



ECCSW

European Centre for Clinical Social Work

Wer oder was ist „hard-to-reach“?

Olten, 09.06.2022

Ausgangspunkt
Begriffsdefinition
Forschungsergebnisse



Christine Labonté-Roset, Hans-Wolfgang Hoefel
 Heinz Cornel (Hg.)

Hard to Reach

Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit

Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen

Karsten Giertz
 Lisa Große
 Silke B. Gahleitner (Hg.)



Zum Umgang mit einer spezifischen Klientel

Ergebnisse einer Datenbanksuche zu „Hard-to-reach-Klient“innen und „Systemsprengr“innen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit



Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit hat in Arbeitsfeldern mit schwer erreichbaren Klient*innen und Adressat*innen mit herausfordernden Verhaltensweisen zu tun, für die die regulären Versorgungssysteme keine adäquaten Angebote bereithalten. Dadurch werden Exklusionsrisiken verstärkt. Der vorliegende Beitrag überprüft und erweitert bestehende Überlegungen im Hinblick auf folgende Fragestellungen: Welche Problemlagen werden bei Hard-to-reach-Klient*innen deutlich? Welche Interventionsstrategien der Fachhilfe werden benötigt? Für eine erste Annäherung zum Thema wurde eine Datenbanksuche durchgeführt. Dem Methodik- und die wichtigsten Ergebnisse werden hier dargestellt.

Die klinische Sozialarbeit richtet sich als Fachsozialarbeit mit gesundheitsbezogenen Aufgaben durch eine „direkt bestand-behaltende Tätigkeit“ (Pfele 2012, S. 16) aus. Zahlreiche Zielgruppen gehören unter anderem „Hard-to-reach-Klient*innen“, die nicht oder unzureichend von den Hilfesystemen erreicht werden können (vgl. Giertz et al. 2021a; Labonté-Roset et al. 2016). Die schwerer Erreichbarkeit kann mit einem nicht erklärungsfähigen Bedarf an bestmöglichen Angebotsstrukturen und einer nicht oder nicht ausreichend erkennbaren Motivation für professionelles Unterstützungsangebot zusammenhängen. Darüber hinaus werden weitere Merkmale wie herausfordernde Verhaltensweisen oder überwindliche Lebensereignisse, Diskriminierung und Stigmatisierungserfahrungen sowie kommunikative Barrieren und unzureichendes Wissen über auch möglicher Zugang zu bestehenden Hilfesystemen benannt (ebd.). Gerade die letzteren Aspekte nehmen den betroffenen Klienten zum Hard-to-reach-Begriff auf und verdeutlichen die Wechselwirkung zwischen individuellem Verhalten und den umgebenden strukturellen Verhältnissen.

Die Klient*innen lassen sich weder auf eine oder zwei Personengruppen eingrenzen, noch auf ein spezifisches Arbeitsfeld festlegen oder einer bestimmten Profession zuordnen lassen (vgl. Giertz et al. 2021b). 2018 wurde beispielsweise die aktuelle Forschungsstand zum Thema Hard-to-reach-Klientel in der psychiatrischen Versorgung in einem Symposium auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowohl in Beiträgen der Kinder- und Jugendhilfe, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie, der psychosozialen Versorgung von gefährdeten Menschen sowie in der gemeindefachpsychiatrischen Versorgung diskutiert. An der Spannbreite der Arbeitsfelder und der dort tätigen Fachkräfte wird deutlich, wie allgegenwärtig

Begegnung mit Hard-to-reach-Klient*innen ist.

Nicht verwunderlich ist daher, dass sich in der Fachliteratur neben dem Hard-to-reach-Begriff verwandte Bezeichnungen herausgebildet haben. Je nach Arbeitsfeld, den umgebenden Wissensschlüsselstellungen und den tätigen Professionen werden unter anderem Begriffe wie „schwierige Patient*innen“ (Wag 2011), „Systemsprengr*innen“ (Giertz & Gahleitner 2017), „Jawayer“ (Frick & Frick 2006), „Übergänge*innen“ (Gron & Jörns-Passent 2016), „schwierige“ (Giel 2012), „verloren im Labyrinth“ (Gahleitner 2010) oder „Angene“ (Giel et al. 2010) verwendet.

Die durchgeführte Datenbanksuche zielt auf eine nähere Untersuchung der Begriffsdefinition von Hard-to-reach-Klient*innen in relevanten Datenbanken der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Dabei wurde in Anlehnung an das Manual RefWorks Version 3.5. Recherche

Spektrum

Tabelle 1: Ergebnisse der einzelnen Treffer (Mehrfachnennungen möglich)

Sachbegriffe	GG	PsychSoz	PubMed
Systemsprengr	38	7	2
Hard-to-reach	15	8	9
Zielgruppen bei hard-to-reach und Systemsprengr*innen			
Kinder und Jugendliche	20	2	1
Sachbegriffen	2	0	0
psychische Erkrankungen	11	8	1
Diagnostik	7	2	1
Migration- und Fluchtverfahren	2	0	3
Thema	1	4	0
körperliche & geistige Beeinträchtigungen	3	0	3
Wohnungslage/struktur	6	0	3
abweichendes/überwiesenes Verhalten	26	4	2

Die Suche zu „hard-to-reach“ ergab unabhängig der Suchstrategie ein von einem hohen Anteil an relevanten Treffern zu ermöglichen. Das Rechercheprotokoll kann bei den Autor*innen eingesehen werden. Die ausgewählte Datenbanken wählten dem präferenzorientierten Charakter genügt werden, sodass die Suche nur auf deutschsprachige Treffer in den Fachdatenbanken GG (sozialwissenschaftliche Literatur) und PubMed (medizinische Literatur) beschränkt wurde. Neben der Suche nach „hard-to-reach“ erschien es sinnvoll, auch weitere Synonyme zur Beschreibung von schwer erreichbaren Klient*innen zu verwenden. Ergebnisse wurden zunächst der „Systemsprengrer Begriff“, der wesentliche Merkmale der Hard-to-reach-Klientel enthält: komplexe und multiple Problemlagen, umfassende Psychopathologie, Exklusionsprozesse, herausfordernde Verhaltensweisen (vgl. Giertz & Gahleitner 2017; Gron & Jörns-Passent 2016).

Die Suchbegriffe wurden im Mai 2020 in die freie Suche eingetrag-

Die Suche zu „hard-to-reach“ ergab unabhängig der Suchstrategie ein von einem hohen Anteil an relevanten Treffern zu ermöglichen. Das Rechercheprotokoll kann bei den Autor*innen eingesehen werden. Die ausgewählte Datenbanken wählten dem präferenzorientierten Charakter genügt werden, sodass die Suche nur auf deutschsprachige Treffer in den Fachdatenbanken GG (sozialwissenschaftliche Literatur) und PubMed (medizinische Literatur) beschränkt wurde. Neben der Suche nach „hard-to-reach“ erschien es sinnvoll, auch weitere Synonyme zur Beschreibung von schwer erreichbaren Klient*innen zu verwenden. Ergebnisse wurden zunächst der „Systemsprengrer Begriff“, der wesentlichen Merkmale der Hard-to-reach-Klientel enthält: komplexe und multiple Problemlagen, umfassende Psychopathologie, Exklusionsprozesse, herausfordernde Verhaltensweisen (vgl. Giertz & Gahleitner 2017; Gron & Jörns-Passent 2016).

Die Suchbegriffe wurden im Mai 2020 in die freie Suche eingetrag-

durch spezifische Zielgruppen gekennzeichneten Arbeitfelder Sozialer Arbeit konnten zusätzlich diese Bereiche benannt werden (siehe Tab. 1). Hierbei handelt es sich um Menschen mit:

- Suchtproblematiken
- psychischen Erkrankungen
- schweren emotionalem Trauma
- delinquentem Verhalten
- Migrationshintergrund (und abgeleitete minderjährige Geflüchtete)
- geistiger oder körperlicher Behinderung
- Wohnungslage/strukturproblematiken und Armutverhältnissen

Zur Charakterisierung der Zielgruppen konnten verschiedene Problemstellungen identifiziert werden, die die Komplexität von individuellem Verhalten und den die Klient*innen umgebenden Verhältnissen aufzeigen. Darflich wurden Beschreibungen, die sich mit den eingangs beschriebenen Merkmalen decken wie Non-Compliance, kritische Verhaltensweisen, ständiges oder abwechselndes Verhalten sowie ein geringes soziales/bürgerliches Bewusstsein aufgrund schwerer zwischenmenschlicher Erndrührungen und die hohe Belastung der Klient*innen umgebenden Verhältnissen aufzeigen. Darflich wurden Beschreibungen, die sich mit den eingangs beschriebenen Merkmalen decken wie Non-Compliance, kritische Verhaltensweisen, ständiges oder abwechselndes Verhalten sowie ein geringes soziales/bürgerliches Bewusstsein aufgrund schwerer zwischenmenschlicher Erndrührungen und die hohe Belastung der Klient*innen umgebenden Verhältnissen aufzeigen.

Die Bewältigungsmöglichkeiten sind dabei vor allem durch die Wechselwirkung mit den von außen zur Verfügung gestellten Ressourcen bzw. deren Grenzen gekennzeichnet. So werden Klient*innen in Anbetracht der durch die Unterstützungssysteme bereitgestellten Rahmenbedingungen und Interventionen nicht alleine erreicht. Auch bleiben Situationen häufig ohne Wirkung im Sinne einer vom System ausgehenden Anpassung an die vorhandenen Anforderungen.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Überlegungen zu notwendigen Interventionen der sozialen Diagnostics anleihen. Beschreibungen unter anderem die Betonung des Sozialen als Indikator der Wechselwirkung zwischen Verhalten und Verhält-

Wer ist hard-to-reach?

Je nach Kontext werden verschiedene Begriffe benutzt:

- schwierige Patient:innen (Weig 2017),
- Systemsprenger:innen (Baumann 2015),
- heavy user (Frick & Frick 2008),
- Grenzgänger:innen (Groen & Jörns-Presentati 2018),
- seldom heard (Doel 2012),
- dropouts (Sharf et al. 2010)

Wer ist hard-to-reach?

Merkmale Hard-to-reach-Klientel (Giertz & Große 2021, Giertz et al., 2021)

- keine erkennbare (ausreichende) Motivation für professionelle Unterstützung,
- kein geäußelter (anknüpfungsfähiger) Bedarf seitens der Klient:innen,
- komplexer Hilfebedarf und multiple existenzielle Problemlagen,
- ~~Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen,~~
- herausfordernde Verhaltensweisen oder abweichende Lebensentwürfe,
- Klient:innen werden aufgrund kommunikativer Barrieren, fehlenden Wissens zu bestehenden Hilfen oder aufgrund einer eingeschränkten örtlichen Erreichbarkeit schwer bzw. nicht vom Hilfesystem erreicht.

Herausforderndes Verhalten



Herausforderndes Verhalten

„Herausforderndes Verhalten [... wird definiert als] Handlung, die das Wohlbefinden einer Person beeinträchtigt, weil sie für das **Setting**, in dem diese Handlung stattfindet eine physische oder psychische Belastung darstellt.“
(James 2013, S. 23)

- Kontext (Normen, Rollen (-erwartungen))
- Beziehung Effekte des Verhaltens
- Möglichkeiten des Umfeldes zu Toleranz oder Veränderung

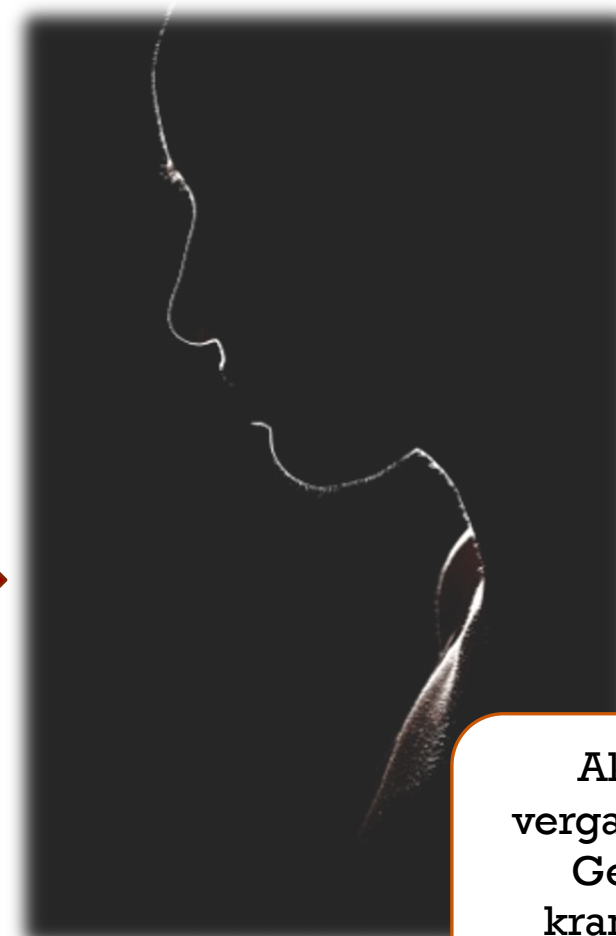
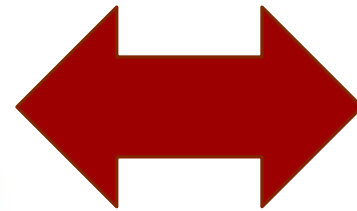
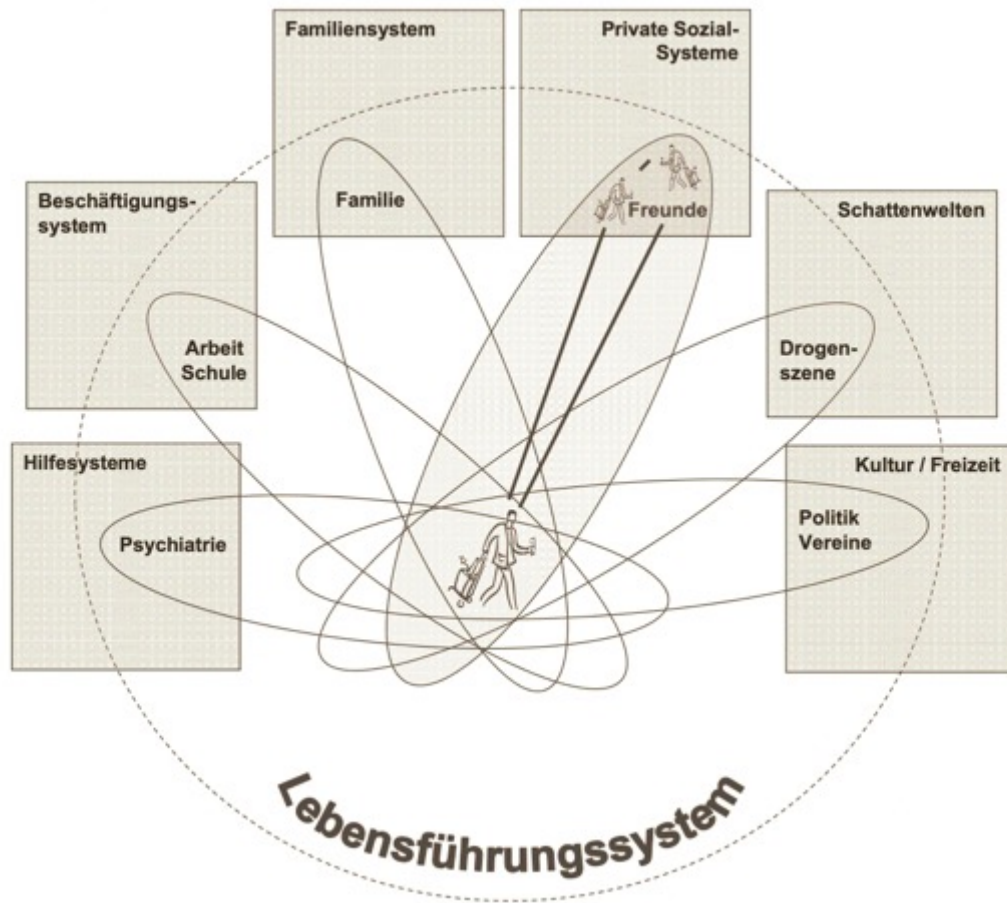
Bedarf

„Der partizipative Ansatz setzt voraus, dass Menschen aus der Zielgruppe das Wissen, das Selbstbewusstsein und die Durchsetzungsfähigkeit haben, ihre Interessen zu formulieren und zu vertreten.“ (Wright 2010, S. 234)

- ist nicht artikulierbar
- ist nicht adäquat für Hilfesystem
- sprengt den Angebotsrahmen

Lebensführungssystem und Koppelung (bio-) psychischer und sozialer Prozesse

Sommerfeld et al. 2016 S. 59 und 61 ff



**Aktuelle und vergangene Muster
Gesunde und krankmachende
Anteile**

... oder eher was
ist hard-to-reach?

Forschungsergebnisse

Problematische Gruppen von Patient:innen in der Psychiatrie

„Die Untersuchungen zeigen jeweils, dass die Herausstellung von eindeutigen personenbezogenen Faktoren keine Rückschlüsse auf die Unterscheidung der Personengruppen zu anderen Klient*innen des sozialpsychiatrischen Hilfesystems ermöglichen. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass insbesondere die Wechselwirkung von herausfordernden Verhaltensweisen und der gegebenen Struktur der Versorgungslandschaft zu erheblichen Beeinträchtigungen sowie vermehrter sozialer und gesellschaftlicher Exklusion führt.“ (Giertz & Große 2020, S. 9-10)

- **Heavy User/ High Utilizer**
- **Psychisch erkrankte Wohnungslose**
- **„Systemsprenger:innen“**



Forschung zu „Systemsprenger:innen“

„Systemsprenger:innen“ (Freyberger et al. 2003; 2004; Giertz & Gervink 2019; Hopfmüller 1997; 1998) zwei Definitionsansätze:

1. Verhaltensbezogene Definitionsansatz: Patient:innengruppe, die aufgrund eines hohen Grad an abweichenden Verhaltensweisen stark gefährdet ist, geschlossen untergebracht zu werden oder anderweitig aus den bestehenden Versorgungssystemen „herauszufallen“ (bspw. Obdachlosigkeit, Forensik, Pflegeeinrichtungen) (Freyberger et al. 2003; 2004).
2. Institutionsbezogene Definitionsansatz: Patient:innengruppe, die bereits in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht ist (Speck et al. 2013; Steinhart et al. 2013).

Forschung zu „Systemsprenger:innen“

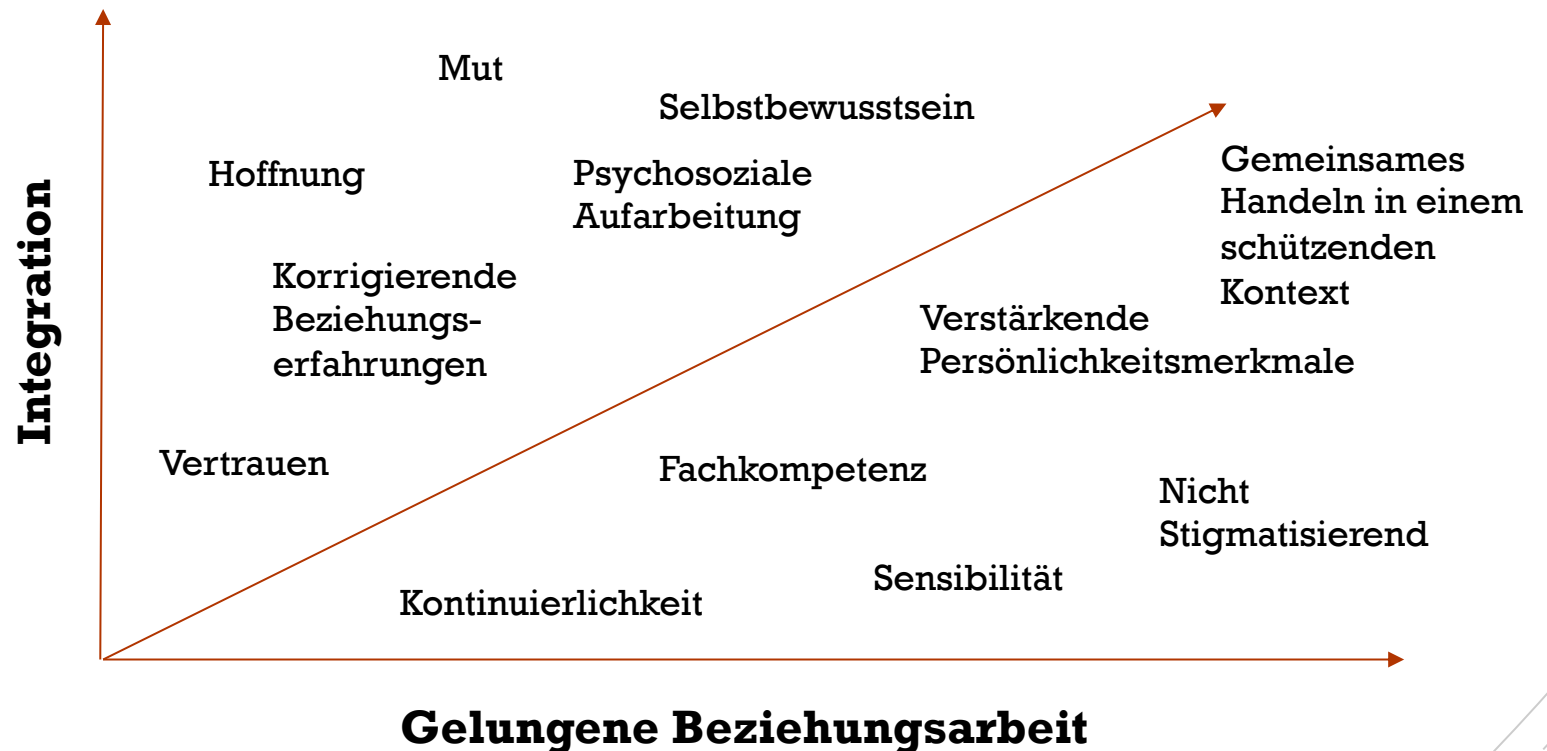
- Anteil von 5 bis 9 % aller Patient:innen (Freyberger et al. 2003; 2004; Giertz & Gervink 2017)
- Charakterisierung durch folgende Verhaltensbereiche (geringe Aufklärungsvarianz unter 50 %)
 - Aggressivität, Unangepasstheit und Impulsivität
 - Suizidalität
 - Delinquenz und Konsum von psychotropen Substanzen
 - Manipulation und Belästigung
- Zielgruppe lässt sich nicht eindeutig durch personenbezogene Faktoren (Freyberger 2004; Giertz & Gervink 2017)
- Betroffene mit hohen Werten bei den kritischen Verhaltensweisen nehmen häufiger stationäre Hilfen in Anspruch (Giertz & Gervink 2017)
- Bedarf an Informationen und Transparenz

Extrahierte Faktoren	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
Faktor 1	12,496	37,868	37,868
Faktor 2	4,325	13,105	13,105
Faktor 3	3,836	11,623	11,623
Faktor 4	3,378	10,238	10,238

Forschung zu „Systemsprenger:innen“

Stichprobe: N=8 (7 männliche Probanden)

- Altersspanne: 20 bis 53 Jahre
- Verlauf: 1. verstoben, 4 Hilfesystem ausgeschieden, 1 Forensik, 2 Erfahrungen geschlossene Unterbringung,



Forschung zu „Systemsprenger:innen“

Geschlossene
Unterbringung in
einem Heim

- Ruhe/ Regeneration
- körperliche Gesundheit
- Aussöhnung mit Stimmen
- Traumabewältigung
- Rückzug vor dem Alltag

- Fremdbester Zugang
- Anpassung an Strukturen
- Stigmatisierung
- Exit nicht beeinflussbar
- Inkongruente
Hilfesystemerfahrungen

Unterbringung im
Krankenhaus

- Ruhe/ Regeneration
- körperliche Gesundheit
- Rückzug vor dem Alltag
- Soziale Kontakte

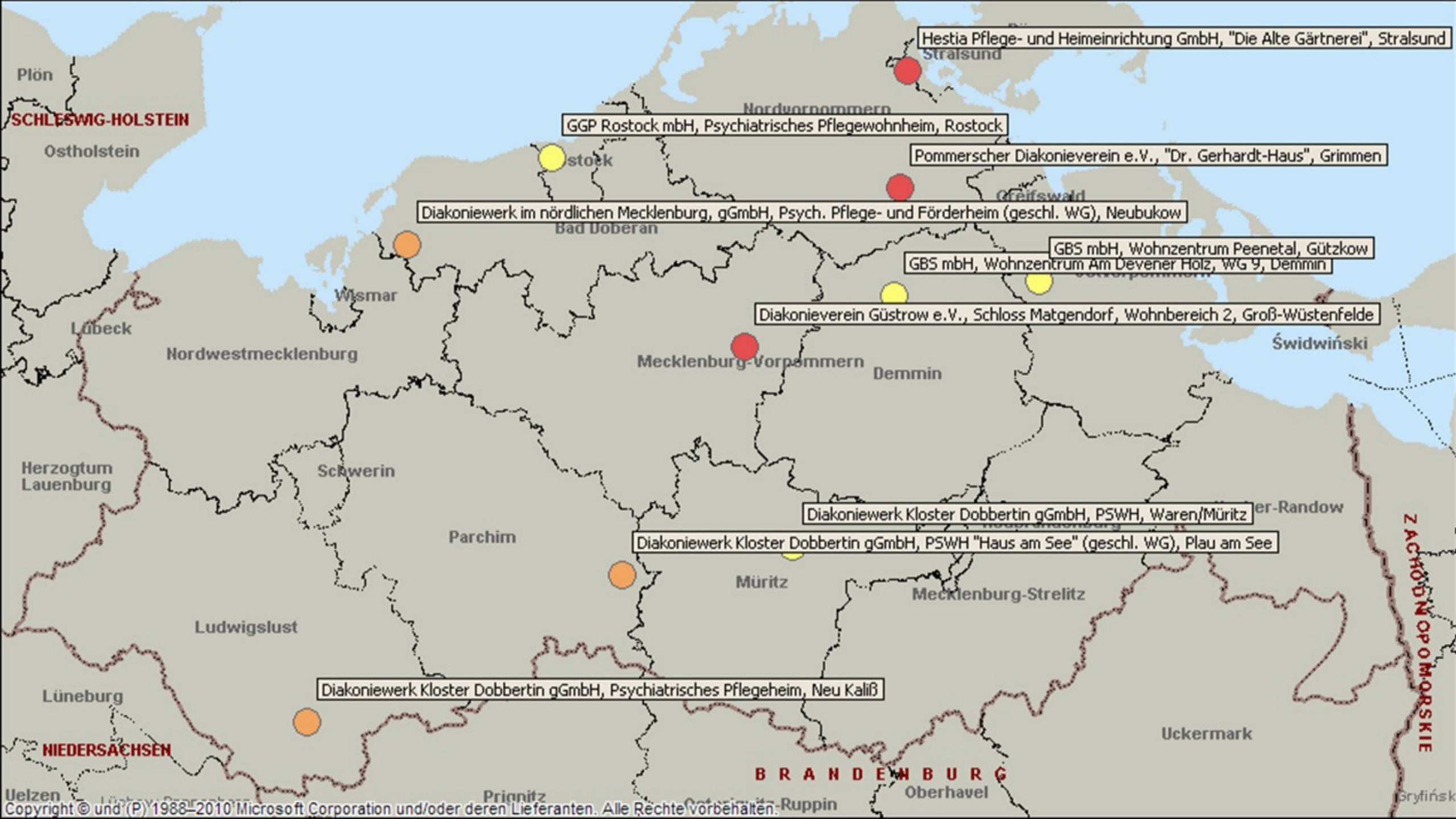
- Ungewisser Zugang
- Anpassung an vorgegebene
Behandlungsstrukturen
- Stigmatisierung
- Inkongruente
Hilfesystemerfahrungen
- Medikamente

Temporär/ zeitlich begrenzt

Forschung zu
„Systemsprenger:innen“

ZIPHER-Studie: (Jederny et al. 2020, 2021, Steinhart et al. 2020)

- bundesweite Umfrage über die bewohner- und einrichtungsbezogenen Merkmale von 1875 stationären Wohnheimen (Rücklauf 20,7 %)
- insgesamt 1268 geschlossene und 1881 offene Plätze
- Großteil Bewohner lebten in geschlossenen Bereich weniger als 1 Jahr (30,5 %), 1-2 Jahre (18 %) und 2-5 Jahre (22,1%)
- 48,9 % der geschlossen untergebrachten Personen kommen aus dem Landkreis der Einrichtung
- 67,6 % werden über psychiatrische Kliniken in die geschlossenen Wohnheime vermittelt
- 42,6 % der geschlossenen Einrichtungen geben an in den letzten 12 Monaten Menschen zu betreuen, die in anderen Angeboten besser aufgehoben wären
- 15,6 % der Bewohner im geschlossenen Bereich konnten aufgrund mangelnder Nachsorgeangebote nicht entlassen werden
- als häufigste Gründe wurden mangelnde ambulante Angebote und mangelnde passgenaue Hilfen genannt



Zusammenfassung der Erkenntnisse

Medizinische und psychologische Vorabinformationen:

- Bedarf an Verbesserungen hinsichtlich der Kommunikation beim Übergang der Klienten in andere Einrichtungen (Freyberger et al. 2004, Giertz & Gervink 2019).

Heterogenität

- Flexibilisierung der Versorgungssysteme: Die hohe Individualität verdeutlicht die Schwierigkeit eine Integration der Betroffenen in das bestehende Versorgungssystem zu ermöglichen (Freyberger et al. 2008; Hopfmüller 1998; Zimmermann 2012).

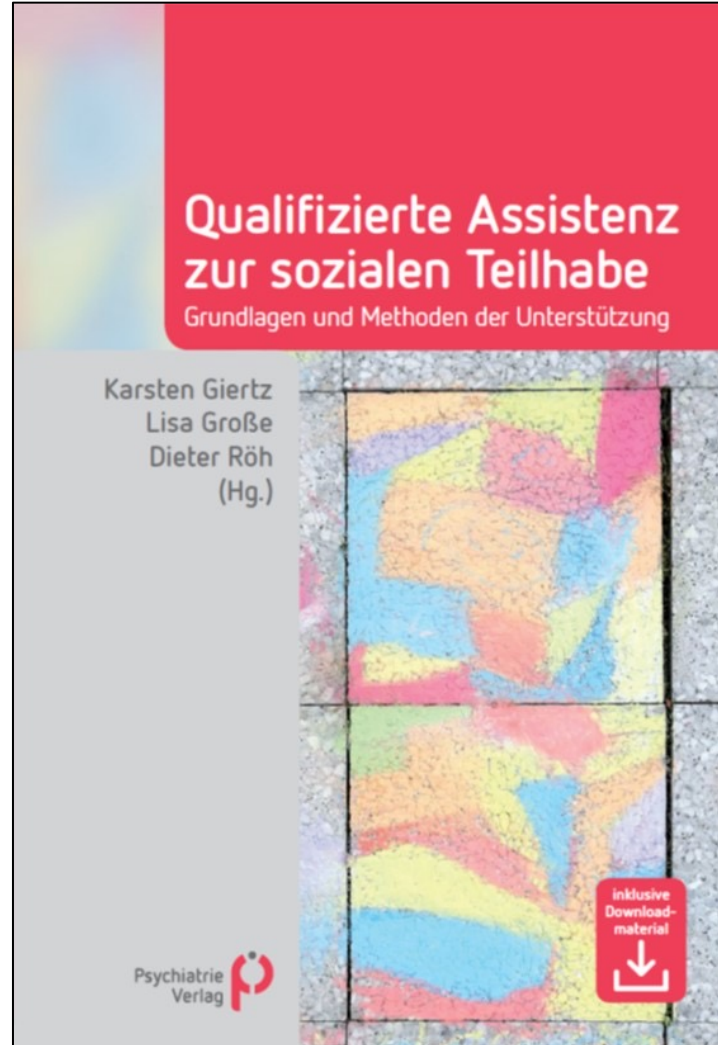
Hohe Inanspruchnahme stationärer Hilfen bei der High-Score-Gruppe:

- Stationäre Kompensation gemeindepsychiatrischer Versorgungsprobleme: Die Betroffenen nehmen häufiger stationäre Hilfen (gewollt oder nicht gewollt) in Anspruch, weil die bestehenden ambulanten und komplementären Hilfen an ihre Grenze kommen (Giertz & Gervink 2018).

Flexibilisierung der Hilfen:

- Aktuelle Versorgungsproblematiken („Systemsprenger-Problematik“, Heavy-User-Problematik) weisen daraufhin, dass es bisher nicht gelungen ist den temporären komplexen Hilfebedarf bestimmter Zielgruppen im ambulanten und komplementären Bereich zu decken
- Notwendigkeit der Flexibilisierung verschiedener Leistungstypen im ambulanten und komplementären Versorgungssektor

Zusammenfassung der Erkenntnisse



Enthält Beiträge und Arbeitshilfen von verschiedenen Expert*innen zur fachlichen Ausgestaltung der qualifizierten Assistenz sowie zu praktischen Methoden sozialer Teilhabeleistungen:

- Biopsychosoziales Modell und ICF
- Psychosoziale Diagnostik für Leistungserbringer im Kontext des Gesamtplanverfahrens
- Methoden der ressourcen- und stärkenorientierten Arbeit
- Professionelle Beziehungsarbeit als Teilhabeleistung
- Grundlagen psychosozialer Beratung
- Hausbesuche fachlich gestalten
- Arbeit mit Angehörigen
- Methoden der sozialraumorientierten Arbeit
- Kooperation mit anderen Leistungserbringern und Institutionen etc.

Es ist „niemand unerreichbar, es kommt auf die Methode an, mit denen versucht wird, Kontakt herzustellen und zu halten“ (Gerull 2010, S. 90)

Implikationen

Für die psychosoziale Praxis

Verletzungen
benötigen
professionelle
Beziehungsarbeit

„Da ich mich auf niemanden verlassen kann, niemanden vertraue, muss ich allein zurecht kommen! Niemand kann und wird mir helfen!“ (Pauls 2010, S. 102)



„Es war schwer. Für ein Jahr sie kommt zweimal in der Woche. Ich guck dich an so, in meine Kopf ich kämpfe. Darf ich? Darf ich nicht? Darf ich? Darf ich nicht? Darf ich? Darf ich nicht? Darf ich? Nein. Ich kann sie nicht vertrauen. (...) Darf ich?“ Farina Fetman PRISMA (Gahleitner & Große 2021, S. 122)

Verletzungen benötigen Verstehen

„Zur eigenen Geschichte von der Person, aber auch von Gesamtzusammenhänge“. Denn „dadurch, dass ich so viel weiß und er mir so viel gezeigt hat, verstehe ich so viel Dinge so viel besser ja. Also warum er jetzt was will“ (GD 3, Pos. 13 und 74).



♥ ACCEPT
UNDERSTAND
♥ EMPOWER ♥

Verletzungen
benötigen
individuelle
Strukturen

„Die Beweislast wird damit von der individuellen Ebene der Kinder und Jugendlichen auf die Ebene der Organisationen und sozialen Bedingungen verschoben“ (Graßhoff 2021, S. 144)



Foto von picjumbo.com von [Pexels](https://pexels.com)