Rückmeldungen bezogen sich auf eine Dankbarkeit, dass die Kontinuität der Betreuungskontakte trotz der Coronakrise aufrechterhalten wurde. Klienten äußerten froh zu sein, ihre Fragen trotzdem stellen zu können, und eine Erreichbarkeit in Notfällen zu haben. Ein wichtiger Punkt war für einen großen Teil der Klienten, eine Gesprächsmöglichkeit zu haben, Sorgen oder Unklarheiten aussprechen zu können. (MIT-R294)

Erste Wochen bedeuteten tägliche, stabilisierende und/oder strukturierende Telefonate mit den Klienten. Mit Laufe der Zeit habe ich wieder persönliche Termine angeboten, da einige Klienten eine Begleitung zu z. Bsp. Arztterminen benötigten. Anderen habe ich einen Spaziergang angeboten, weil sie sich sehr depressiv in ihren vier Wänden fühlten, aber allein sich nicht trauen, rauszugehen. Die Angebote haben meine Klienten als unterstützend erlebt. Ich habe sie auch als stabilisierend für meine Klienten gefunden. (MIT-V066)

Die Hauptziele einer Tagesstruktur, wie soziale Kontakte, Umgang mit Menschen in Gruppen, langfristige Tagesgestaltung, wurden durch die Krise plötzlich zu den Hauptgefährdungen und damit vorerst unmöglich. Von Seiten unserer Einrichtung wurde versucht, den Kontakt über regelmäßige intensive Telefonkontakte durch die BezugsbetreuerInnen aufrecht zu halten und so Krisen abzufedern, was bis jetzt sehr gut gelungen ist. In Krisenfällen wurden persönliche Einzelgespräche unter Schutz- und Vorsichtsmaßnahmen in der Tagesstruktur bzw. bei einem Spaziergang möglich gemacht, welche sich sehr stabilisierend auf Klienten ausgewirkt haben. (MIT-R233)

*Ein Problem stellt es auch dar, die großzügige Erreichbarkeit von Betreuer*innen wieder auf ein „normales“ Maß zu reduzieren und die Betreuung von Klient*innen von Telefon wieder vermehrt auf persönliche Kontakte umzustellen.* (ORG-V231)

C-4 Manche KlientInnen konnten den Lockdown gut bewältigen

Es wurde auch davon berichtet, dass manche KlientInnen unerwartete Fähigkeiten zur Bewältigung des LD entwickelten, ausgesprochen erfindungsreich waren und sich wegen des Wegfalls der von außen vorgegebenen Termine besser organisieren konnten. Manche haben sich zu gemeinsamen Spaziergängen getroffen.

KlientInnen mit depressiven Erkrankungen konnten vor allem zu Beginn der Krise einen guten Umgang mit veränderter Situation finden („es geht nicht nur mir schlecht, ich bin Teil des Ganzen, auch andere dürfen nicht hinaus...“). (ORG-R290)

Bisweilen kam es zu bemerkenswerten Entwicklungen im Bereich sozialer Interaktion / sozialer Kompetenz / Bedürfnisregulation / Abgrenzung etc. (ORG-V150)

verwunderung, wie viele wochen bei intensiv betreuten kunden die umstellung auf videotelefoniebetreuung und reduktion der persönlichen kontakte ausgehalten wurde und welche türen in richtung selbstständigkeit durch diesen straffen rahmen von außen aufkeimen konnten. (ORG-V079)

*Die Kund*innen haben den Zustand erstaunlich gut ausgehalten.* (BER-V105)

Es gab nur vereinzelte Krisen – bei einigen KlientInnen war genau das Gegenteil der Fall: nämlich, dass die restliche Welt einen kleinen Einblick in "ihre Normalität" bekam – sie konnten mit der Isolierung und dem Lock-down recht gut umgehen. (BER-V237)

Die Krise als Chance: Entschleunigung scheint allen gutgetan zu haben ... einige KlientInnen haben auch unerwartete Ressourcen aufgezeigt. (BER-V237)

Die Coronakrise hat auch positive Folgen für unsere KlientInnen: Telefonberatungen und Beratungen über digitale Medien mussten sein und waren möglich – davor hat dies so nicht bestanden. (BER-R289)

Interessante Beobachtung: Einigen PatientInnengruppen geht es in der Krise (zum Teil) besser als vorher: Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung (ängstlich-depressive Grundstörung) im Krankenstand / Rehabilitationsgeld etc. sind und ständige Therapietermine und Kontrolltermine haben: Aussage einer Patientin: „Es tut so gut, wenn man Zeit und Ruhe und finanzielle Absicherung hat, um gesund zu werden.“ (MIT-M404)

Manche KlientInnen haben sich gemeinsam zu Spaziergängen getroffen. (MIT-M310)

C-5 Umgang der KlientInnen mit dem Infektionsrisiko

Zum Umgang mit dem Infektionsrisiko (>B1) wurde von sehr unterschiedlichen Reaktionen der KlientInnen berichtet. Das Spektrum reichte von vollem Verständnis und Einhalten der Hygieneregeln über „Verständnis, aber Schwierigkeiten beim Befolgen der Regeln“ bis zu völligem Unverständnis, verknüpft mit Nichteinhalten von Regeln. Angst vor Infektion (auch bei Familienmitgliedern) förderte

das Einhalten von Regeln. Bei manchen KlientInnen war die Angst vor einer Infektion so groß, dass sie geplante Besuche von BetreuerInnen absagten. Andere KlientInnen wiederum zeigten beim Abstandhalten ein völlig sorgloses Verhalten, was für die BetreuerInnen eine große Herausforderung bedeutete. In vollbetreuten Wohngemeinschaften mussten sich die BetreuerInnen der heiklen Aufgabe stellen, KlientInnen zu animieren, in der WG zu bleiben und von manchen Tätigkeiten für die Zeit der Krise Abstand zu nehmen, ohne dabei ihr Recht auf Bewegung und Selbstentscheidung einzuschränken.

Zunächst wurden die Beschränkungen der Coronazeit überwiegend gut akzeptiert, ohne dass bei der Mehrzahl der betreuten KlientInnen es zu starkem Widerstand oder massiverer affektiver Unruhe kam. Vereinzelt, eigentlich erstaunlich wenig, kam am Anfang Verleugnung als Abwehrmechanismus zum Einsatz (Corona gibt es nicht, trage keine Maske) und gab es eine Steigerung des Angstniveaus, tatsächlich aber nur vereinzelt. (MIT-V440)

Im Großen und Ganzen habe ich keine überbordenden Sorgen vor dem Virus und seinen Folgen und gleichzeitig großes Verständnis seitens der KlientInnen für die Maßnahmen wahrgenommen. (MIT-R193)

Kontakte wieder in der Ambulanz (wenn nötig) unter Einhaltung der Hygiene-Vorgaben (teilweise nicht möglich, da PatientInnen z.B. Maske nicht oben lassen können oder Abstand nicht einhalten können). (MIT-R405)

Kunden, die Betreuung benötigen, sagten aus Furcht Einsätze ab, dadurch waren diese noch isolierter als sonst, und die psychische Belastung stieg. (ORG-V118)

Klienten reagieren sehr unterschiedlich: Einige haben große Ängste, sich oder ihre Angehörigen anzustecken und erwägen eine Unterbrechung der Betreuung; ... bei einigen spürbare Ignoranz, aber auch Überforderung gegenüber gesetzten Hygienemaßnahmen in der Einrichtung. (MIT-R240)

*Hygiene der Klient*innen im Haus ist generell nicht sehr großgeschrieben, außerdem war es schwer zu vermitteln, dass Haus NUR zu verlassen, wenn es unbedingt notwendig ist. Damit entstand ein höheres Ansteckungspotenzial für uns Betreuer*innen. Außerdem wird selten an den einzuhaltenden Abstand gedacht und man muss immer und immer wieder daran erinnern. ... Eine Klientin nahm alle Maßnahmen nicht ernst und traf sich regelmäßig mit der Großfamilie. Dies war kaum zu unterbinden. Unsere Aufforderungen wurden mit Ignoranz abgetan, bis mit der Familie gesprochen wurde. Dann waren die Treffen auch viel seltener, dafür die Krisen im Haus sehr viel mehr.* (MIT-V454)

Mit dem jetzigen Stand erscheint es so, dass sich nur vereinzelt die Sorge vor einer Infektion zu einem zentralen Thema entwickelt hat, mit der Folge verstärkter quälender Gedanken und verstärktem Zwangs- und Vermeidungsverhalten. (MIT-R193)

*Da eine vollbetreute WG bei ansteckenden Krankheiten sich eher leicht als Ganzes ansteckt, mussten wir überlegen, wie wir die Klient*innen animieren, in der WG zu bleiben und von manchen Tätigkeiten für die Zeit der Krise Abstand zu nehmen, ohne dabei ihr Recht auf Bewegung und Selbstentscheidung einzuschränken, was uns großteils über Gespräche und die Arbeitsbeziehung gelungen ist.* (MIT-V381)

C-6 Finanzielle Aspekte

Gelegentlich kamen auch akute finanzielle und wirtschaftliche Sorgen und Probleme zur Sprache, wie auch Befürchtungen im Hinblick auf die weitere ökonomische Entwicklung.

Die finanzielle Situation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung hat sich massiv verschlechtert. Es ist das therapeutische Taschengeld entfallen. Zu Beginn der Krise haben die SOMA-Märkte geschlossen gehabt und das spätere Delivery Service war nicht allen bekannt. Ich selbst konnte beobachten, wie sich meine Ausgaben für Lebensmittel erhöht haben (ohne Horten). Die meisten unserer Klienten sind dadurch schneller ohne Geld dagestanden. (BER-V148)

Viele befürchten, dass die Einrichtung auf Grund der wirtschaftlichen Situation geschlossen werden könnte; in diesem Zusammenhang äußern Klienten häufig Existenzängste (Verlust der Wohnung, Angst, sich das Leben nicht mehr leisten zu können) und stellen sich die Frage nach dem Sinn des Lebens.
(MIT-R240)

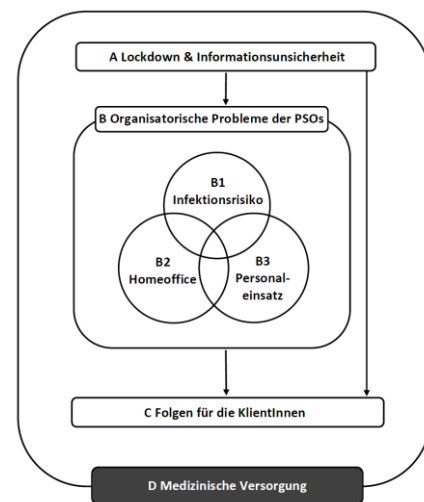
Existenzielle Sorgen nahmen zu, Überforderung, mit den Behörden nicht persönlich in Kontakt treten zu können, teilweise ist es für Klienten auch schwierig (auch ohne COVID-19 Krise), mit ihnen zu telefonieren, weil sie nicht "durchkommen".
(BER-R101)

Betreuung und Unterstützung möglich, aber zeitlich verzögert, was bei akuten Finanzproblemen prekär werden kann.
(MIT-M376)

D Medizinische Versorgung

Die KlientInnen von PSOs benötigen regelhaft auch medizinisch-psychiatrische Behandlung im engeren Sinn. Außerdem leiden Personen mit schwereren psychischen Erkrankungen vermehrt auch an körperlichen Krankheiten. Eine wichtige oft von MitarbeiterInnen von PSOs wahrgenommene Aufgabe ist es, die KlientInnen als „Case Manager“ zu begleiten und die Hilfen im Gesundheitssystem zu koordinieren. Typischerweise handelt es sich dabei um Krankenhausaufenthalte und den Kontakt mit niedergelassenen ÄrztInnen. In beiden Bereichen kam es während des LD zu Schwierigkeiten, einige Meldungen waren allerdings auch positiv.

Die aus Sozialbudgets unsicher finanzierten PSOs, die die Versorgung schwer psychisch Kranker mit komplexem Unterstützungsbedarf fortsetzen mussten, kamen im LD nicht nur aus den bereits diskutierten Gründen an die Grenzen ihrer Belastbarkeit, sondern auch deshalb, weil der stationäre psychiatrische Sektor teilweise heruntergefahren wurde und der Zugang zum niedergelassenen Bereich eingeschränkt war – beide Einschränkungen betrafen teilweise auch den Bereich körperlicher Krankheiten. Diese Belastungssituation kommt in zahlreichen Äußerungen von BetreuerInnen der PSOs zum Ausdruck, für die es sehr schwierig war, mit dem Ausfall der genannten medizinischen Bereiche umzugehen. In einem ersten Abschnitt ist der Krankenhaussektor das Thema (D-1), in einem zweiten der ambulante Bereich (D-2).



D-1 Krankenhaussektor

MitarbeiterInnen der PSOs sind sowohl an psychiatrischen wie auch an anderen Abteilungen für ihre KlientInnen unterstützend tätig – bei Krankenhausaufnahmen, während des Aufenthaltes und bei Entlassungen. Häufige Klagen von BetreuerInnen waren, dass die psychiatrischen Krankenhausabteilungen im LD die Aufnahmen eingeschränkt haben und sich auch die Kommunikation mit den Krankenhäusern schwierig gestaltete. Es wurde berichtet, dass Krankenhausaufnahmen in Krisensituationen fast unmöglich waren und dass KlientInnen zu früh entlassen wurden.

Eingeschränkter Betrieb im gesamten Gesundheitswesen: eingeschränkter Betrieb in stationären Einrichtungen, z.B. Krankenhäusern, die nur mehr schwer krisenhafte Patienten, und die auch nur so kurz wie möglich, aufnehmen; das hat direkte, erschwerende, Auswirkungen auf meine ambulante Arbeit. Untersuchungen werden verschoben, Operationen werden verschoben ... Dzt. keine REHAS, REHAS wurden abgebrochen, die Klienten sind bei uns. Dzt. keine arbeitsrehabilitativen Maßnahmen.
(MIT-R113)

Schwierigkeiten mit einzelnen Abteilungen in der Zusammenarbeit bei Aufnahmen und Entlassungen gab es auch schon davor, hatten sich während dieser Krise deutlich aktualisiert (z.B. unangekündigte Entlassung in Wohneinrichtung um 23.30). (BER-V153)

Die Psychiatrie war für uns nicht erreichbar, da das Angebot zurückgeschraubt wurde. Eine Klientin durchlebte einige Krisen, die wir allein abfangen mussten. Auch nach schweren Selbstverletzungen wurde keine Aufnahme in Betracht gezogen. (MIT-V347)

Psychiatrie ist ein Mangelfach, das war auch vor der Krise schon merkbar. Schwierig einen Platz für eine stationäre Aufnahme zu erhalten. (BER-V189)

Finde, dass nicht gleich die ganze Versorgung im medizinischen Bereich heruntergefahren hätte werden müssen; wichtige Termine für Krankenhausaufenthalte, die lange vorbereitet wurden, konnten nicht gemacht werden. (BER-R152)

D-2 Ambulanter Sektor

Im Hinblick auf den Kontakt mit niedergelassenen ÄrztInnen bzw. dem ambulanten Bereich wurde ebenfalls von Problemen berichtet, allerdings weniger einheitlich als für den stationären Sektor. Zum Teil gab es auch positive Rückmeldungen. Abgesehen von der erhöhten Erkrankungsrate bezüglich körperlicher Erkrankungen bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung, was allein schon häufigen Kontakt mit ÄrztInnen erfordert, erhalten viele PatientInnen, die an einer Psychose leiden, regelmäßig Depotinjektionen mit Antipsychotika, und die waren nicht einfach zu organisieren. Geschätzt wurde allerdings die Möglichkeit der e-Medikation und der telefonischen Krankschreibung.

Unsere Klientin hat massives Selbstgefährdungspotential und wird daher in einem recht engen Setting rund um die Uhr betreut ... Da auch die Kontakte zur psychiatrischen Versorgung im niedergelassenen Bereich auf Telefonieren beschränkt waren/sind, war es kaum möglich, über einen kurzen Aufenthalt in der Psychiatrie die Klientin zu stabilisieren. (BER-V227)

Zusammenarbeit mit PSDs muss positiv hervorgehoben werden, Versorgung bspw. mit Depotmedikation funktionierte gut. (BER-V153)

*Meiner Meinung nach bestand und besteht nach wie vor eine Unterversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit kassenfinanzierten Plätzen für Psychotherapie. Auch bei niedergelassenen Fachärzt*innen ist eine lange Wartezeit - dadurch fiel viel der Krisenbetreuung für unsere Teilnehmer*innen auf die Schulter der Bezugsscoaches - die aber eigentlich einen anderen Auftrag hätten mit ihren Coachees.* (BER-V262)

Hohe Flexibilität im Erhalten der nötigen Rezepte (ELGA), Arzneimittel waren immer verfügbar, Apotheken immer zugänglich, ÄrztInnen zumindest telefonisch immer erreichbar. (BER-R144)

*Unsere Klient*innen haben eine vergleichsweise hohe Frequenz an Kontrollterminen bei diversen Ärzt*innen, welche nicht mehr stattfinden konnten, was einerseits zu Entlastung unserer Arbeit führt, da entsprechende Termine Betreuungsressourcen binden, gleichzeitig verringert sich die durch unsere Betreuungsarbeit so weit wie möglich gewährleistete Erhaltung der körperlichen Gesundheit der Klient*innen. Dafür haben wir mehr schriftlichen Kontakt für Allfälliges mit unserer Hausärztin gehalten.* (MIT-V381)

Es waren vielfach sehr individuelle Lösungen notwendig (von Beginn der Krise an bis zum stufenweisen "Aufsperren"). Auch das Aufrechterhalten der medikamentösen Versorgung und der Versorgung durch Fachärzte musste neu organisiert werden. (MIT-R261)

Rezepte konnten an Apotheken gefaxt werden – unglaubliche Erleichterung. Ärzte konnten rasch telefonisch erreicht werden. Terminvereinbarung bei Hausärzten ist eine sehr effiziente Art und Weise und trägt unglaublich zur Erleichterung und bzgl. der Wartezeiten bei. (BER-R289)

Schließung der Hausarztpraxen zum Teil schwierig, auch wegen Depotinjektionen. (MIT-M281)

3.1.4 Nachbefragung im Juli 2020

Ende Juli 2020, also rund 20 Wochen nach Beginn des LD Mitte März, zu einem Zeitpunkt, als die Corona-Infektionsraten bereits sehr niedrig waren, wurde an die 70 Adressaten der ursprünglichen Umfrage ein Link für einen kurzen Fragebogen mit 10 geschlossenen Fragen per E-Mail ausgesandt. Auch die Beantwortung dieser Fragen war anonym.

Die Zahl der Antworten war geringer als in der ersten Umfrage und das Ergebnis kann nicht im engeren Sinn als repräsentativ angesehen werden, es zeigen sich allerdings einige plausible Muster (Tabelle 1).

Die Beschaffung von Schutzausrüstung war nach 20 Wochen praktisch kein Problem mehr, die Beeinträchtigung von KlientInnen wurde aber noch von fast jeder zweiten PSO gemeldet. Über 50% gaben noch Probleme mit dem Abstandhalten an, angesichts der Hauptarbeitsweise der PSOs in face-to-face Kontakten eine begreifliche Sorge. Ökonomische Unsicherheit wurde von fast 30% der antwortenden PSOs angegeben.

Tabelle 1: Nachbefragung von LeiterInnen von PSOs mit 10 geschlossenen Fragen Ende Juli 2020 (Die Anzahl der Antworten zu den einzelnen Fragen lagen zwischen 39 und 49, weil nicht jede/r Antwortende alle Fragen beantwortete.)

Fragen zu Problembereichen	War das während des LD ein Problem?		Wenn das ein Problem war: War das Ende Juli 2020 immer noch ein Problem? *)		N
	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>	<i>Nicht mehr</i>	<i>Noch immer</i>	
Informationsmangel	40,8%	59,2%	36,7%	22,4%	49
Beschaffung von Schutzausrüstung	20,8%	79,2%	68,8%	10,4%	48
Verdacht auf Corona-Infektion	55,3%	44,7%	14,9%	29,8%	47
Abstandsregeln einhalten	36,2%	63,8%	8,5%	55,3%	47
Einrichtungen geschlossen	71,1%	28,9%	28,9%	0,0%	45
Homeoffice	40,0%	60,0%	32,5%	27,5%	40
Personaleinsatz	45,0%	55,0%	22,5%	32,5%	40
KlientInnen beeinträchtigt	25,0%	75,0%	30,0%	45,0%	40
Ökonomische Unsicherheit	42,5%	57,5%	30,0%	27,5%	40
Kooperation mit Gesundheitssektor	38,5%	61,5%	23,1%	38,5%	39

*) Die Prozentsätze addieren sich zu dem Prozentsatz in der vorangehenden "Ja"-Spalte auf.

3.2. Befragung von ExpertInnen in Selbsthilfeorganisationen

Zeitgleich mit der anonymen Online-Befragung von PSOs wurden vier Selbsthilfe-/Interessensvertretungsorganisationen (SHOs) am 30. April 2020 per E-Mail eingeladen, ihre Mitglieder zu ersuchen, in einer anonymen Online-Befragung über ihre Erfahrungen im Lockdown zu berichten. Drei der angeschriebenen SHOs waren von und für Personen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, für die sich zunehmend der Begriff ErfahrungsexpertInnen einbürgert. Eine der vier SHOs war von und für Angehörige von Personen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind und die hier AngehörigenexpertInnen genannt werden. Die vier SHOs wurden ausgewählt, da von ihnen bekannt ist, dass sie in ihrem jeweiligen Bereich besonders aktiv sind. Von den drei SHOs für Betroffene ist je eine in Wien, Niederösterreich und der Steiermark tätig. Die SHO für Angehörige ist österreichweit aktiv. Da die Frist für die Beantwortung bis Mitte Mai 2020 lief, bezogen sich manche Antworten auch schon auf die Anfang Mai begonnenen LD-Lockerungen.

3.2.1 Befragung von ErfahrungsexpertInnen in Selbsthilfeorganisationen

Von ErfahrungsexpertInnen trafen 20 auswertbare Fragebögen ein, 11 von Frauen und 9 von Männern. Drei Viertel der Antwortenden waren zwischen 30 und 60 Jahre alt. Bis auf eine Person hatten alle schon vor Beginn des LD eine Betreuung durch PSOs in Anspruch genommen, die meisten schon zwei Jahre und länger und überwiegend in ambulanten oder Tagesstruktursettings. Die Antworten kamen also von Personen, die zusätzlich zu ihrer Aktivität in SHOs schon längere Zeit KlientInnen von PSOs waren, die also in einer „Doppelrolle“ befragt wurden, wenngleich der Zugang zu ihnen in diesem Projekt über die SHOs erfolgte. Diese Doppelrolle wird in manchen Schilderungen offenkundig. So wird etwa in einigen Berichten sowohl von den Auswirkungen des LD auf die eigene Befindlichkeit und Lebenssituation gesprochen als auch von der Besorgtheit um die in der SHO unterstützten anderen Betroffenen. Die Schilderungen in diesem Kapitel ergänzen die Beobachtungen der BetreuerInnen von PSOs über den Einfluss des LD auf ihre KlientInnen (3.1.3 C).

Wie in der Befragung von MitarbeiterInnen von PSOs wurde auch hier primär um Schilderungen der Erfahrungen in Textform ersucht. Zusätzlich enthielt der Fragebogen einige geschlossene Fragen, und zwar zu den LD-bedingten Änderungen der Befindlichkeit, der Kontakte mit anderen Menschen und der Betreuungsstruktur, sowie eine Frage zum Umgang mit der Gefahr einer Corona-Infektion. Die Antworten auf diese geschlossenen Fragen konnten durch Textantworten erläutert werden, wobei aber auch zusätzliche Textfelder zur Verfügung standen, in denen andere Themen angesprochen werden konnten. In einer Zusatzfrage wurde gebeten, Faktoren, die für die Betroffenen während des LD hilfreich waren, zu benennen bzw. zu beschreiben, was hilfreich gewesen wäre.

Die erhaltenen Textantworten bestehen aus insgesamt rund 5000 Wörtern und waren recht unterschiedlich lang²¹. Wegen der geringen Zahl auswertbarer Antworten konnte keine detaillierte thematische Textanalyse mit einer großen Zahl von Subkategorien durchgeführt werden (wie bei den 243 Antworten der PSO-Studie mit 70.000 Wörtern). Die Antworten wurden hier sieben großen Themenkreisen zugeordnet, die sich inhaltlich teilweise überschneiden. Zunächst werden allfällige Änderungen der eigenen Befindlichkeit und Lebenssituation betrachtet (1), dann die Kontakte mit anderen Menschen (2) und allfällige Veränderungen in der eigenen Betreuungsstruktur (3). Äußerungen zum Umgang mit der Gefahr einer Infektion mit dem Coronavirus werden in einem eigenen Abschnitt zitiert (4), ebenso wie Berichte über Änderungen in der Arbeitsweise der SHO (5). Schließlich kommen kritische Stimmen zum Lockdown zu Wort (6), sowie Berichte darüber, was im LD hilfreich war oder hilfreich gewesen wäre (7). Zu jedem Thema wird eine begrenzte Zahl von Originalzitaten angeführt, weitere Zitate finden sich in einem online zugänglichen Anhang²². Textstellen in den Originalzitaten, die auf eine spezifische SHO hinweisen, haben wir anonymisiert.

A. Antworten auf die geschlossenen Fragen

Tabelle 2: Meine Befindlichkeit hat sich durch die Corona-Krise verändert.

Befindlichkeit verändert	Absolut	Prozent
Ja, ist schlechter	9	45%
Ja, ist besser	2	10%
Nein, ist gleich geblieben	7	35%
Ohne Angabe	2	10%
<i>Summe</i>	<i>20</i>	<i>100%</i>

Weniger als die Hälfte sprechen also von einer Verschlechterung ihrer Befindlichkeit.

Tabelle 3: Meine Kontakte mit anderen Menschen habe sich durch die Corona-Krise verändert.

Kontakte verändert	Absolut	Prozent
Ja, weniger geworden	15	75%
Ja, mehr geworden	1	5%
Nein	2	10%
Ohne Angabe	2	10%
<i>Summe</i>	<i>20</i>	<i>100%</i>

Ein Großteil der Befragten berichtete von einer Reduktion ihrer zwischenmenschlichen Kontakte.

Tabelle 4: Die Betreuungsstruktur hat sich durch die Corona-Krise verändert.

Betreuungsstruktur verändert	Absolut	Prozent
Ja	16	80%
Nein	4	20%
<i>Summe</i>	<i>20</i>	<i>100%</i>

Bei vier von fünf Befragten kam es zu einer Änderung der Betreuungsstruktur.

Tabelle 5: Haben/Hatten Sie Angst vor einer Corona-Infektion?

Angst vor Corona-Infektion	Absolut	Prozent
Ja	7	35%
Nein	11	55%
Ohne Angabe	2	10%
<i>Summe</i>	<i>20</i>	<i>100%</i>

Mehr als die Hälfte der Antwortenden gab an, keine Angst vor einer Corona-Infektion zu haben.

B. Textantworten

(1) *Befindlichkeit und Lebenssituation*

Hier gab es unterschiedliche Reaktionen, wie schon die Antworten auf die geschlossene Frage oben zeigen (nur die Hälfte der Antwortenden berichtete von einer Verschlechterung). Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass viele Mitglieder von SHOs gute persönliche Ressourcen haben und auch aus der Hilfe für andere positive Energie ziehen können. Allerdings gibt es auch genügend Äußerungen, die von einer Verschlechterung der eigenen Lebenssituation und Befindlichkeit sprechen.

Bei den im vorangehenden Kapitel (> 3.1.3 C-2) dargestellten Ergebnissen der PSO-Befragung berichten BetreuerInnen auch von einer Gruppe von KlientInnen, die mit der durch die Ausgangssperren möglich gewordenen Passivität krankheitsbedingt „zufrieden“ waren. Diese Art von Rückzug wurde dort von den BetreuerInnen als Verlust von therapeutischem Fortschritt betrachtet. KlientInnen, die zu dieser krankheitsbedingten Passivität neigen, haben vermutlich nicht an der SHO-Befragung teilgenommen.

Durch die fehlenden Gewohnheiten und Veränderungen der Tagesstruktur kamen Symptome: grundsätzlich positive Haltung und trotzdem Stimmungsschwankungen und restless legs und fehlender Antrieb. (BET-G107)

Ich verspüre eine allgemeine Anspannung, Schlafstörungen sind häufiger geworden. Da bei mir übliche Freizeitmöglichkeiten zum Ausgleich nahezu wegfallen, kommt es durch vermehrtes Zusammensein mit Familienmitgliedern leicht zu Konflikten. Ich reagiere schnell gereizt, auch wirken Ängste der anderen ansteckend. (BET-M119)

Die ersten Tage/Wochen haben mir den Boden unter den Füßen weggezogen und ich hatte starke Symptome und bin auch in alte (selbstschädigende) Verhaltensmuster zurückgefallen. Darauf folgte eine verstärkte Depression. Seit der Lockerung der Beschränkungen sind allerdings auch wieder mehr Ängste, da die direkte Interaktion mit Menschen schon ungewohnt wurde und erst recht wieder Angst macht. (BET-V153)

Ich persönlich versuche, aus der derzeitigen Entschleunigung Kraft zu schöpfen und negative Informationen aus den Medien nicht so intensiv emotional aufzunehmen. (BET-M119)

Meine Befindlichkeit wurde zusätzlich belastet durch die Krisen der Menschen um mich, die Zuspruch und Motivation von mir wünschten bzw. benötigten. (BET-M154)

Ich habe mehr Zeit für mich und meine Familie. (BET-M131)

Weniger erholsamer Schlaf, schlechte Träume in der Nacht, fehlende persönliche Sozialkontakte, Einsamkeit, Lebensunlust, Alltagsbewältigung fällt mir schwerer. (BET-V150)

Probleme mit der Entschleunigung: von heute auf morgen Homeoffice, als Peerberaterin keine persönlichen Kontakte mehr zu anderen Betroffenen haben mein Morgentief verstärkt. Es hat in etwa 3 Wochen gedauert, bis ich mich an diese berufliche Entschleunigung gewöhnt hatte und auch kein schlechtes Gewissen mehr hatte, weniger zu tun als vorher und Betroffene nicht zu erreichen, denen es durch die Krise vielleicht schlechter geht. Die von außen verordneten Einschränkungen haben bei mir verstärkt zu Beklemmungs- und Ohnmachtsgefühlen geführt und zunehmend gestresst => Angstgefühle sind vermehrt aufgetreten. (BET-R173)

(2) Kontakte mit anderen Menschen

Wie zu erwarten war, berichtet der Großteil der Befragten von einer Reduktion der persönlichen Kontakte mit anderen Menschen. In den Textantworten wird deutlich, wie essenziell persönliche Kontakte für Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf wegen einer länger dauernden schweren psychischen Erkrankung sind.

Einsamkeit war vermehrt, trotz Einsatz technischer Kontaktmittel, spürbar. (BET-R115)

Vieles im öffentlichen Bereich findet derzeit nicht statt - ehrenamtliche Tätigkeit fällt nahezu aus. Ich fühle mich aber nicht einsam, da ich generell gewohnt bin allein zu leben. Außerdem habe ich Verpflichtungen im Elternhaus. (BET-M119)

Ich fühle mich in meiner Freiheit sehr eingeschränkt und es fehlen mir die sozialen Kontakte, die für mich auch wichtig sind, um mich darin orientieren zu können, psychisch stabil zu sein. (BET-V150)

Ich bin in der Selbsthilfe tätig, durch die Krise hatte ich über 8 Wochen kein persönliches Gespräch, ein Telefongespräch kann dieses nicht ersetzen. Die Gruppentreffen fehlten mir daher am meisten.

(BET-M097)

Der Zwang zu Hause zu bleiben, nicht hinauszugehen (war auch Risikogruppe, da ich von einem Krankenhausaufenthalt mit einer Darmsache kam), mich mit meinen Freunden nicht treffen zu dürfen, keinen Arzt zu bekommen, keine vertraute Anlaufstelle zu haben, keinen Kontakt mit meinen vertrauten Therapeuten und Ärzten. Meine Depression meldet sich täglich. Gut war also, die technischen Möglichkeiten zu haben, schlecht für mich ist, nur diese Möglichkeit zu haben und vertraute Menschen nicht sehen zu können.

(BET-M116)

Wenige KlientInnen in der Werkstätte anwesend - nur ich und ein zweiter Klient und die BetreuerInnen, dadurch sind die sozialen Kontakte zu MitklientInnen weggefallen - der Austausch mit anderen KlientInnen ist abgegangen.

(BET-M175)

Zu Beginn war verstärkt Kontakt mit Freunden und Familie und nun kaum noch. Konflikte gab es keine. Ich habe begonnen, handschriftliche Briefe an Freunde zu schicken.

(BET-V153)

Alle Maßnahmen lt. Regierung eingehalten; sozialer Kontakt fehlt sehr.

(BET-G107)

(3) Betreuungsstruktur

Fast alle Antwortenden standen neben ihrer Tätigkeit in einer SHO auch in Betreuung einer PSO. In einer Antwort wird sehr plastisch beschrieben, wie sich die eigene Tagesstruktur im Betreuten Wohnen durch den LD geändert hat. In einem anderen Fall wird Dankbarkeit darüber geäußert, dass der Besuch einer Tagesstruktur weiter möglich war.

Meine Betreuungsstruktur hat sich insofern verändert, dass die Tagesstruktur nicht mehr in der Tagesstätte stattfindet (normalerweise Tagesstätte an einem anderen Ort als betreutes Wohnen), sondern im Wohnungsbereich direkt. Wir sind insgesamt 4 zu betreuende Klienten und täglich kommen zwei Betreuer in der Zeit von 08:00-18:30. Normalerweise schaut die Betreuung so aus, dass morgens für ca. eine Stunde ein Betreuer kommt und nachmittags/abends von 16:00-18:30 Uhr. Ich befinde mich in dem weiterführenden Wohnbereich, heißt in dieser Wohngemeinschaft ist, wie bereits erwähnt, nur mehr eine Teilbetreuung vorhanden. (Davor war ich in der vollbetreuten WG.) Durch die jetzige Situation sind die Betreuer den ganzen Tag anwesend. Änderungen in der Betreuung - vormittags ähnliches Programm wie in der Tagesstätte - Wohnbereich: Reinigung der Wohneinrichtung, Kochen, gemeinsames Mittagessen. Was den Einkauf von Lebensmittel und Haushaltsartikel betrifft - nicht so wie in der Tagesstätte täglich, sondern einmal pro Woche mit Betreuung und einem Klienten ein Großeinkauf. Mittagspause wurde ausgedehnt von normalerweise einer halben Stunde auf eine Stunde. Nachmittagsprogramm statt normalerweise der angebotenen Therapien, bei Schönwetter Ausflüge in die Natur, Arbeiten im Garten, bei Schlechtwetter - Gedächtnistraining und Ansehen von Dokumentationen. Negatives - anfangs die komplette Einschränkung auch schwer ertragbar trotz Terrasse/Garten. Nicht die Möglichkeit Familie/Freunde zu treffen. Gewöhnungszeit gebraucht, dass man immer wieder die gleichen Menschen sieht, ebenso der spätere Beginn der Tagesstruktur, meiner Meinung nach wird es dann schwer, wenn die Tagesstruktur wieder in den dafür vorgesehenen Räumlichkeiten stattfindet, rechtzeitig also früher aufzustehen, und die Pausen statt einer Stunde jetzt dann wieder nur eine halbe Stunde betragen.

(BET-M182)

Gut war, trotz Coronakrise in die Tagesstruktur kommen zu können - sonst wäre "die Decke auf den Kopf gefallen". Bei Nichtanwesenheit wurde immer ein telefonischer Kontakt hergestellt - war positiv.

(BET-M182)

Ich hatte zwar das große Glück, dass meine Therapeutin gut reagiert hat und wir Onlinesitzungen machten, doch das ist für mich die Hölle. Zu den Strahlen, die ich dadurch ausgesetzt war, fehlte mir das vertraute Umfeld der Räumlichkeiten bei ihr. Ich konnte mich sehr schwer konzentrieren und die

Sitzung war viel zu schnell zu Ende. Gut war also, die technischen Möglichkeiten zu haben, schlecht für mich ist, nur diese Möglichkeit zu haben und vertraute Menschen nicht sehen zu können.

(BET-M116)

Symptomverstärkung der Depression - gewohnte Tagesstruktur brach plötzlich weg und musste adäquat, mit den vorhandenen Mitteln und so gut wie möglich, zu Hause ersetzt werden.

(BET-R115)

Ich finde nicht gut, dass die Tagesstruktur wegen Covid-19 geschlossen wurde.

(BET-M177)

(4) Umgang mit der Gefahr einer Infektion mit dem Coronavirus

Bemerkenswert ist, dass nur rund ein Drittel der Befragten Angst vor einer Corona-Infektion angab (siehe auch 3.1.3 C-5).

Keine Angst um mich, aber ein Bewusstsein über meine Verantwortung, insbesondere für die AdressatInnen meiner Sozialen Arbeit. Habe alle Bestimmungen befolgt soweit möglich. (BET-M154)

Ich habe die Maßnahmen eingehalten und fühle mich dabei in meiner Freiheit sehr eingeschränkt - habe Angst, den Erreger zu übertragen. (BET-V150)

Ich hatte und habe mehr Angst, dass einer meiner Liebsten eine Infektion bekommt. Hände regelmäßig waschen/Maske tragen und Abstand halten gehören mittlerweile zum Alltag. Allerdings muss ich aufpassen, dass das Händewaschen nicht zu exzessiv wird... (BET-V153)

Durch meinen Bluthochdruck und Kreislaufprobleme gehöre ich ein wenig zur Risikogruppe. Ich bin daher so viel wie möglich nicht aus dem Haus gegangen, wenn ich jemand hatte, der mir mit dem Hund gegangen ist. Ich habe immer Abstand zu anderen Menschen gehalten, habe mir öfter als sonst die Hände gewaschen. Jetzt in den letzten Tagen habe ich eine Maske getragen. Mit den Maßnahmen hatte ich keine Probleme, nur mit den Mitmenschen, die sich an keine Regeln gehalten haben. (BET-M097)

Ich halte mich an die vorgeschriebenen Maßnahmen und erledige nur notwendige Angelegenheiten außer Haus. Das Maskentragen empfinde ich durchgehend über einen längeren Zeitraum sehr anstrengend (bin Brillenträger). (BET-M119)

(5) Änderungen in der Arbeitsweise der Selbsthilfeorganisation

Es erfolgte rasch eine Umstellung auf telefonische bzw. Online-Kommunikation. Es wurde jedoch beklagt, dass bei vielen Betroffenen der dafür notwendige technische Zugang und das Know-how nicht vorhanden waren. Von vielen Antwortenden wurde das Fehlen persönlicher Kontakte als massive Behinderung der Selbsthilfeaktivitäten gesehen – telefonische Kontakte können die persönlichen Kontakte gerade in diesem Bereich nicht ersetzen.

Sämtliche Selbsthilfegruppen konnten durch die Corona-Krise nicht wie gewohnt vor Ort angeboten werden. Umstellung auf telefonische Beratung: Krisen- und Entlastungsgespräche. Angebot von Gruppentreffen online. Online-Blogs auf der Homepage. Der dafür notwendige technische Zugang und das Know-how vieler Betroffener war nicht vorhanden. Zum anderen kann man mit virtuellen Treffen persönlich gelebte Sozialkontakte nicht ersetzen. Das Angebot war/ist überbrückend notwendig und es ist unerlässlich, so rasch wie möglich wieder persönliche Treffen anbieten zu können. Die dafür nötigen Rahmenbedingungen werden derzeit ausgearbeitet. Somit wird der Zugang zu den Selbsthilfegruppen wieder, wenn auch teilnehmermäßig in eingeschränkter Form, für die gesamte Zielgruppe möglich sein und persönliche Sozialkontakte vor Ort ermöglicht werden. Aufgrund des niederschweligen Angebotes war es schwierig, das neue Angebot zu kommunizieren und Kontakt mit Betroffenen zu halten. (BET-R115)

Der Austausch findet nur über WhatsApp statt. Die meisten Teilnehmer der Gruppe haben nicht die technischen Voraussetzungen, um über Video zu kommunizieren. Ich finde es eher anstrengend, da das Geschriebene zu Missverständnissen führen kann und man auch gut den Problemen ausweichen kann. Wenn ich bei jemandem merkte, dass es ihm schlecht geht, habe ich ihn persönlich angeschrieben und den Vorschlag gemacht zu telefonieren. Dies wurde auch angenommen und im Gespräch konnten dann auch die Probleme besser beschrieben werden und dadurch konnte ich besser auf den Teilnehmer eingehen. Dadurch kam zur Erleichterung bei der Person. (BET-V135)

Da ich in der Selbsthilfe tätig bin, ich leite 4 Selbsthilfegruppen für seelische Gesundheit, weiß ich, wie notwendig es für Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist, jemanden zum Sprechen zu haben. Ich hatte zu den meisten Gruppenbesuchern Kontakt über E-Mail oder Handy, zu den Menschen, die dies nicht hatten, hatte ich die ganze Zeit keinen Kontakt. (BET-M097)

Die Gruppe wird über die Whatsappgruppe weiter betreut. So haben die Teilnehmer auch die Möglichkeit, sich untereinander weiterhin auszutauschen. Die Gespräche sind dadurch nicht nur einmal die Woche, sondern je nach Bedarf. Meine Kollegin und ich halten die Teilnehmer am Laufenden und versuchen regelmäßig nach der Befindlichkeit zu fragen und senden Achtsamkeitsübungen etc. Es ist allerdings schwierig, jeden zu erreichen, da es Teilnehmer gibt, die kaum bis keine Rückmeldungen via Telefon bzw. online geben. Im direkten Kontakt merkt man eher, ob etwas passt oder nicht. (BET-V153)

Umstellung auf telefonieren; Personen waren froh, dass Kontakt telefonisch gehalten wurde.

(BET-G107)

(6) Kritik am Lockdown

Anders als bei den MitarbeiterInnen von PSOs kam von ErfahrungsexpertInnen mehrfach Kritik am LD zur Sprache, und dies also schon während des ersten LD, wo derartige Diskussionen noch nicht gang und gäbe waren. Es ist besonders wichtig, diese Stimmen zu beachten, da sie aus dem unmittelbaren Erleben einer extrem vulnerablen Gruppe kommen.

Vorgaben eingehalten, aber deren Sinnhaftigkeit angezweifelt und öffentlich kundgetan. Bei einer neuerlichen Krise, welche die ganze Gesellschaft betrifft und auch bei anderen Entscheidungen, verstärkte Einbindung von ExpertInnen aus Erfahrung vieler Bereiche (Wirtschaft, Kultur, Gesundheit, Soziale Belange ...) in die Task Force der Regierung, um zu erfahren, wie es in der Bevölkerung wirklich zugeht und was sie tatsächlich benötigt - und das auch ernst zu nehmen und in Entscheidungen entsprechend einfließen zu lassen. Als BürgerIn habe ich den Eindruck, dass politische Entscheidungsträger wenig darüber wissen. Sie wissen kaum etwas darüber, weil Sie finanziell IMMER gut versorgt sind und daher den Bezug zum "kleinen Mann/zur kleinen Frau" verloren haben.

(BET-R173)

Grundsätzlich ist mein Problem mit den Maßnahmen nicht die Maßnahme selber, sondern die Art und Weise, wie sie kommuniziert wird. Dieser Gehorsam, der uns aufgezwungen wird, und mit Strafen gemäßregelt. Das ist in meinen Augen unmenschlich und strafbar. Besser wäre Aufklärung und Eigenverantwortung zu sensibilisieren. Besser muss sein, den freien Willen des Menschen zu wahren in einer Demokratie, wo es immer eine Wahl geben muss! Ich hatte riesige Angst, wenn ich in die Natur ging und die Angst, die Zeit zu überziehen und verhaftet zu werden wiegte mehr als der Erholungseffekt. Das war wirklich aus tiefsten Herzen menschenunwürdig, was da geschehen ist. Freiheitsberaubung und Körperverletzung an Körper, Geist und Seele. Diese Machtspielchen machten mich unsicher und ich habe das Gefühl, selbständig zu denken und eigene Meinung zu haben und Dinge zu hinterfragen ist unerwünscht. Wenn ich das gemacht habe, wurde mir von außen schnell mein psychischer Zustand zur Last gelegt. Das ist menschenunwürdig und stigmatisierend. Die Erfahrungen dieser Wochen sind, dass es vielen Menschen so ging. ... Denn auch die psychisch Kranken sind Teil der Gesellschaft und haben das Recht auf Respekt, Akzeptanz und Wertschätzung. Was ich tun konnte und kann ist in die Natur zu gehen. Das ist meine Krafttankstelle. Doch auch das wurde ja verboten. Nur kurz und zum Luftschnappen?? Was sollte das heißen?? Es ist mehr als

grausam, wie sehr in so einer Krise auf die psychisch Kranken vergessen wird. Wir leiden schon jahrelang unter der Stigmatisierung unserer Gattung und diese Krise hat wieder in mir leider sehr verdeutlicht, dass man nur etwas wert ist, wenn man Leistung - und damit ist gemeint, in der Arbeitswelt mit Lohn oder Gehaltszettel erbringt. Ehrenamtliche Arbeit ist nichts wert. Doch ich sage herzlichen Dank, dass es diese Menschen in der Gesellschaft gibt, denn ohne das Ehrenamt wären mehr Menschen an Hunger und Einsamkeit gestorben als an diesem VirusIch denke, dass in dieser Krise die Menschenrechte auf vielerlei Art und Weise verletzt wurden. Ich kann meine Probleme nicht lösen, da mir der Kontakt ja immer noch untersagt bleibt. (BET-M116)

Probleme ergeben sich für mich durch die schlechte Kommunikation, Nachvollziehbarkeit und den Widerspruch von Regelungen. Beispiele sind die wieder zurückgezogene Oster-Verordnung, die nicht erklärte, nicht nachvollziehbare und damit wenig sinnvolle Bestimmung zum Tragen von Schutzmasken im öffentlichen Raum. (BET-M154)

(7) Was war hilfreich oder was wäre hilfreich gewesen?

Im Folgenden finden sich eine Reihe von Beobachtungen darüber, was die Betroffenen im LD als hilfreich empfunden haben bzw. Gedanken darüber, was hilfreich gewesen wäre. Die Themen sind sehr unterschiedlich.

Hilfreich war die Möglichkeit von Video-Konferenzen und -Telefonaten, die ich zuvor nicht in Anspruch genommen habe. Insbesondere für meine Leitung einer psychosozialen Selbsthilfegruppe war dies hilfreich, da Gruppentreffen weiter stattfinden konnten. Ich denke, dass dies mir auch weiter das Gefühl gab, etwas Nützliches und Sinnvolles zu tun, unabhängig meiner Sozialen Arbeit. (BET-M154)

Besonders hilfreich war für mich, dass ich einen PC, Radio und einen Fernseher hatte, so hatte ich viele Informationen zur Hand, denn es gab ja keine offiziellen Informationen für die Bevölkerung von den Behörden. Es gibt viele alte Menschen in Österreich, die das nicht haben, auf die wurde ganz einfach vergessen. (BET-M097)

Telefonische Therapie für mich war hilfreich; weniger Medienkonsum für die Betroffenen wäre hilfreich. (BET-G107)

SOZIALKONTAKTE, wenn auch die neue technische Form den persönlichen Kontakt auf Dauer nicht ersetzen kann. Persönliche Erreichbarkeit von Ärzten, Behörden etc. (BET-R115)

Ich bin nicht Risikoperson und habe keine spezielle Hilfe benötigt. Wir brauchen eventuell noch über längere Zeit eine fixe Möglichkeit elektronisch in Kontakt zu sein (psychosoziale Betreuung) z. B. uneingeschränkte kostenfreie Tools zum Online-Meeting - Versionen für Smartphones - Vernetzung mehrerer Kooperationspartner - Bereitstellung von höheren Datenvolumen der Netzbetreiber zu günstigem Preis. (BET-M119)

Für mich war und ist wichtig, zumindest über Medien in Kontakt zu bleiben. (BET-V127)

Ein Freund, der für mich da und mir nahe ist. (BET-V150)

Einfachere Medikamentenverschreibung und ohne Arztbesuch. (BET-M152)

Mir hat es sehr geholfen, mein Zuhause "frei von Corona" zu halten. Medien habe ich bewusst gemieden und mir die Infos nur bewusst und von seriösen Quellen gesucht, bzw. mir für mich relevante Infos der Pressekonferenzen von Freunden zusammenfassen lassen. (BET-V153)

Nachvollziehbarkeit politischer Entscheidungen im Internet für die BürgerInnen und Medien, Stichwort: Transparenz. Besserer Umgang mit konstruktiver Kritik. (BET-R173)

Arztattest, ob die Person eine Homeoffices oder Freistellung von Dienst braucht. (BET-M177)

Dass in einer betreuten Einrichtung wohnhaft, weil problemlos Hilfe bei Abholen von Medikamenten und Besorgen von Nahrungsmitteln/Toilettenartikeln. (BET-M182)

Besonders hilfreich war die Arbeit von Ehrenamtlichen und der Gemeinde. Hilfreich war für mich persönlich der PC, durch den ich den Kontakt zur Außenwelt herstellen konnte, wenn ich es auch nur eingeschränkt schaffe, doch das Wissen um die Möglichkeit ist hilfreich. (BET-M116)

Hilfreich würde ich in jedem Fall gut durchdachte Regelungen und Maßnahmen finden, die einfach erklärt und nachvollzogen werden können. Insbesondere im Bereich meiner Ausbildung waren beinahe alle Informationen unpräzise, nicht nachvollziehbar und wurden auch nach Rückfragen nicht anders erklärt, was ein Gefühl von Willkür und damit Ärger entstehen ließ. Dies ist insbesondere frustrierend, wenn eine Bildungswissenschaftlerin zu einer Pressekonferenz geladen wird und betont, dass klare, nachvollziehbare Informationen wichtig sind. Abgesehen davon, dass der Umgang mit Krisensituationen Teil der Ausbildung war und dies auch enthielt. (BET-M154)

3.2.2 Befragung von AngehörigenexpertInnen einer Selbsthilfeorganisation

Analog zur Einladung an die drei SHOs von und für ErfahrungsexpertInnen wurde am 30. April 2020 eine Einladung an eine österreichweit tätige SHO von Angehörigen psychisch Kranker mit der Bitte ausgeschickt, ihre Mitglieder mit aktiven Vereinsfunktionen, hier AngehörigenexpertInnen genannt, zu ersuchen, einen verlinkten anonymen Fragebogen zu beantworten. Bei der Beurteilung der Antworten ist – ähnlich wie bei den Antworten der ErfahrungsexpertInnen (> 3.2.1) – zu beachten, dass durch den gewählten Weg der Befragung von Mitgliedern einer Selbsthilfe-/Interessensvertretungsorganisation Personen angesprochen wurden, die sich besonders für das Thema einer adäquaten Versorgung psychisch Kranker interessieren und sich dafür engagieren. Außerdem handelt es sich um Angehörige, die sich explizit und aktiv um ihr krankes Familienmitglied kümmern.

Die Zahl der Antworten war mit 16 auswertbaren Fragebögen sehr klein. Durch einige geschlossene Fragen können wir die TeilnehmerInnen an der Befragung mit einigen Merkmalen charakterisieren. Antworten trafen aus fünf Bundesländern ein. 11 der 16 Antworten waren von Müttern von erwachsenen psychisch kranken Kindern, darunter waren allein neun Mütter psychisch kranker Söhne - eine der häufigsten Konstellationen in SHOs von Angehörigen von Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Die Hälfte aller Antwortenden war schon über 60 Jahre alt und knapp zwei Drittel der kranken Familienmitglieder waren schon länger als zwei Jahre in Betreuung, überwiegend in ambulanter, mobiler, tagesstrukturierender oder Freizeitbetreuung, d.h., sie wohnten bei den Angehörigen oder in einer eigenen Wohnung.

Wie in der Befragung von Führungskräften und BetreuerInnen von PSOs und von ErfahrungsexpertInnen in SHOs wurde auch hier primär um Schilderung der Erfahrungen in Textform ersucht. Die erhaltenen Textantworten bestanden aus insgesamt rund 3000 Wörtern. Ähnlich wie bei der Befragung von ErfahrungsexpertInnen, konnte auch hier wegen der geringen Zahl auswertbarer Textantworten keine detaillierte thematische Textanalyse mit einer großen Zahl von Subkategorien durchgeführt werden (wie bei den 243 Antworten der PSO-Studie mit 70.000 Wörtern). Die Antworten wurden hier sechs großen Themenkreisen zugeordnet, die sich inhaltlich teilweise überschneiden. Zunächst zitieren wir Berichte darüber, wie die erkrankten Angehörigen den LD gut bewältigt haben, zum Teil ohne (1), zum Teil mit eigens hervorgehobener Unterstützung durch die PSOs (2). In einer dritten thematischen Gruppe werden negative Erfahrungen geschildert (3). In einigen Rückmeldungen wurde Kritik an der psychiatrischen Versorgung ausgedrückt (4), auch wurde Kritik an der Informationsvermittlung über den LD geübt (5). Ein abschließender Abschnitt enthält Äußerungen über die wichtige Rolle der Angehörigenselbsthilfe (6). Textteile, die eine Identifizierung einer Institution oder eines kranken Familienmitglieds ermöglicht hätten, wurden im Sinne einer völligen Anonymisierung adaptiert. Weitere wörtliche Zitate finden sich in einem online zugänglichen Anhang²³. Insgesamt geben die Berichte ein eindrucksvolles und bewegendes Bild davon, wie Angehörige für ihre psychisch kranken Familienmitglieder sorgen, aber auch, wie belastet sie dadurch sind.

(1) Die erkrankten Angehörigen haben den Lockdown gut bewältigt

Es ist etwas überraschend, dass viele Berichte positiv sind. Zunächst bringen wir hier einige Zitate, die eine Unterstützung durch PSOs nicht erwähnen und darstellen, wie die gute Bewältigung der Situation durch familiären Zusammenhalt und die eigenen Ressourcen des kranken Familienmitglieds möglich war.

Was meinen psychisch erkrankten Sohn (35 Jahre, Schizophrenie) betrifft: Er wohnt in meinem Haushalt, verlässt seit 2011 so gut wie nicht das Haus - es geht ihm dennoch seit ca. 2 Jahren recht gut, er ist medikamentös gut eingestellt und etwaige Krisen kann er inzwischen in kürzester Zeit selbst wieder überwinden. Mit seinem betreuenden Psychiater kann er - wie schon vor Corona - jederzeit via Mail Kontakt halten. Für ihn hat die Corona-Krise nichts verändert: Medikamente und alle anderen lebenswichtigen Dinge besorge ohnehin seit Jahren immer ich. Kontakte hat er reichlich via Internet. Für ihn ist die Corona-Krise insofern 'positiv', als er sich nun mit seiner Isolation nicht mehr als Außenseiter, sondern mitten drinnen in der Gesellschaft fühlt. An seinem Leben hat Corona nichts verändert. ... Unser 'Zusammenleben' ist genauso gut wie vor Corona (unsere Kommunikation ist grundsätzlich nur in psychischen Krisenphasen getrübt, die sich natürlich immer wieder einmal einstellen). Die einzige Auswirkung, die ich bei ihm manchmal durchklingen höre, ist die Sorge um mich bzw. dass es mich für ihn durch Corona bald nicht mehr geben könnte. (ANG-V067)

Mein Angehöriger, der erfreulicherweise schon längere Zeit recht stabil ist, hat die Coronakrise bis jetzt gut bewältigt. Die Ausgangsbeschränkungen betrafen ihn insoweit, dass er gewisse Freizeitgruppen, die er ansonsten ziemlich regelmäßig besucht, nicht besuchen konnte. Er ging / geht nur zum Einkaufen und Geld abheben außer Haus. Er nahm die Ausgangsbeschränkungen nicht zu dramatisch, er befürwortete sie, da er Angst vor Ansteckung hatte / hat. Er beschäftigt sich nach wie vor mit Hobbies (Klavier spielen, Puzzle machen, Internet surfen, ...) und sagt, dass ihm nicht fad ist. Ich besuchte ihn trotz Beschränkungen einmal pro Woche, da eine Betreuung mit Gesprächen, ein bisschen Haushalt machen und kleinere Belange notwendig war. Wir trafen uns mit den Vorkehrungen wie Hände waschen und Mundschutz tragen. Ansonsten sind wir wie vor der Coronazeit telefonisch in Verbindung. (ANG-V066)

Wir haben mit der Corona Krise Verbesserungen und Erleichterung erlebt. Als der Lockdown ausgerufen wurde, hat sich unsere Tochter im Haushalt ihres Freundes gemeinsam mit seinen Eltern und seiner Schwester aufgehalten. Wir haben sie gebeten, sich zu entscheiden nur an einem Ort zu bleiben zumindest für die nächsten 3 Wochen ... Ihre Therapie und der Ortswechsel, das Zutrauen in ihre Fähigkeiten und selbstständigen Entscheidungen, haben sie frei und froh gemacht. Auf mich wirkt sie gefestigt, etwas offener, vielleicht auch ehrlicher als davor! Sie handelt wieder reflektiert und die Beziehung wirkt stabilisierend. Ich wünsche mir, dass sie viel Glück verspürt, und musste sie loslassen. Wenn sie Hilfe oder Stütze wollte, hat sie angerufen oder ist im Videochat aufgetaucht. Wir sind voll Hoffnung, dass sie hier für sich einen gangbaren Weg gefunden hat. Es sieht nach neuer Perspektive aus.... (ANG-R089)

(2) Lob für die Unterstützung durch die PSOs im Lockdown

Einige Berichte über die positive Bewältigung des LD durch die kranken Familienmitglieder und die Familien heben die Hilfe durch PSOs²⁴ besonders hervor.

Mein Sohn war sofort bemüht, alle Regeln einzuhalten, um sich und andere durch eine Ansteckung nicht zu gefährden. Er wohnt selbständig und hat uns erst wieder besucht, als die Lockerungen öffentlich bekannt gegeben worden sind. Eine weitere gute Erfahrung war, dass er sich über seine Gefühle äußerte. Er war gewohnt, 2x wöchentlich zu uns zu kommen. Er hat nach ca. vier Wochen artikuliert, dass es ihm abgeht uns zu besuchen. Weiters gehen ihm die Gruppentreffen vom PSD ab. POSITIV überrascht bin ich über die Betreuung des PSD während der Pandemiezeit. Mein Sohn wurde wöchentlich vom PSD angerufen, ob es ihm gut gehe, ob er etwas braucht und ob bei Bedarf

jemand vom PSD vorbeikommen solle. [Hilfreich war] die vereinfachte Rezeptbeschaffung via Apotheke. (ANG-V167)

Es fanden keine Aktivitäten des psychosozialen Dienstes mehr statt. Dies war immer wichtig für die Tagesstruktur und die Aufrechterhaltung von Sozialkontakten. Die Betreuer tun aber ihr Bestes und halten mit meinem Bruder telefonisch Kontakt. Immerhin konnte ein Teil der gewohnten Tagesstruktur durch die weiterhin aufrechte Beschäftigung im Familienunternehmen gesichert werden. Deshalb kam es während der Zeit Gott sei Dank zu keiner psychischen Krise oder zu einem Rückfall. Nur leider geht es nicht allen so. Mein Bruder hat gehört, dass viele seiner Kollegen diese Umstellung nicht bewältigt haben und stationär auf der Psychiatrie aufgenommen werden mussten. (ANG-M100)

Mein Sohn hat sich sehr eingeengt gefühlt. Da wir zu zweit leben, Tage lang war ich die einzige Person, mit der er live Kontakt hatte. Wenig Ausgänge, wenig Möglichkeiten einander auszuweichen. Er hat zeitweise sehr viel Zeit in seinem Zimmer verbracht, jedes Mal, wenn sein Stimmungstief aufgetreten war. 2-3 mal am Tag hat er sich Ausgänge gegönnt, ob das Joggen, Fahrradfahren, oder nur Spazieren war. Irgendwann sind wir sogar gemeinsam spazieren gegangen. Sehr gut hat er reagiert auf Ausflüge in den Wald und Bärlauch pflücken, sowie gemeinsames Kochen danach. Was ihm noch sehr gut getan hat sind Telefonate mit seinen Freunden und seinem Vater, aber am meisten haben ihm gut getan die Telefonate mit seinen Betreuerinnen vom PSD. Danach hat er immer bessere Laune gehabt und wir konnten besser kommunizieren. Letzte Woche ist er auch persönlich zu einer Therapie zum PSD gegangen. Ich habe mich, wie immer, zurückgehalten und gewartet, dass sich seine Stimmung wieder verbessert. In solchen Momenten habe ich erfahren, dass er in seinem Zimmer z.B. trainiert hat, oder Yoga gemacht, Videospiele gespielt, was geschrieben, gelesen oder gezeichnet hat, telefoniert, Gitarre gespielt, usw. (ANG-V130)

[Hilfreich war] der telefonische Kontakt mit Betreuern der Kranken. (ANG-V075)

Mein Sohn lebt in einem Wohnheim und bis zur Krise habe ich ihn 2x wöchentlich abgeholt und er ist dann mit mir zu mir nach Hause gefahren. Das war dann nicht mehr möglich. Er hat längere Zeit die Coronakrise überhaupt nicht verstanden. Aber da ich ihn regelmäßig außerhalb des Wohnheims treffen konnte - das Heim war nie gesperrt, ich wurde nur ersucht, ihn nicht in seiner Wohnung zu besuchen - hat er die Krise bis jetzt halbwegs gut überstanden. Vorige Woche konnte ich ihn zum 1.x wieder zu mir nach Hause mitnehmen... [Hilfreich war] die gute Betreuung im Wohnheim. (ANG-V098)

(3) Negative Erfahrungen

Negative Berichte waren seltener, vielleicht auch deshalb, weil viele Angehörige mit negativen Erfahrungen durch den LD so sehr in Anspruch genommen waren, dass sie die Energie zur Beantwortung des Fragebogens nicht aufbrachten.

Bruder vereinsamte mehr als sonst, glaubte, selbst an Corona erkrankt zu sein, isolierte sich vollständig - zum Arzt würde er ohnehin nie gehen. Er konnte seine regelmäßigen Ausflüge in die Stadt nicht umsetzen und wollte auch nicht besucht werden. Er hinterfragte mehr als sonst den Sinn zu leben. (ANG-R070)

Sehr schwierige Zeit, weil die psychisch Kranke für 14 Tage in Quarantäne musste, weil in ihrem Umfeld Personen positiv getestet waren. Sie war in ihrer sehr kleinen Wohnung ohne Kontakte total isoliert und ohne ihre Betreuung. Wir waren alle in großer Sorge wegen eines Rückfalls und der Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes. Zum Glück bewältigte sie diese Situation besser als erwartet. Es ging ihr eigentlich ganz gut. Erst als sie wieder in die Öffentlichkeit durfte, hatte sie Ängste wieder hinaus zu gehen und als sie zum 1. Mal jemand mit Maske besuchte, war sie sehr irritiert und die Maske musste vorerst wieder abgenommen werden. (ANG-V075)

Am Anfang stand bei meinem Sohn ein wenig die Angst im Vordergrund, bei mir die Sorge um einen geregelten Tagesablauf. Er konnte jedoch dann zu Arbeiten im Haushalt motiviert werden (kochen, staubsaugen) und kümmerte sich um den Einkauf für die Großeltern. Immer wieder kam es jedoch auch zu depressiven Phasen, wenn soziale Kontakte mit Freunden sehr fehlten. Ein Ablenken mit Playstation war oft nicht entspannend, zuletzt konnte er ein wenig Abwechslung mit online Schach finden. (ANG-A094)

Fehlender familiärer Kontakt an wichtigen Feiertagen (Ostern, Geburtstage). Treffen mit Distanzierung im Freien. Geburtstage nur per Video-Chat. (ANG-M090)

Durch Homeoffice gehäuft unangenehme Konfrontation. Kind ist überstürzt ausgezogen und wohnt bei diversen Freunden. (ANG-V153)

Anfänglich gab es keine Änderung in Verhalten und Befindlichkeit, ganz im Gegenteil, eher zufrieden, dass wir Eltern auch dauerhaft zu Hause waren, danach sanken Laune und Befindlichkeit stark ab, Angstvorstellungen herrschten vor, habe das auf die bedrohliche Darstellung der Situation in den Medien zurückgeführt, der man sich kaum entziehen konnte, auch ohne Fernsehen nicht ... [Hilfreich war] gemeinsames Essen mit ausgiebigen Gesprächen zu den öffentlichen Themen und Ängsten der Familienmitglieder. (ANG-V177)

(4) Kritik an der psychiatrischen Versorgung

Angehörige, die sich um ihr krankes Familienmitglied sorgen, haben eine besonders gute Wahrnehmung für im Alltag der Versorgung vorhandene Probleme, und zwar nicht nur ihrer eigenen - Mitglieder einer SHO können aus dem Austausch der Erfahrungen mit anderen Angehörigen auch Probleme des Versorgungssystems besser erkennen, wie einige der folgenden Berichte zeigen.

Mein Sohn (schizophren-paranoid diagnostiziert) lehnt ein Handy ab... es ist daher sehr schwierig mit ihm zu kommunizieren... ich habe mich auf Covid19 testen lassen... neg. Befund... habe die WG-Leitung angerufen und um Ausnahme für Besuchserlaubnis gebeten... ich im Garten, er 5 m entfernt in der Tür seines Zimmers... nach interner Besprechung wurde das abgelehnt... Auf der Fahrt zum 30min. Besuch bei meiner 94jährigen Mutter im Pflegeheim ... erfahre ich tel. von der WG-Leitung, dass mein Sohn nach Rücksprache mit dem Sachwalter (dieses Wort passt besser, da mein Sohn seit Jahren wie eine Sache behandelt wird...) am heutigen Tag in ein Pflegeheim mit Schwerpunkt Demenz überstellt (= abgeschoben) wird.... da ist er gleich wieder 14 Tage in Quarantäne.... ich hoffe sehr, dass mein fast 39jähriger Sohn unter alten, dementen Menschen bzw. geistig eingeschränkten jüngeren seinen Lebensmut nicht verliert... falls seine Sedierung reduziert wird... (ANG-A147)

Ein wichtiges Problem, das schon vor Corona bestand, aber in Corona-Zeiten sicher noch gravierender zu verspüren ist: Das fehlende 'home-treatment' in der psychiatrischen Versorgung - es wäre dringend an der Zeit, dass Psychiater (und Therapeuten,..) zu Patienten nach Hause kommen, wenn diese keinen Arzt aufsuchen können, aber gerade eben in dieser Phase am dringendsten der medizinischen/therapeutischen Hilfe bedürfen. Ebenso fehlt ein niederschwelliges (externes) Angebot der Unterstützung in Krisen (Krisenbetten, Weglaufhaus, ..). Ein Problem durch Corona: Angehörige, die nicht im gleichen Haushalt mit ihren Erkrankten leben, können diese jetzt nicht wie gewohnt besuchen und versorgen, erleben die Krise via Telefon, können überhaupt nicht unterstützen oder 'eingreifen' (z.B. bei manischen Phasen) und kommen emotional um vor Sorge und Hilflosigkeit. Hinzu kommt, dass die bislang bestehenden - und oftmals erst nach langer Zeit 'erkämpften' - Unterstützungen durch professionelle Einrichtungen derzeit nur via Telefon stattfinden. Dies ist natürlich nur ein vglw. schwacher Ersatz und birgt bei jenen Erkrankten, die noch nicht lange in Betreuung stehen und dieser Betreuung auch nur schwer zugestimmt haben, die Gefahr, dass die Betreuung nach Corona nicht mehr stattfinden bzw. von den Erkrankten abgelehnt wird.

(ANG-V067)

Zu geringe Anzahl der Betreuer Es muss mehr Geld in die häusliche Betreuung investiert werden, um dem Staat die Finanzierung der teuren Krankenhausaufenthalte zu ersparen.
(ANG-V075)

Psychische Erkrankungen müssen im 21. Jahrhundert endlich als normale Krankheit gesehen werden und das bitte auch von den Krankenkassen!!!
(ANG-N096)

Ich finde, dass die Therapeuten, die meine Schwester behandelten, den Kollaps meiner Schwester besser auffangen hätten können, indem wir eine Möglichkeit gehabt hätten, kurzfristig Informationen an den Therapeuten zu übermitteln. So wusste die Familie erst sehr spät, welcher Therapeut zuständig ist, und der Therapeut wusste erst sehr spät, was vorgefallen war.
(ANG-M090)

(5) Kritik an der Informationsvermittlung über den Lockdown

Ähnlich wie von den ErfahrungsexpertInnen kam es auch von mehreren Angehörigen-expertInnen im Zusammenhang mit dem LD zu Kritik, allerdings unter dem Aspekt der Angst erzeugenden Art der Informationsvermittlung darüber.

Durch "Angstmacherei" in Medien wird das Zurückziehen in die eigenen 4 Wände übertrieben ausgeübt. Keine Lösung.
(ANG-M090)

Weniger Angstmake von oben.
(ANG-V070)

Weniger Angstmacherei.
(ANG-V153)

Weniger bedrohliche Darstellung durch die Repräsentanten der Regierung in den Medien, weniger Polizeieinsatz, mehr Appell an Eigenverantwortung.
(ANG-V177)

(6) Unterstützung durch die Selbsthilfestruktur

Die Angehörigen haben mehr über die Befindlichkeit ihres kranken Familienmitglieds geschrieben als über die eigene, allerdings die Unterstützung für sich selbst durch die anderen Angehörigen hervorgehoben.

Ich selbst habe es als positiv empfunden, dass sich die Selbsthilfeorganisation immer wieder per Email, wie gewohnt, gemeldet hat und ich das Gefühl gehabt habe, dass sie bei Bedarf für einen da ist. DANKE!
(ANG-V167)

Ich zähle zu einer Höchst-Risiko-Gruppe - Alter plus vor allem schwere COPD und Lungenkrebs - ich muss also ganz extrem vorsichtig sein, denn der Corona-Virus wäre sicher mein Todesurteil. ... Ich werde meine ehrenamtliche Tätigkeit als Hochrisiko-Person vermutlich bis zum Impfstoff nicht mehr (voll) ausüben können. Die Lösung sehe ich teilweise in gesicherten persönlichen Einzel-Kontakten sowie telefonischen Gesprächen, sofern möglich bzw. sich die anstehenden Probleme telefonisch klären lassen. Allerdings: In der Regel gibt es viele Besprechungen/Zusammenkünfte in größeren Gruppen, von denen ich vermutlich noch lange fernbleiben muss. ... [Hilfreich war für mich] der Kontakt zu meinen ehrenamtlichen Kolleginnen (telefonisch und via Video-Konferenz) und die Aufgaben, die ich zu Hause am PC für mein Ehrenamt erledigen kann - das 'erfüllt' den Tag.
(ANG-V067)

4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Der Rahmen der Studie

Thema der Studie

Personen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf wegen einer länger dauernden psychischen Erkrankung können heute weitgehend selbstbestimmt „in der Gemeinde“ leben, größtenteils, weil sie von sozialpsychiatrisch tätigen Psychosozialen Organisationen kontinuierlich unterstützt werden. Herauszufinden, wie die von einer psychischen Erkrankung Betroffenen, ihre Angehörigen und die Psychosozialen Organisationen mit dem ersten Lockdown im März und April 2020 umgegangen sind, war Thema der vorliegenden Studie. Vorsicht mit der Generalisierung auf spätere Lockdowns ist geboten, da sich der erste Lockdown, auf den allein sich diese Studie bezieht, von späteren in mehrfacher Hinsicht unterscheidet – etwa durch den abrupten Beginn, der keine Vorbereitung erlaubte; das kaum vorhandene Wissen über das Coronavirus und die Coronakrankheit; die Schreckensmeldungen der Medien aus anderen Ländern; den Schulterschluss der Politik in der Kundmachung von strengen Einschränkungen der sozialen Kontakte; die eingeschränkten Testmöglichkeiten; die fehlende Aussicht auf einen Impfstoff; schließlich die begrenzte Verfügbarkeit von Schutzmaterialien. Der Bericht gibt damit eine Basis dafür ab, die Situation des ersten Lockdowns mit späteren Entwicklungen in der Corona-Pandemie zu vergleichen.

Authentizität der Ergebnisse

Wegen der Anonymität der Befragung können die Ergebnisse dieser Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität im strengen epidemiologischen Sinn stellen, haben aber eine hohe Authentizität. Die erhaltenen Erfahrungsberichte über den ersten Corona-Lockdown kommen direkt aus dem Alltag des Lebens mit einer psychischen Erkrankung und aus dem Alltag der sozialpsychiatrischen Hilfen für Personen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf wegen einer länger dauernden schweren psychischen Erkrankung. Von Psychosozialen Organisationen gingen 243 ausführliche Textantworten ein, von ErfahrungsexpertInnen 20 und von AngehörigenexpertInnen 16. Die Ergebnisse zeugen von überwiegend hohem Stress und negativen Folgen für alle Beteiligten und können im Detail in den jeweiligen Abschnitten des Berichtes nachgelesen werden. Hier konzentrieren wir uns auf einige gesundheits- und sozialpolitische Probleme, die durch das „Brennglas der Krise“ besonders sichtbar geworden sind.

Unterschied zu Umfragen über die psychische Befindlichkeit in der Bevölkerung

Für den ersten Corona-Lockdown im März und April 2020 haben viele Studien gezeigt, dass in der Bevölkerung Verunsicherung, Angst, gedrückte Stimmung, Sorgen und Leiden unter der sozialen Isolation zugenommen haben. Diese Aspekte waren auch für das Thema der vorliegenden Studie relevant, jedoch traten bei Personen, die schon länger von einer schweren psychischen Erkrankung betroffen waren, ihren Angehörigen, sowie bei den Psychosozialen Organisationen, die kontinuierliche sozialpsychiatrische Betreuungsleistungen erbringen, auch sehr spezifische Probleme auf. Diese hängen eng mit der Tatsache zusammen, dass persönliche Begegnungen, gemeinsames Handeln und Bewegung im öffentlichen Raum für die heute angestrebte Inklusion psychisch erkrankter Menschen essenziell sind und wesentliche Elemente der sozialpsychiatrischen Betreuung darstellen. Gespräche allein genügen nicht. Und im Lockdown waren persönliche Kontakte und gemeinsames Handeln plötzlich „toxisch“.

Die psychiatrische Versorgung in Österreich und die Rolle des sozialpsychiatrischen Sektors

Unterschied zwischen der sozialpsychiatrischen Versorgung und anderen Versorgungssektoren

Die überwiegend dem Non-Profit-Sektor zuzuordnenden Psychosozialen Organisationen sind die Einzigen im österreichischen System der psychiatrischen Versorgung, die sich dem komplexen

Unterstützungsbedarf von Personen mit einer länger dauernden schweren psychischen Erkrankung widmen. Sie tun dies mit multiprofessionellen Teams, die ihre KlientInnen in persönlichen Begegnungen in verschiedensten Modalitäten wohnortnahe betreuen – ambulant, mobil, in Tagesstruktureinrichtungen, in betreuten Wohnsettings, in Freizeit- und Beschäftigungsangeboten. Diese Personen nehmen zwar auch Hilfe im niedergelassenen Bereich in Anspruch, jedoch verfügt der niedergelassene Sektor nicht über die komplexen Ressourcen, die hier benötigt werden. Krankenanstalten hinwiederum sind nur für kurze stationäre Aufnahmen zuständig und der von der Pensionsversicherung finanzierte Rehabilitationsbereich betrifft de facto kaum schwer psychisch Kranke und bietet überdies lediglich zeitlich umschriebene, nur wenige Wochen dauernde ambulante oder stationäre „Reha“ an. Die Sachlage wird noch dadurch kompliziert, dass das österreichische Gesundheitsversorgungssystem durch einen hohen Fragmentierungsgrad gekennzeichnet ist, was einer Kontinuität der Behandlung abträglich ist. Dies hat sich besonders im Lockdown gezeigt.

Der sozialpsychiatrische Sektor musste seine Langzeitbetreuung aufrechterhalten – andere Bereiche wurden heruntergefahren

Im Corona-Lockdown haben Krankenanstalten die Aufnahmen eingeschränkt, Rehabilitations-einrichtungen wurden geschlossen und der niedergelassene Bereich funktionierte nur reduziert. Die Psychosozialen Organisationen konnten ihre KlientInnen nicht allein lassen - die auf Kontinuität beruhende sozialpsychiatrische Betreuung von schwer psychisch erkrankten Menschen musste weiterlaufen, dies nicht nur unter den hinderlichen Bedingungen der dem Wesen der sozialpsychiatrischen Betreuung zuwiderlaufenden Auflagen der Kontaktbeschränkungen, sondern vielfach auch trotz wirtschaftlich bedrohlicher Umstände. Mit beiden Aspekten befassen wir uns im Folgenden genauer.

Persönliche Begegnung, gemeinsames Handeln und Bewegung im öffentlichen Raum als Alleinstellungsmerkmal der sozialpsychiatrischen Betreuung

Maßnahmen der Psychosozialen Organisationen zur Aufrechterhaltung der persönlichen Kontakte

Den Distanzierungsaufgaben wurde von den PSOs mit bemerkenswerter Kreativität begegnet, um persönliche Kontakte so lange wie möglich aufrechtzuerhalten - und dies trotz komplexer Personaleinsatzprobleme wegen Krankenständen, Quarantäne und der Notwendigkeit der Beachtung von persönlichen Risikofaktoren, was häufige Dienstplanänderungen notwendig machte. Typische Maßnahmen des Abstandsmanagements waren Reduktion von Gruppengrößen, Teilen von BetreuerInnenteams, Einrichten von Schleusen, Verlegung persönlicher Begegnungen ins Freie, Zugangs- und Zeitmanagement und auch Umstellen von Möbeln – dies alles so lange, bis es unvermeidlich war, auf telefonische oder Online-Kontakte umzustellen (weil etwa Tagesstruktureinrichtungen geschlossen werden mussten). Die telefonische bzw. Online-Betreuung von KlientInnen wurde überwiegend nur als Notlösung eingestuft - etliche KlientInnen gingen dabei „verloren“. In größeren Organisationen wurden Krisenstäbe eingesetzt, die die Lage laufend beobachteten und für die verschiedenen Betreuungsbereiche laufend Adaptierungen vornahmen.

Betreuungsmodalitäten

Die sozialpsychiatrischen Interventionen waren je nach Betreuungsmodalität vom Lockdown unterschiedlich stark betroffen. Im ambulanten Bereich war es zum Teil einfacher, auf telefonische bzw. Online-Kommunikation zu wechseln (mit allen Nachteilen, die sich für die Behandlungs- und Betreuungsqualität ergeben, ähnlich wie im Bereich der Psychotherapie), bei tagesstrukturierenden Maßnahmen, Beschäftigungs- und Freizeitaktivitäten war dies naturgemäß kein Ersatz für persönliche Begegnungen. Der betreute Wohnbereich musste weiter funktionieren, war jedoch, wenn er auf außerhalb der Wohnung lokalisierte Tagesstruktureinrichtungen angewiesen war, durch deren Fehlen massiv beeinträchtigt. Die Terminologie für die Betreuungsmodalitäten und die zugehörige Tarifstruktur sind von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich. So fällt etwa das, was in der

Literatur als „aufsuchende Hilfe“ bezeichnet wird, in einem Bundesland unter „Wohnassistenten“, in einem anderen unter „mobile sozialpsychiatrische Betreuung“ und in einem dritten unter „Teilbetreutes Wohnen“. Die Zuordnung der Antworten zu einzelnen Betreuungsmodalitäten war nicht durchgehend möglich und ein Vergleich verschiedener Betreuungsmodalitäten lag außerhalb der Möglichkeiten dieser anonymen Online-Befragung.

Warum sind persönliche Begegnungen, gemeinsames Handeln und Bewegung im öffentlichen Raum essenziell für die sozialpsychiatrische Betreuung in der Gemeinde?

Schon vor einem halben Jahrhundert wurde in internationalen Studien belegt²⁵, dass die „Chronizität“ in den psychiatrischen Anstalten, die vorwiegend PatientInnen mit Schizophrenie betraf, zu einem beträchtlichen Teil von der anregungsarmen Atmosphäre und der hierarchischen Struktur der Anstalten selbst erzeugt wurde und meistens nicht einfach einer Eigenschaft der Krankheit der Betroffenen entsprach. Einmal außerhalb der Anstalten, ist bei diesen psychisch schwer kranken Menschen ein krankheits- und umgebungsabhängig fluktuierender komplexer Unterstützungsbedarf apparent geworden, dem nicht nur mit Medikamenten oder herkömmlicher Psychotherapie entsprochen werden kann, sondern der auch komplexe sozialpsychiatrische Maßnahmen benötigt. Durch das den Prinzipien „Inklusion“, „Empowerment“ und „Autonomie“²⁶ entsprechende selbständige Leben „in der Gemeinde“ ist offenkundig geworden, dass „einmal krank“ nicht „immer krank“ heißen muss, dass Beeinträchtigungen in manchen Lebensbereichen bestehen können, in anderen nicht, und dass die Beeinträchtigungen zeitlich und umgebungsabhängig fluktuieren können; dass sich neue Chancen für eine Besserung ergeben können²⁷, dass es aber durch die Partizipation am gesellschaftlichen Leben auch zu Belastungen und Risiken kommen kann, woraus Verschlechterungen resultieren können. Wie es der englische Sozialpsychiater John Wing formulierte: Die betroffenen Personen müssen in der Gemeinde einen „Seiltanz“ durchführen zwischen einerseits Überstimulierung, die zu Rückfällen führen kann, und andererseits Unterstimulierung, die zu Rückzug und Verlust von therapeutischen Fortschritten Anlass gibt (letzteres wurde von BetreuerInnen der Psychosozialen Organisationen mehrfach als typisch für den Lockdown beschrieben). ErfahrungsexpertInnen haben betont, wie schwierig Selbsthilfe ohne persönliche Kontakte ist. Angehörige haben berichtet, dass sie sich besonders (aber nur zum Teil erfolgreich) bemüht haben, ihre getrennt wohnenden kranken Familienmitglieder persönlich zu treffen. KlientInnen von PSOs haben gemeinsame Spaziergänge organisiert.

Sozialpsychiatrische Maßnahmen sind mehr als Defizitausgleich und Fürsorge

Den PatientInnen durch sozialpsychiatrische Maßnahmen zu helfen, diesen schwierigen Seiltanz zwischen Chancen und Risiken zu bewältigen, ist eine der Hauptaufgaben der Psychosozialen Organisationen mit ihrem breiten Spektrum an sozialpsychiatrischen Leistungen – es handelt sich also nicht nur um „Defizitausgleich“ und „Fürsorge“ und auch nicht nur um Hilfe zur Integration bzw. gesellschaftlichen Teilhabe. Der Wechsel aus der Anstalt in die Gemeinde bedeutet nicht einfach eine Änderung des Ortes, an dem vormals so bezeichnete „chronische“ PatientInnen leben, sondern auch eine andere Konstellation im Hinblick auf die Erkrankung, die differenzierte sozialpsychiatrische Maßnahmen erfordert. Psychosoziale Organisationen kooperieren zwar bei medizinischen Problemen mit den Leistungserbringern im sozialversicherungsfinanzierten medizinisch-therapeutischen Bereich (etwa bei der Medikation oder bei akut notwendig werdenden Krankenhausaufenthalten), erbringen aber weitgehend eigene sozialpsychiatrische Versorgungsleistungen, die einer Therapie äquivalent sind, da sie eine Verschlechterung der Krankheit verhindern, das Krankheitsgeschehen stabilisieren und zur Besserung beitragen können²⁸. Über die sozialpsychiatrischen Komponenten und Prozesse eines idealen gemeindenahen Versorgungssystems bei schweren psychischen Erkrankungen besteht weitgehend Konsens^{29,30}, die Umsetzung ist jedoch je nach gesetzlichen und Finanzierungsvorgaben im Vergleich zwischen verschiedenen Ländern sehr heterogen³¹.

Im sozialpsychiatrischen Versorgungsbereich besteht keine Finanzierungssicherheit

Leistungen der Sozialversicherung sind mit Rechtsanspruch verbunden, während sozialpsychiatrische Dienste in Österreich Kann-Leistungen sind

Die Berichte von manchen Psychosozialen Organisationen, dass im Lockdown Unsicherheiten über die Weiterfinanzierung ihrer Tätigkeiten aufgetreten sind, machen darauf aufmerksam, dass soziale Dienste, und damit auch der sozialpsychiatrische Sektor, keine Finanzierungssicherheit besitzen³². Im Gegensatz zum Gesundheitsbereich, in dem (mit gewissen Einschränkungen durch begrenzte Kontingente in manchen Bereichen und Zuzahlungen der Versicherten bei einzelnen Leistungsarten) für versicherte Personen ein Anspruch auf Leistung besteht und ein geregeltes System von Leistungserbringern vorhanden ist (Krankenanstalten, niedergelassener Bereich, Rehabilitationsbereich), sind die Psychosozialen Organisationen und ihre KlientInnen im sozialpsychiatrischen Sektor den jeweiligen budgetären Konstellationen und Regelungen in den einzelnen Bundesländern unterworfen. Im Lockdown verhielten sich Fördergeber für den sozialpsychiatrischen Bereich sehr unterschiedlich – das weist auf den Ermessensspielraum hin, der in diesem Bereich gilt. Manche schwiegen lange Zeit. Wenn Informationen über die Arbeitsorganisation und Weiterfinanzierung bei den Psychosozialen Organisationen ankamen, dann oft nur zu Teilproblemen und in eingeschränkter oder widersprüchlicher Art, wie aus zahlreichen Rückmeldungen hervorgeht. Die finanziellen Unsicherheiten und Probleme waren auch fünf Monate nach Beginn des Lockdowns vielfach noch vorhanden – und bestehen zum Teil auch heute noch. Eine solche Unsicherheit gab und gibt es nicht für die Krankenanstalten, die wirtschaftlich über das LKF-System und Abgangsdeckungen auch bei geringerer Frequenz abgesichert sind. Auch für den niedergelassenen psychiatrischen Bereich bestand dieses Problem nicht - ihm wurde sofort gestattet, auch telefonisch erbrachte Leistungen zu den üblichen Tarifen abzurechnen. Der Rehabilitationsbereich wurde bei vollem Kostenersatz für die Betreiber im Lockdown geschlossen. Während in den Berichten der Psychosozialen Organisationen in dieser Studie von möglichen und tatsächlichen Kündigungen von MitarbeiterInnen gesprochen wurde bzw. von Ängsten davor, war in den genannten drei Bereichen des Gesundheitssektors davon keine Rede.

Befürchtungen, dass die durch die Corona-Krise bedingten hohen staatlichen Ausgaben zu Unterfinanzierung und Leistungsreduktion im sozialpsychiatrischen Sektor führen

Auch unabhängig vom Corona-Lockdown ist der psychosoziale Sektor wegen seiner Abhängigkeit von den jeweiligen Bundesländerbudgets immer schon in einer prekären Lage. Es gibt ein gut dokumentiertes Beispiel dafür: In Oberösterreich wurde zu Beginn der 2010er Jahre das Budget für die PSOs um ein Drittel gekürzt, was zu massiven Kündigungen von Personal und zu Leistungseinschränkungen geführt hat³³. Vergleichbare Vorgänge sind aus anderen Bundesländern bekannt. Es besteht Anlass zur Sorge, dass die hohen öffentlichen Ausgaben durch die Corona-Krise zu einer Reduktion der sozialpsychiatrischen Leistungen führen könnten - in den Leistungsvereinbarungen zwischen Fördergebern und PSOs steht ja in der Regel sinngemäß, dass die Vereinbarung nur vorbehaltlich der finanziellen Deckung gilt. Im Sozialversicherungsbereich ist dies – dem Versicherungsprinzip entsprechend, bei dem alle BeitragszahlerInnen Anspruch auf eine Leistung haben – nicht denkbar. In Österreich ist der sozialpsychiatrische Bereich aus dem Sozialversicherungssystem „ausgesteuert“ – ähnlich wie dies zur Zeit der großen Anstalten der Fall war, als PatientInnen, die länger als einige Wochen in einer großen psychiatrischen Anstalt waren, von der Krankenkasse „ausgesteuert“ und der Sozialhilfe zugeführt wurden. Damit stand auch immer die prinzipielle Möglichkeit des Regresses im Raum, von dem auch heute noch – allerdings von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich – Gebrauch gemacht wird. Die Landschaft der Psychosozialen Organisationen, der Betreuungsleistungen und der Tarifkataloge ist in jedem Bundesland historisch anders gewachsen. Eine umfassende und systematische Beschreibung dieser Unterschiede als Basis für Reformüberlegungen steht noch aus.

Finanzierungssicherheit für den sozialpsychiatrischen Sektor herstellen

Es erscheint dringend geboten, die Situation des sozialpsychiatrischen Bereiches der Versorgung psychisch Kranker im Hinblick darauf neu zu durchdenken, dass es sich dabei um komplexe Unterstützungsleistungen für kranke Menschen handelt, für die es in einem modernen Wohlfahrtsstaat genauso Finanzierungssicherheit geben sollte wie für Personen mit körperlichen Krankheiten. Man wird dabei nicht umhinkommen, die eingangs erwähnte siloartige Organisation des österreichischen Gesundheitswesens, die eine Kontinuität der Versorgung behindert, kritisch mit zu bedenken.

5. Anmerkungen und Literatur

¹ Katschnig H und Berner W: Von der geschlossenen Anstalt zur gemeindenahen Psychiatrie. Aspekte der Psychiatriereform, *Österreichische Krankenhaus-Zeitung* 1979, 5, 253–80.

http://www.imehps.at/downloads/Katschnig_H_Berner_W_1979_Von_der_geschlossenen_A.pdf

Zuletzt aufgerufen am 30.4.2021.

² Riedl A, Katschnig H, Marksteiner A: Die Kosten- und Finanzierungsstruktur der stationären psychiatrischen Versorgung in Österreich: Ein Hindernis für die Psychiatriereform?, *Österreichische Krankenhaus-Zeitung* 1979, 9, 423–35.

http://www.imehps.at/downloads/1979_Riedl_Katschnig_Marksteiner_Finanzierungsstruktur.pdf

Zuletzt aufgerufen am 30.4.2021.

³ Österreichischer Psychiatriebericht 2001,

http://www.imehps.at/downloads/psychiatriebericht_teil_i1.pdf

Zuletzt aufgerufen am 30.4.2021.

⁴ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK):
Krankenanstalten in Zahlen,

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Oesterreich.html>

Zuletzt aufgerufen am 30.4.2021.

⁵ Auskunft der Österreichischen Ärztekammer, Januar 2021

⁶ Österreichischer Rehabilitationskompass,

<https://rehakompass.goeg.at/#/einrichtungen>

Zuletzt aufgerufen am 30.4.2021.

⁷ Eine Publikation in Deutschland beschreibt diese PatientInnengruppe als „hauptsächlich durch die Auswirkungen ihrer schweren und anhaltenden psychischen Erkrankung gekennzeichnet, die sich durch deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen zeigen und aufgrund der komplexen Behandlungsbedarfe oft mit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen verbunden sind“ (Gühne U, Becker T, Salize H, Riedel-Heller S: Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiatrische Praxis* 2015, 42, 415–23). In einer systematischen Recherche in der Literatur sprechen die genannten AutorInnen von 1-2% schwer psychisch kranker Menschen in der 18- bis 65-jährigen Bevölkerung. Für Österreich würde dies etwa zwischen 60.000 und 120.000 Personen bedeuten. Personen mit der Diagnose einer schizophrenen Psychose sind die größte Gruppe.

⁸ In der Praxis wird meist von „Trägern“ oder „Trägerorganisationen“ gesprochen, wobei es sich in der Regel um Vereine, zunehmend auch um GmbHs im Non-Profit-Bereich (auch „sozialwirtschaftliche Unternehmen“ genannt) handelt. In geringem Ausmaß finden sich im gesamten Sektor sozialer Dienstleistungen auch einerseits rein öffentliche und andererseits auch rein gewinnorientierte private Trägerschaften. Die gesetzliche und begriffliche Einordnung dieses Bereiches ist äußerst komplex und erst vor wenigen Jahren für Österreich systematisch dargestellt worden (Dimmel N, Schmid T: *Soziale Dienste in Österreich*. Studienverlag, Innsbruck 2013). Hier verwenden wir den generischen Begriff „Psychosoziale Organisation (PSO)“ unabhängig von spezifischen rechtlichen Terminologien und Gegebenheiten.

⁹ Diese Fragmentierung wird in der internationalen Diskussion als hinderlich für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, besonders im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung und Kontinuität der Betreuung („continuity of care“) eingeschätzt. Siehe z.B. Nicaise P, Giacco D, Soltmann B, (...), Priebe S, Lorant V: Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries, *Health Policy* 2020, 124, 25-36.

¹⁰ Der Begriff „Psychose“ entspricht keiner offiziellen Diagnose in der ICD-10 der WHO, ist aber in der Praxis üblich, wobei im klinischen Sprachgebrauch meist die Diagnose einer „Schizophrenie“ gemeint ist (es gibt aber auch „organische“, „manische“ und andere Psychosen). Der Verlauf nach einer ersten Episode einer schizophrenen Erkrankung, die typischerweise in der Spätadoleszenz bzw. dem jungen Erwachsenenalter auftritt, kann sehr unterschiedlich sein und auch zu völliger Genesung führen. In vielen Fällen kommt es aber zu neuerlichen Episoden und Verschlechterungen, was zu komplexen Unterstützungsbedürfnissen führt. Sozialpsychiatrische Maßnahmen können den Verlauf günstig beeinflussen. Auch der niedergelassene Bereich spielt eine gewisse, aber nicht so zentrale Rolle in der Versorgung dieser PatientInnen.

¹¹ Sozialhilfe ist laut der seit 1920 geltenden österreichischen Bundesverfassung in der Erlassung von Ausführungsgesetzen und der Vollziehung Angelegenheit der Bundesländer. Artikel 12 des Bundesverfassungsgesetzes (B-VG) lautet: (1) Bundessache ist die Gesetzgebung über die Grundsätze, Landessache die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung in folgenden Angelegenheiten: 1. Armenwesen; Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge; Heil- und Pflegeanstalten; 2. ...“. Laut diesem Gesetz gehört die Sozialhilfe historisch zum Armenwesen (Siehe: Talos E, Obinger H: *Sozialstaat Österreich (1945-2020)*. Studienverlag, Innsbruck 2020, S. 36; Dimmel N, Schmid T: *Soziale Dienste in Österreich*. Studienverlag, Innsbruck 2013).

¹² Die Finanzierungsmechanismen, die entsprechende Terminologie und Tarife für soziale Dienste sind von Bundesland zu Bundesland sehr verschieden und beinhalten etwa Tagsätze, Einzelleistungsabgeltung oder Pauschalfinanzierungen (siehe Dimmel N, Schmid T: *Soziale Dienste in Österreich*. Studienverlag, Innsbruck 2013, S. 65). Die Gesetze haben je nach Bundesland verschiedene Bezeichnungen, wobei in letzter Zeit in vielen Bundesländern statt der Bezeichnung „Behindertengesetz“ Namen mit positiverer Konnotation eingeführt wurden, wie „Chancengleichheitsgesetz“ oder „Teilhabegesetz“, und überdies mehrere Gesetze relevant sein können. Auch die Bezeichnungen der Leistungsentgelte (und auch die Terminologie und Tarife der Leistungen) sind unterschiedlich. So heißt etwa, was „Wohnassistenz“ in einem Bundesland genannt wird, in einem anderen „mobile sozialpsychiatrische Betreuung“, in einem dritten „Teilbetreutes Wohnen“. Niederschwellige ambulante Dienste (Beratungsstelle, PSD) können von der Sozial- oder Gesundheitsabteilung eines Bundeslandes über PSOs finanziert werden oder direkte Dienststellen (mit angestellten BetreuerInnen) einer Landesregierung sein; auch Konstruktionen über eigene einer

Landesregierung nahestehende Kuratorien oder Fonds sind möglich. Daneben gibt es auch Kostenträger im Bundesbereich (z.B. Arbeitsmarktservice und Sozialministeriumservice für Arbeitsprojekte, Familienberatung) und in gewissem Ausmaß auch Geldflüsse von den Gesundheitskassen über Psychotherapiekontingente. Im vorliegenden Bericht wird für „bezahlende Körperschaften“ einheitlich der Begriff „Fördergeber“, abgekürzt als FG, verwendet, unabhängig davon, ob er aus rechtlicher Sicht in jedem Fall passend ist.

Siehe dazu auch <https://www.behindertenrat.at/recht-und-soziales/landesgesetze>, zuletzt aufgerufen am 30.4.2021,

sowie die folgenden Rechnungshofberichte:

Bericht des Rechnungshofes. *Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung*. III-260 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP.

Reihe BUND 2019/8. Rechnungshof GZ 004.536/011-PR3/19

https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Versorgung_psychisch_Erkrankter_SV.pdf

Zuletzt aufgerufen am 30.4.2021.

Bericht des Rechnungshofes. *Psychosoziale Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark*. III-261 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP.

Reihe BUND 2019/9, Reihe SALZBURG 2019/1, Reihe STEIERMARK 2019/2
Rechnungshof GZ 004.554/009-PR3/19

https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Psychosoziale_Angbote_Sbg_Stmk_FINAL.pdf

Zuletzt aufgerufen am 30.4.2021.

¹³ Allerdings ist, im Gegensatz zu dem mit dem Versicherungsprinzip verbundenen „Rechtsanspruch“ auf eine Leistung (mit allfälligen Zuzahlungen) im Sozialversicherungsbereich, der Sozialhilfebereich bei Gewährung einer Leistung prinzipiell durch das Ermessensprinzip charakterisiert, das auch Regressforderungen an die Leistungsempfänger implizieren kann (was allerdings von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabt wird). Außerdem unterliegen sozialpsychiatrische Dienste auch der schwankenden Verfügbarkeit von Mitteln in Sozialbudgets (für Beispiele siehe Dimmel N, Schmid T: *Soziale Dienste in Österreich*. Studienverlag, Innsbruck 2013, S.34) und der ständigen Diskussion im Sozialhilfebereich, wie weit Eigenverantwortung und Subsidiarität zum Tragen kommen sollen (Talos E, Obinger H: *Sozialstaat Österreich 1945-2020*. Studienverlag, Innsbruck 2020, S. 36).

¹⁴ Oft lässt sich aus den Namen einzelner PSOs nicht auf ihr Tätigkeitsspektrum schließen – dies geschieht ganz bewusst, um Ängste wegen Stigmatisierung bei der Kontaktaufnahme zu vermeiden und positive Assoziationen zu wecken. Manche PSOs bieten nur eine einzige Betreuungsleistung an (z.B. Betreutes Wohnen), andere mehrere oder alle der im Text genannten Betreuungsmodalitäten, manche sind nur in einem Bundesland tätig, manche in mehreren, einige haben weniger als zehn MitarbeiterInnen, andere mehrere hundert und sind damit Großbetriebe. Es kann sein, dass in einem Bundesland eine PSO den überwiegenden Teil sozialpsychiatrischer Leistungen anbietet, während in einem anderen zahlreiche PSOs tätig sind. Manche PSOs haben sich zu Dachverbänden zusammengeschlossen, auf Landesebene und auch bundesländerübergreifend. Auch was das Finanzierungsmuster betrifft, herrscht Vielfalt vor – manche Organisationen haben nur einen Fördergeber, andere mehrere und erweitern dementsprechend ihr Angebot. In manchen Bereichen besteht marktwirtschaftliche Konkurrenz zwischen verschiedenen PSOs. Hinzu kommen unterschiedliche Muster von Berufsgruppen in den üblicherweise multiprofessionellen Teams (Psychiatrie, Sozialarbeit, Psychologie, Psychotherapie, Ergotherapie, Behindertenfachkräfte, u.a.). In manchen Bundesländern befinden sich erwachsene schwer und komplex psychisch Kranke auch in Pflegeheimen oder auf Bauernhöfen. Die Landschaft der PSOs ist also weit entfernt von der vergleichsweise homogenen Situation, in der sich Krankenanstalten, niedergelassene ÄrztInnen und Rehabilitationseinrichtungen mit ihren im Wesentlichen österreichweit geltenden Regelungen befinden.

¹⁵ Heitzmann K, Österle A, Pennerstorfer A: Soziale Dienstleistungen in Österreich: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, in *Politische Ökonomie Österreichs*, hg. von BEIGEWUM, Mandelbaum Verlag, Wien 2015; Dimmel N, Schmid T: *Soziale Dienste in Österreich*. Studienverlag, Innsbruck 2013.

¹⁶ <https://www.soscisurvey.de/>

Zuletzt aufgerufen am 30.4.2021.

¹⁷ <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>

Zuletzt aufgerufen am 30.4.2021.

¹⁸ www.imehps.at/downloads/teilnehmerinnen_an_der_befragung.pdf

¹⁹ www.imehps.at/downloads/weitere_originalzitate.pdf

²⁰ Aus ethischen und praktischen Gründen konnten die KlientInnen der PSOs in dieser Studie nicht befragt werden. Als ErfahrungsexpertInnen in Selbsthilfe-/Interessensvertretungsorganisationen wurden Betroffene in der zusätzlichen Befragung um die Schilderung ihrer Erfahrungen während des LD ersucht (>3.2.1).

²¹ So bestand etwa die Antwort einer einzigen Person aus 2000 Wörtern.

²² www.imehps.at/downloads/weitere_originalzitate.pdf

²³ www.imehps.at/downloads/weitere_originalzitate.pdf

²⁴ Als PSD (Psychosozialer Dienst) werden ganz allgemein ambulante sozialpsychiatrische Dienste unabhängig vom Bundesland bezeichnet, wobei das Leistungsspektrum von Bundesland zu Bundesland variieren kann.

²⁵ Zum Beispiel in England: Wing JK, Brown GW: *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge University Press, London 1970

²⁶ Siehe auch die von Österreich 2008 ratifizierte Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (*Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen - Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD*), <https://www.behindertenrat.at/eu-und-international/grundlagen/un-behindertenrechtskonvention/>
Zuletzt aufgerufen am 30.4.2021.

²⁷ Amering M und Schmolke M: *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2011

²⁸ Dies entspricht durchaus der Definition der Krankenbehandlung, wie sie im § 133 Absatz (2) des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) festgelegt ist:

„... Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. ...“

Kommentar der AutorInnen dieser Studie: „Gefestigt“ kann man als „Verhinderung einer Verschlechterung“ interpretieren.

²⁹ Wienberg G und Steinhart I: Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen - ein Update, *Psychiatrische Praxis* 2020, 47, 9–15.

³⁰ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde/DGPPN: *S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“*, 2. Auflage, 2019.

[https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf)

[020l_S3 Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen 2019-07.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf)

Zuletzt aufgerufen am 30.4.2021.

³¹ Siehe z.B. Nicaise P, Giacco D, Soltmann B, et al: Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. *Health Policy* 2020, 124, 25-36.

³² Ausführlich wird dies erläutert in: Dimmel N, Schmid T: *Soziale Dienste in Österreich*. Studienverlag, Innsbruck 2013.

³³ Seite 34 in: Dimmel N, Schmid T: *Soziale Dienste in Österreich*. Studienverlag, Innsbruck 2013