

Horizont Salzwedel: Ambulante Eingliederungshilfe mit ambulanten Gruppenmaßnahmen für Menschen mit seelischer Behinderung. Bericht über die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Praxis

Nicolas Nowack¹, Julia Heymann², Ralf Oberste-Ufer¹, Wolfgang Schulz²

¹ Zentrum für Soziale Psychiatrie Salzwedel

² Institut für Psychologie, Technische Universität Braunschweig

40

Kurzfassung

In dieser Studie wird die Wirksamkeit der Angebote und Maßnahmen des Projekts „Horizont“ in Salzwedel überprüft. „Horizont“ unterstützt seelisch Behinderte, die selbständig in der eigenen Wohnung leben, dabei jedoch auf alltagspraktische und andere soziotherapeutische Hilfen zur Lebensgestaltung angewiesen sind. Die Unterstützung besteht in aufsuchenden Hilfen und ambulanten Gruppenmaßnahmen. Die Untersuchungsstichprobe besteht aus 14 Klienten, die mittels psychologischer Tests (FLZ, BSI, B-L, Bf-S, GAF) untersucht wurden. Zehn dieser Klienten konnten zu vier Zeitpunkten untersucht werden. Zum letzten Zeitpunkt befanden sich die Klienten zwischen sechs Monaten und eineinhalb Jahre in Betreuung. Ergebnisse: 1. Kein Klient hat die Maßnahme abgebrochen. 2. Die Klienten sind mit den Leistungen des „Horizont“-Projekts zufrieden bis sehr zufrieden. 3. Die Lebenszufriedenheit liegt zum Katamnesezeitpunkt fast ausschließlich im durchschnittlichen Bereich. 4. Vier Klienten konnten in Beschäftigungsmaßnahmen vermittelt werden. 5. Bedeutsame Veränderungen zeigten sich vor allem in der psychopathologischen Symptomatik. Zum Zeitpunkt der Katamnese lagen fast alle Durchschnittswerte knapp im Normalbereich, vier der zehn Klienten wurden nicht mehr als „Fälle“ klassifiziert. 6. Die Klienten klagen zum Katamnesezeitpunkt weniger über körperliche und psychische Beschwerden. Ihre Befindlichkeit und das globale Funktionsniveau haben sich tendenziell verbessert. Die Ergebnisse belegen den bisherigen Erfolg des „Horizont“-Projekts und rechtfertigen eine Fortsetzung der Finanzierung. Aufgrund der kleinen Stichprobe ist eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse allerdings nicht möglich. Weitere Studien an größeren Stichproben und über längere Untersuchungszeiträume sind erforderlich. Insgesamt fehlt es an empirischen Untersuchungen, die Aufschluss über die Effektivität von ambulanter Eingliederungshilfe mit soziotherapeutischer Gruppenarbeit geben könnten.

Schlüsselwörter

Ambulant
Gruppentherapie
psychiatrisch
Eingliederungshilfe
Wirksamkeit

1. Einleitung

Angebote der Eingliederungshilfe nach SGB XII sind in ganz Deutschland ein Bestandteil der psychiatrischen Versorgung. Hierzu zählen etwa Wohnheime, Außenwohngruppen, Tagesförderung und Tagesstätten sowie ambulant betreutes Wohnen. Ihre Arbeitsweise wird meist als „soziotherapeutisch“ bezeichnet, wobei dieser Begriff ein weites Feld an Techniken und therapeutisch Tätigen einschließt. Alltagspraktische Angebote (z.B. Kochgruppen) und Ergotherapie werden hierunter subsumiert, genauso wie Gesprächsgruppen, die in selteneren Fällen auch psychotherapeutisch orientiert sein können. Zwar gibt es Bemühungen, die Effektivität von Soziotherapien durch Leitlinien zu erhöhen (Becker, Reker & Weig, 2005), doch sind empirische Untersuchungen vergleichsweise spärlich. Noch seltener findet man Studien, die sich auch mit ambulanten Gruppen befassen, die nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), sondern im Rahmen der Eingliederungshilfe durchgeführt werden. – Dies waren Überlegungen, die zu der hier vorgestellten Untersuchung führten.

Die Fähigkeiten und Chancen vieler chronisch psychisch kranker Menschen, am familiären, Erwerbs- und allgemein gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, sind durch die chronische Erkrankung erheblich eingeschränkt (Reker & Eikermann, 1998). Gesellschaftliche Integration und Unterstützung durch das soziale Umfeld sind nach Pauls (2004) Faktoren, die vor einer körperlichen und psychischen Erkrankung schützen können. Auch bei der Heilung von Krankheiten und bei der beruflichen und sozialen Rehabilitation der Betroffenen kommt diesen Faktoren ein hoher Stellenwert zu. So kann das soziale Umfeld einer Person dafür maßgeblich sein, inwieweit bestimmte Stressoren von einer Person angemessen bewältigt werden können. Wenn die gezielte Berücksichtigung des sozialen Kontextes bei der Behandlung psychischer Krankheiten den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann, so gilt es, therapeutische Methoden zu etablieren, die die Partizipation der Erkrankten in allen gesellschaftlichen Bereichen fördern oder wiederherstellen. Dafür muss aber ausreichend Personal vorhanden sein, was in der Eingliederungshilfe Sachsen-Anhalts z.T. problematisch ist: Denn seelisch Behinderte erhalten hier (im Vergleich mit geistig Behinderten) seit 1993 nur 1/4 des Personalschlüssels.

Insgesamt soll es den Betroffenen ermöglicht werden, in ihrer gewohnten oder einer möglichst normal gestalteten Umgebung zu leben. Klinikaufenthalte bzw. Heimunterbringungen sollen vermieden bzw. so gering wie möglich gehalten werden, jedoch ohne die Schutzbedürfnisse der Betroffenen zu vernachlässigen (Eikermann, 1998).

2. Das Projekt „Horizont Salzwedel“

In der sachsen-anhaltinischen Kreisstadt hat sich mit der Gründung des Zentrums für Soziale Psychiatrie (ZSP) im Jahr 1995 nach und nach um das ZSP ein gemeindepsychiatrisches Netzwerk etabliert. So ist in den letzten Jahren im Stadtgebiet von Salzwedel eine Kette gestufter Angebote entstanden, die sowohl einen Verselbständigungsprozess ermöglicht, aber – in umgekehrter Richtung – Befindensverschlechterungen auch wieder auffangen kann. Für die hier vorgestellte Untersuchung sind insbesondere folgende Angebote relevant:

- In einem *sozialpsychiatrischen Wohnheim* werden die Bewohner vollstationär auf unterschiedlich ausgerichteten Wohngruppen betreut und auf dem Weg zur Selbstständigkeit unterstützt. Ergo- und arbeitstherapeutische Angebote, begleitende soziale und psychologische Dienste, fachärztlich geleitete Konzeptionsarbeit, fachärztliche Fallbesprechungen und Leistungen sowie psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppenarbeit ergänzen die Pflege- und Betreuungsleistungen.
- Eine *Außenwohngruppe mit stationärem Paar- und Einzelwohnen* („Haus Mittendrin“) für Personen, die einen höheren Grad an Eigenverantwortung und Selbstständigkeit erreicht haben. Die Bewohner müssen hier etwa bei der Zubereitung von Mahlzeiten, bei der Reinigung der Wohnbereiche, der Wäschepflege, der Medikamenteneinnahme und dem Aufsuchen von Therapien wesentlich selbständiger sein als im o.g. Wohnheim, haben jedoch immer noch eine verlässliche Unterstützung und Anleitung durch das Betreuungsteam.
- Teilstationäre *Tagesförderung*, organisatorisch und in der Angebotsvielfalt angeschlossen an das o.g. Wohnheim. Diese bietet eine Tagesstrukturierung für Klienten, die in einer eigenen Wohnung leben.

- Angebote des *ambulant betreuten Wohnens* (mit vorwiegend aufsuchenden Hilfen in Einzelkontakten) und zusätzlich von *ambulanten Gruppenmaßnahmen* bieten Unterstützung für Personen, die selbstständig in der eigenen Wohnung leben, ihren Tagesablauf relativ selbstständig strukturieren können, dabei jedoch alltagspraktische und weitere soziotherapeutische Hilfen zur Lebensgestaltung benötigen. Letzteres sind Leistungen von „Horizont“, die hier untersucht wurden.

Wie die Erfahrung des ZSP Salzwedel zeigte, war jedoch für viele Menschen der Schritt aus dem Wohnheim und auch aus der Außenwohngruppe in eine eigene Wohnung zu groß. Aufsuchende Hilfen allein konnten die für ein eigenverantwortliches Leben wichtigen sozialen Kontakte und eine angemessene Tagesstrukturierung auf Dauer nicht gewährleisten. So kam es bei einigen Personen, die dennoch auf Umzug in eine eigene Wohnung drängten, durch Überforderung und soziale Isolation zu Verschlechterungen ihrer psychischen Verfassung und nachfolgend zu Klinikaufenthalten. Um diesen Risiken entgegenzuwirken, fehlten zunächst geeignete Angebote. Daraufhin entstand die Idee, Angebote des herkömmlichen betreuten Einzelwohnens mit ambulanten Gruppenmaßnahmen zu kombinieren. Den Kostenträger interessierte vor allem, inwieweit ambulante Gruppenmaßnahmen als neuer Leistungstyp – vielleicht auch statt bisheriger anderer Angebote – eingeführt werden könnten. Mitte 2005 wurde das Modellprojekt „Horizont“ schließlich aus der Taufe gehoben.

Das Modellprojekt „Horizont“ richtet sich hauptsächlich an Erwachsene aus Salzwedel und Umgebung mit psychischen Beeinträchtigungen, die einen stationären Aufenthalt nicht bzw. nicht mehr notwendig machen, deren seelische Behinderung jedoch so gravierend ist, dass die betroffenen Personen ohne gezielte Unterstützung eine schlechte Prognose in Bezug auf ihren Rehabilitationsprozess haben.

Die leistungsrechtliche Basis bei der Verwirklichung der oben genannten Ziele bildet die Eingliederungshilfe (eine spezielle Form der Sozialhilfe) gemäß §§ 53/54 in Verbindung mit § 76 Abs.1 SGB XII. Als Voraussetzung muss eine chronische Krankheit mit Einschränkungen der gesellschaftlichen Partizipation im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX vorliegen, damit diese als Behinderung anerkannt werden

kann, und eine Eingliederungshilfe im Sinne des § 53 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit der Eingliederungshilfe-Verordnung (Eingliederungshilfe – VO) erfolgen kann. Chronisch psychisch kranke Empfänger von Eingliederungshilfe werden leistungsrechtlich auch als „seelisch Behinderte“ bezeichnet.

Bei Horizont handelt es sich also inhaltlich zwar um ambulante Soziotherapie, jedoch *leistungsrechtlich nicht* um die „Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V“. Zwar stellte letztere ihre psychiatrische Wirksamkeit (insbesondere Abnahme der Krankenhaus-tage) unter Beweis – immerhin in einer von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen in Auftrag gegebenen Studie (Melchinger, 1999). Doch – nach ihrer gesetzlichen Einführung – scheiterte die Einführung der „Ambulanten Soziotherapie nach § 37a SGB V“ weitgehend – aufgrund der von den Gesetzlichen Krankenkassen dann vorgegebenen hohen formalen Anforderungen (Nowack, 2002).

Allgemein sollen soziotherapeutische Maßnahmen dazu dienen, krankheitsbedingte Funktionsstörungen, die den normalen Umgang mit der sozialen Umwelt in den verschiedenen Lebensbereichen (Wohnen, Arbeit, Freizeitgestaltung) behindern, zu überwinden (Brosch, 1994).

Die Mitarbeiter des Projekts „Horizont“ orientieren sich an einem ganzheitlichen Menschenbild und beziehungsorientierten Begegnungen. Im Zentrum der Arbeit steht der Klient als Individuum, der nicht vorrangig über die psychopathologische Symptomatik oder über funktionelle Störungen definiert, sondern vielmehr mit allen positiven und negativen Eigenschaften, Bedürfnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten unter Berücksichtigung seiner Lebensgeschichte und des sozialen Umfelds gesehen wird. Nach dem Grundsatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“ arbeiten Klienten und Mitarbeiter des Projekts gemeinsam daran, die Klienten von professioneller Unterstützung weitgehend unabhängig zu machen und ihnen ein selbst bestimmtes und eigenständiges Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Personale Kontinuität und Verlässlichkeit der Hilfen sind dabei unverzichtbare Qualitätskriterien.

Durch die Betreuung und Unterstützung im Projekt „Horizont“ erhalten psychisch Langzeiterkrankte mit sozialen Schwierigkeiten gezielte soziotherapeutische Hilfen mit psychotherapeutischen Elementen, um eine neue Lebensperspektive außerhalb der stationären Unterbringung zu entwickeln.

Im Einzelnen verfolgt das Projekt „Horizont“ vier wesentliche Ziele:

- Die Klienten sollen unterstützt werden, entweder in eine eigene Wohnung zu ziehen oder – wenn sie schon selbständig wohnen – in der eigenen Wohnung verbleiben zu können, um ein selbstverantwortliches Leben außerhalb stationärer Einrichtungen zu führen. Dazu zählt im Wesentlichen eine angemessene Haushaltsführung, eine eigenständige Tagesstrukturierung, eine befriedigende Freizeitgestaltung und nicht zuletzt ein gesundheitsförderlicher Lebensstil.
- Parallel dazu soll über eine gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung der Teilnehmer eine Heimunterbringung verhindert und die Anzahl der Klinikaufenthalte verringert werden.
- Die Beeinträchtigungen der Klienten im Umgang mit dem sozialen Umfeld sollen gezielt bearbeitet und abgebaut werden.
- Durch Vermittlung in berufliche Rehabilitations- oder Beschäftigungsmaßnahmen soll eine Rückführung der betreffenden Klienten in den Arbeitsmarkt vorbereitet werden.

Mit der Aufnahme eines Klienten in das Projekt „Horizont“ wird ein individueller Hilfeplan erstellt. Dieser bildet die Grundlage für die Planung der verschiedenen rehabilitativen Maßnahmen:

- *Aufsuchende Hilfe* in der eigenen Wohnung der Klienten: Neben der Hilfestellung beim Umgang mit Vermietern, Behörden, Banken, Versicherungen etc. beinhalten die Angebote auch Unterstützung bei täglich wiederkehrenden Verrichtungen im alltagspraktischen Bereich (z.B. Aufstellung von Haushaltsplänen) und bei der Freizeitgestaltung. Dabei werden auch Familienmitglieder und/oder andere Bezugspersonen mit einbezogen und Kontakte z.B. zu Selbsthilfegruppen unterstützt. Die Betreuungsperson steht den Klienten darüber hinaus auch als Ansprechpartner bei Krisen- und Konfliktsituationen zur Verfügung.
- *Ambulante Gruppenmaßnahmen in geschlossenen Gruppen*: Ziel dieser Gruppen ist es insbesondere, Informationen über die eigene Erkrankung zu vermitteln und den Umgang mit der Krankheit zu verbessern. Anhand von Themen werden auch Introspektions-, Kommunikations- und Diskursfähigkeiten gefördert.

Indem die Klienten eigene Verhaltensmuster erkennen und reflektieren, sollen sie zu regelmäßigen Arztbesuchen und einem verantwortungsvollen Umgang mit den verordneten Medikamenten motiviert werden. Zum anderen werden mehr handlungsorientierte Gruppen angeboten, in denen die Klienten Kompetenzen und Fähigkeiten erwerben können, die sie zur Vorbereitung auf ein eigenständiges Leben und eine Ausbildung bzw. eine berufliche Tätigkeit benötigen (z.B. Kochgruppen, Mathematikgruppen, Lese- und Schreibgruppen etc.) angeboten.

- *Ambulante Gruppenmaßnahmen in offenen (integrierten) Gruppen*: Diese Gruppen sind offen für die Klienten des Projekts „Horizont“, für Klienten des gemeindepsychiatrischen Netzwerkes und darüber hinaus für – z.B. kontaktarme – Bürger aus Salzwedel und Umgebung. Gemeinsam können Angebote aus dem kreativen, dem Freizeit- und Hobbybereich in Anspruch genommen werden. Auch hier wird auf die Kontakt- und Kommunikationsförderung geachtet.

Jedem Teilnehmer am Projekt „Horizont“ stehen pro Monat mindestens 24 Stunden Betreuungs- und Hilfeleistungen zu. Dabei entfallen in der Regel jeweils acht Stunden auf die ambulante Wohnbetreuung (aufsuchende Hilfe), auf die geschlossenen und auf die offenen Gruppen. Im Durchschnitt werden ca. 24 Klienten (zuzüglich der Besucher in offenen Gruppen) durch ca. drei Vollzeitstellen betreut. (Allerdings wurden vom Kostenträger nur zwei Stellen vorgesehen und finanziert.) Hinzu kommt, neben Verwaltungsstunden, ein Diplom-Sozialpädagoge in Teilzeit für die Leitung. Das direkte Betreuungspersonal besteht also aus einer Diplom-Pädagogin und einer Krankenschwester in Vollzeit, ferner einer Psychiatrie-Krankenschwester und einer Hauswirtschafterin in Teilzeit.

3. Fragestellung der wissenschaftlichen Begleitung

Die Wirksamkeit der Angebote und Maßnahmen des „Horizont“-Projektes wurden durch eine wissenschaftliche Begleituntersuchung auf den Prüfstand gestellt. Folgende Fragen standen dabei im Mittelpunkt:

- Wie groß ist die Haltequote?

- Wie zufrieden sind die Klienten mit den Angeboten und Hilfen?
- Hat sich die Lebenszufriedenheit der Klienten verändert?
- Welche Veränderungen der psychopathologischen Symptomatik lassen sich feststellen?
- Inwieweit verändern sich die körperlichen und psychischen Beschwerden und die Befindlichkeit?
- Wie veränderte sich das Funktionsniveau der Klienten?

4. Methodisches Vorgehen

Untersuchungsansatz

Um die Wirksamkeit der Interventionen des „Horizont“-Projektes festzustellen, wurden vor allem Veränderungen gesundheitsbezogener Variablen erfasst. Dazu wurden die Klienten zu vier Messzeitpunkten untersucht:

- Die erste Untersuchung der Klienten erfolgte etwa einen Monat vor Beginn der Teilnahme in ihrer häuslichen Umgebung oder in den Räumlichkeiten von „Horizont“ (T0). Zu diesem Zeitpunkt lebten acht der befragten Personen in einer eigenen Wohnung, während sechs Klienten noch in einer Wohngruppe im „Haus Mittendrin“ wohnten und erst von dort aus in eine eigene Wohnung zogen.
- Zwei Wochen nach Beginn der Maßnahme (T1).
- Etwa drei Monaten nach Beginn der Maßnahme (T2); hatten Klienten innerhalb dieses Zeitraums ihre Teilnahme am Projekt beendet, wurden sie trotzdem untersucht.
- Die letzte Messung (T3) fand für die noch im Projekt verbliebenen Klienten mindestens sechs Monate und maximal eineinhalb Jahre nach Beginn der Maßnahme statt.

Es handelt sich um ein Prä-Post-Follow-up-Design ohne Kontrollgruppe. Aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe und der geringen Stichprobe handelt es sich um eine explorative Studie.

Untersuchungsinstrumente

Es wurden die folgenden standardisierten Fragebögen eingesetzt:

- Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) von Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler (2000)
- Brief Symptom Inventory (BSI) von Franke (2000)
- Beschwerde-Liste (B-L) von Zerssen (1976)

- Befindlichkeitsskala (Bf-S) von Zersen (1976)
- Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) (Achse V im DSM IV), Saß, Wittchen, Zaudig & Houben (2003)

Mit einem selbst konzipierten Fragebogen wurden weiterhin soziodemographische und krankheitsbezogene Daten sowie die Zufriedenheit der Klienten mit dem „Horizont“-Projekt erfasst.

Untersuchungsdurchführung

Die Ausgangsstichprobe bestand aus allen Klienten, die in der Zeit von Dezember 2005 bis Dezember 2006 in das Projekt Horizont einbezogen wurden und sowohl aufsuchende Hilfen als auch ambulante Gruppenmaßnahmen in Anspruch nahmen (N=16, acht weitere Klienten nahmen nur die aufsuchenden Hilfen in Anspruch, sie wurden hier nicht berücksichtigt). 14 von ursprünglich 16 Teilnehmern erklärten sich bereit, an der Untersuchung teilzunehmen. Die Befragungen fanden bis Sommer 2007 statt. Für die letzte Befragung (Messzeitpunkt T3) konnten noch zehn der 14 Klienten befragt werden. Vier Klienten waren zum Katamnesezeitpunkt bereits erfolgreich aus dem Projekt ausgeschieden.

5. Soziodemographische und klinische Daten, psychiatrische Diagnose

Die Stichprobe besteht aus 14 Klienten, zehn Frauen und vier Männern. Das durchschnittliche Alter betrug 36,9 Jahre (Range: 22 bis 56 Jahre). Mehr als die Hälfte der Teilnehmer verfügen über einen Sonderschul- (N=5) bzw. Hauptschulabschluss (N=3), Mittlere Reife: N=5, Abitur: N=1. Über den gesamten Befragungszeitraum waren alle untersuchten Personen ohne berufliche Beschäftigung. Zehn der vierzehn Befragten waren in Folge ihrer Krankheit so beeinträchtigt, dass sie als erwerbsunfähig eingestuft worden sind und eine Erwerbsunfähigkeits-Rente bezogen; zwei Personen erhielten die Grundsicherung (GS) bei Erwerbsunfähigkeit und zwei weitere das Arbeitslosengeld II.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt lebten acht Personen in einer eigenen Wohnung, während sechs Klienten noch in einer Wohngruppe im „Haus Mitten-drin“ wohnten und erst von dort aus in eine eigene Wohnung zogen.

Die psychiatrischen Diagnosen verteilen sich wie folgt nach ICD-10 (Hauptdiagnose):

- Persönlichkeitsstörungen (F6): 9 Personen,
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2): 4 Personen,
- Affektive Störungen (F3): 1 Person.

13 der 14 Klienten hatten mindestens eine weitere psychische Störung (Komorbidität). Bei allen Befragten lag die Ersterkrankung mindestens zwei Jahre zurück. 10 Personen haben im Verlauf ihrer Krankheitsgeschichte mindestens einen Suizidversuch hinter sich. Bei vier Klienten lag eine gesetzliche Betreuung vor.

6. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Reker & Eikelmann (1998) stellen heraus, dass man hinlänglich zuverlässige Wirkungen soziotherapeutischer Maßnahmen erst nach etwa drei bis sechs Monaten feststellen kann. Anfänglich positive Veränderungen können mutmaßlich weniger auf die Intervention, sondern auf die mit dem Start der Maßnahme einhergehende „Aufbruchstimmung“ zurückzuführen sein. Daher werden im Folgenden zwar die Ergebnisse zu allen vier Messzeitpunkten berichtet, der Fokus wird aber auf den Unterschieden zwischen der ersten Messung und der Katamnese liegen (mindestens sechs Monate und maximal eineinhalb Jahre nach Maßnahmenbeginn).

Um zu überprüfen, ob sich zwischen diesen zwei Messzeitpunkten bedeutsame Veränderungen ergeben haben, wurde zum einen Wilcoxon-Vorzeichen-Tests für abhängige Stichproben berechnet, zum anderen Effektstärken nach Cohen (ES). Die Interpretation der Effektstärken folgt den üblichen Konventionen ($d \geq 20$ kleiner Effekt, $d \geq 50$ mittlerer Effekt, $d \geq 80$ großer Effekt). Da es sich hier um eine explorative Studie handelt, wird auf eine Bonferroni-Korrektur verzichtet.

Wie groß ist die Haltequote?

Im gesamten Untersuchungszeitraum hat niemand die Maßnahme abgebrochen. Insgesamt vier Personen sind währenddessen aus dem Projekt ausgeschieden. Dabei handelt es sich vor allen Dingen um jüngere Klienten, zwei Männer und zwei Frauen, die überwie-

Tab. 1: Mittelwerte, Standardabweichungen und der Vergleich über die Zeit in Bezug auf die Zufriedenheit der Klienten mit dem "Horizont"-Projekt (N = 10)

	M	SD
Zeitpunkt T1	1.33	.50
Zeitpunkt T2	1.11	.33
Zeitpunkt T3	1.44	.53

Antwortkategorien reichen von 1 bis 5 (1 = sehr gut gefallen, 2 = gut gefallen, 3 = weiß nicht, 4 = nicht gut gefallen, 5 = überhaupt nicht gut gefallen)

gend in Beschäftigungsmaßnahmen vermittelt werden konnten, wodurch die weitere Teilnahme am Projekt nicht mehr erforderlich war und eine Herauslösung aus der Sozialhilfe möglich war.

Wie zufrieden sind die Klienten mit den Angeboten und Hilfen des „Horizont“-Projekts?

Tabelle 1 verdeutlicht, dass die Klienten zu allen drei Zeitpunkten zufrieden bis sehr zufrieden mit den Leistungen des „Horizont“-Projektes sind, systematische Veränderungen ließen sich nicht feststellen.

Hat sich die Lebenszufriedenheit der Klienten verändert?

Die Befragten beurteilten anhand des FLZ die in der Tabelle 2 angegebenen Lebensbereiche. Die meisten Werte bewegen sich im unauffälligen mittleren Bereich. Zum Zeitpunkt T3 sind die Klienten lediglich mit ihrer gesundheitlichen Situation eher unzufrieden (M=3,4), ansonsten zeigen sich keine Abweichungen vom Bevölkerungsdurchschnitt. Weiterhin wird deutlich, dass sich die Werte zunächst in allen Bereichen leicht verbessert haben, zum Zeitpunkt T3 gegenüber T2 aber einige Verschlechterungen zu verzeichnen sind. Diese tendenziellen Verschlechterungen zeigen sich in den Bereichen, die vergleichsweise positiv bewertet wurden (Freizeit, Wohnung). Signifikante Veränderungen sind nicht zu verzeichnen (T0 bis T3). Die Effektstärkenberechnung zeigt aber kleine Effekte in den Bereichen Freizeit ($d = .40$) und eigene Person ($d = .25$).

Tab. 2: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Veränderung über die Zeit in Bezug auf die Lebenszufriedenheit (FLZ) (N = 10)

	Zeitpunkt T0	Zeitpunkt T1	Zeitpunkt T2	Zeitpunkt T3	Wilcoxon-Test (T0,T3)	ES (T0,T3)
FLZ	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	p-Wert	d
Gesundheit	2.9 (3.0)	3.0 (2.8)	3.6 (3.2)	3.4 (2.6)	.129	.18
Finanzielle Lage	4.3 (2.7)	5.1 (2.2)	5.0 (2.5)	4.7 (2.4)	.305	.15
Freizeit	4.6 (2.6)	5.6 (2.0)	6.3 (1.9)	5.6 (2.4)	.276	.40*
eigene Person	3.3 (2.7)	3.8 (2.6)	3.9 (2.8)	4.0 (2.8)	.343	.25*
Freunde, Bekannte, Verwandte	4.6 (3.1)	3.9 (2.6)	4.9 (2.6)	5.0 (3.3)	.891	.12
Wohnung	4.8 (2.9)	5.4 (2.6)	5.9 (2.4)	5.0 (2.7)	.680	.07

Staninwerte, Skala reicht von 1 bis 9 (1 - 3 = sehr unzufrieden/unzufrieden, 4 - 6 = Normalbereich, 7 - 9 zufrieden/sehr zufrieden)

* kleiner Effekt

Welche Veränderungen der psychopathologischen Symptomatik lassen sich feststellen?

Vor Beginn der Maßnahme zeigten sich in fast allen Skalen des BSI auffällige Werte ($T > 60$), zum Teil sogar deutlich erhöhte Werte ($T \geq 63$) und zwar in sechs der neun Skalen (Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus) und im Gesamtwert (GSI). Zum Messzeitpunkt T2 war die Ausprägung dann in fast allen Skalen deutlich zurückgegangen und befand sich nicht mehr im auffälligen Bereich ($T \geq 63$). Zwischen T2 und T3 sind teils Verbesserungen, teils Verschlechterungen zu verzeichnen. Signifikante positive Veränderungen ($p < .05$) von T0 nach T3 sind in Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, paranoides Denken und im Gesamtwert (GSI) zu verzeichnen. Bei der Berechnung von Effektstärken erhält

man von einer Ausnahme abgesehen in allen Skalen kleine bzw. mittlere Effekte. Mittlere Effekte: Unsicherheit im Sozialkontakt ($d = .71$), Depressivität ($d = .72$) und paranoides Denken ($d = .78$). Nach Franke (2000) gilt ein Patient dann als „Fall“, wenn entweder der GSI-Wert ≥ 63 ist oder zwei Skalenergebnisse ≥ 63 sind. Zum Zeitpunkt T0 waren neun der zehn Klienten „Fälle“, zum Zeitpunkt T3 nur noch sechs.

Inwieweit verändern sich die körperlichen und psychischen Beschwerden und die Befindlichkeit?

Vor Beginn der Maßnahme (T0) zeigten sich sowohl in der B-L als auch in der Bf-S gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt deutlich erhöhte Werte (B-L: $p = .014$, Bf-S: $p = .050$). Die Werte entsprechen fast denen einer psychiatrischen Vergleichsgruppe (BL: $p = .356$, Bf-S: $p = .301$). Demgegen-

über befinden sich zum Zeitpunkt T3 beide Werte (B-L, Bf-S) weitgehend im Normalbereich (B-L: $p = .058$, Bf-S: $p = .172$). Die Veränderungen sind allerdings nicht signifikant. Bei der Berechnung von Effektstärken erhält man jedoch für die Bf-S kleine Effekte

Wie veränderte sich das Funktionsniveau der Klienten?

Menschen mit psychischer Erkrankung sind vielfach durch soziale Funktionsstörungen eingeschränkt. Mit Hilfe der Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) des DSM-IV wurde das allgemeine Funktionsniveau der Teilnehmer erfasst. Dabei bewegen sich 35,7% der Klienten zum Messzeitpunkt eins (T0) in einem Bereich, in dem „eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit“ (Saß u.a., 2003, S. 49) bzw. ernsthafte Beeinträchtigungen des Verhaltens durch spezifische Symptome vorliegen. Zum Zeitpunkt T1 wei-

Tab. 3: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Veränderung über die Zeit in Bezug auf die Symptombelastung (BSI) (N = 10)

	Zeitpunkt T0	Zeitpunkt T1	Zeitpunkt T2	Zeitpunkt T3	Wilcoxon-Test (T0,T3)	ES (T0,T3)
BSI	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	p-Wert	d
Somatisierung	59.4 (11.9)	62.0 (10.5)	55.8 (13.8)	58.1 (8.5)	.483	.13
Zwanghaftigkeit	64.9 (12.2)	67.8 (14.1)	57.7 (11.9)	59.0 (14.0)	.154	.45*
Unsicherheit im Sozialkontakt	66.9 (13.3)	64.3 (13.3)	55.7 (9.4)	58.1 (10.5)	.018*	.71**
Depressivität	65.9 (12.4)	65.3 (13.5)	62.0 (11.2)	57.3 (11.4)	.013*	.72**
Ängstlichkeit	61.5 (17.2)	67.8 (10.5)	59.5 (10.9)	56.7 (13.4)	.176	.31*
Aggressivität/Feindseligkeit	59.3 (12.9)	59.2 (13.5)	54.8 (11.6)	56.1 (13.1)	.310	.25*
Phobische Angst	65.9 (14.8)	71.3 (10.5)	63.9 (12.3)	60.2 (12.0)	.128	.42*
Paranoides Denken	66.5 (11.8)	63.5 (10.1)	62.4 (8.6)	56.8 (12.9)	.011*	.78**
Psychotizismus	65.8 (15.9)	68.0 (9.2)	57.6 (11.8)	61.2 (11.4)	.161	.33*
GSI	69.3 (15.6)	68.9 (15.3)	63.6 (13.9)	61.8 (16.6)	.018*	.47*

T-Werte (> 60 = auffällige Werte, $40 - 60$ = Normalbereich)

* $p > .05$, kleiner Effekt, ** mittlerer Effekt

Tab. 4: Mittelwerte, Standardabweichungen und die Veränderung über die Zeit in Bezug auf die Beschwerden (B-L), die Befindlichkeit (Bf-S) und das Funktionsniveau (GAF) (N = 10)

	Zeitpunkt T0	Zeitpunkt T1	Zeitpunkt T2	Zeitpunkt T3	Wilcoxon-Test (T0,T3)	ES (T0,T3)
B-L	26.2 (12.5)	26.6 (10.9)	22.2 (16.9)	23.9 (14.1)	.677	.17
Bf-S	24.1 (17.1)	27.5 (18.1)	23.7 (20.7)	18.7 (13.6)	.235	.35*
GAF ¹	50.2 (9.6)	53.2 (9.4)	55.8 (8.8)		.074	.41*

Hohe Werte deuten auf deutliche Beschwerden bzw. ein schlechtes Befinden hin, niedrige Werte auf das Gegenteil (Normwerte B-L: M=14,26, SD=10,75, Bf-S: M=11,86, SD=9,75, psychiatrische Stichprobe: B-L: M=30,03, SD=15,43, Bf-S: M=32,21, SD=14,79)

¹Das Funktionsniveau wurde zu T3 nicht erhoben, die Veränderungen wurden zwischen T0 und T2 berechnet (Wilcoxon-Test, Effektstärken).

* kleiner Effekt

sen 36,4% und zum Zeitpunkt T2 30,8% der Klienten Durchschnittswerte ≤ 50 auf, was auf „eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit“ hindeutet. Diese Veränderungen (von T0 bis T2) erwiesen sich zwar als nicht signifikant ($p < .001$), es konnte aber ein kleiner Effekt nachgewiesen werden ($d = .41$).

7. Schlussfolgerungen und Fazit

Das Projekt „Horizont“ kann im fraglichen Zeitraum für die untersuchten Personen als erfolgreich eingeschätzt werden und zwar aus folgenden Gründen:

- Im gesamten Untersuchungszeitraum hat niemand die Maßnahme abgebrochen. Vier Personen konnten in Beschäftigungsmaßnahmen vermittelt werden, wodurch die weitere Teilnahme am Projekt nicht mehr erforderlich war.
- Die Klienten sind mit den Leistungen des „Horizont“-Projektes überwiegend sehr zufrieden.
- Die Lebenszufriedenheit hat sich tendenziell verbessert. Zum Zeitpunkt T3 liegen alle erfassten Lebensbereiche von einer Ausnahme abgesehen im durchschnittlichen Bereich liegt. Lediglich mit ihrer gesundheitlichen Situation sind die Klienten eher unzufrieden.
- Besonders deutliche Veränderungen zeigen sich in der psychopathologischen Symptomatik. In fast allen Bereichen zeigten sich signifikante Veränderungen. Die Klienten wurden vor allem sicherer im Umgang mit anderen Menschen und waren weniger depressiv, paranoide Gedanken gingen ebenfalls deutlich zurück. Hier ließen sich zum Teil mittlere Effekte nachweisen.

- Die Klienten klagen weniger über körperliche und psychische Beschwerden und ihre Befindlichkeit hat sich tendenziell verbessert. Zum Katamnesezeitpunkt unterscheiden sich die Klienten nicht mehr vom Bevölkerungsdurchschnitt.
- Nach Einschätzung der Mitarbeiter hat sich das globale Funktionsniveau der Klienten durch die Teilnahme am Projekt „Horizont“ tendenziell signifikant verbessert.

Bei der Bewertung der Ergebnisse muss man berücksichtigen, dass alle Klienten mehr oder weniger lange „Krankenkarrerien“ hinter sich hatten. 13 der 14 Klienten hatten mindestens eine weitere psychische Störung (Komorbidität) und 10 Klienten hatten im Verlauf ihrer Krankheitsgeschichte mindestens einen Suizidversuch hinter sich. Die Teilnahme am Projekt „Horizont“ sollte unter anderem die Anzahl der stationären Aufenthalte verringern und eine wirksame Suizidprävention leisten. Immerhin sechs Personen brauchten bis zum Ende der Untersuchung weder ein psychiatrisches noch ein anderes Fachkrankenhaus aufsuchen. Die anderen Klienten mussten indessen zwischen ein und sieben Mal die Leistungen einer Klinik in Anspruch nehmen. Einweisungsgründe waren Medikamentenneueinstellungen und somatische Indikationen, aber auch persönliche Krisen, die von den „Horizont“-Mitarbeitern nicht aufgefangen werden konnten. Nach ihrer Entlassung aus der Klinik erhielten die Betroffenen verstärkte Gesprächsangebote und gezielte Unterstützung. Kein Klient musste in vollstationäre Betreuung (Außenwohngruppe oder Wohnheim) um- bzw. zurückziehen. Bis zum Abschluss der Untersuchung war bei keinem Klienten ein Suizidversuch zu verzeichnen. Aufgrund des methodischen Aufbaus und der sehr kleinen Stichprobe ist ei-

ne Generalisierbarkeit der Ergebnisse sicher nicht möglich. Weitere Studien an größeren Stichproben und über längere Untersuchungszeiträume sind erforderlich. Insgesamt fehlt es an empirischen Untersuchungen, die weiteren Aufschluss über die Effektivität ambulanter Eingliederungshilfe mit soziotherapeutischer Gruppenarbeit für seelisch behinderte Menschen geben könnten.

Die Effektivität des in Salzwedel praktizierten Modells einer Kombination aus aufsuchenden Hilfen und ambulanten Gruppenmaßnahmen erscheint jedoch zumindest in Bezug auf die untersuchte Klientengruppe belegt. Es muss allerdings offen bleiben, ob sich dies auch bei chronisch psychisch Erkrankten mit anderen Ressourcen- und Symptomausprägungen bestätigen würde. In der Praxis wurde von Horizont bei der Teilnehmerauswahl insbesondere auf eine relativ hohe Selbständigkeit, einschließlich relativ selbständiger Tagesstrukturierung, geachtet. Anderenfalls wurden Interessenten an stationäre und teilstationäre Betreuungsformen in Salzwedel verwiesen. Offen bleibt insbesondere auch der Einfluss von Therapeutenvariablen, da das Netzwerk um das ZSP Salzwedel betont, einerseits bei allen Begegnungen mit Klienten auf die Beziehungsarbeit Wert zu legen, andererseits schon bei der Mitarbeiterauswahl nach einem eigenen Verfahren vorzugehen. Diese Aspekte sind dem Kostenträger bekannt. Unzulässig erscheint es daher, wenn der Kostenträger (vor und nach dem Horizont-Modellprojekt), dieses als Begründung angesehen hat, um landesweit kostenintensivere teilstationäre Plätze (z.B. in Tagesstätten) abbauen zu wollen. Denn dadurch entstünde die Gefahr, dass es – bei überforderten Klienten – zu vermehrten Krankenhauseinweisungen kommt, die aber – seitens des Kostenträgers der Eingliederungshilfe – fälschlich als Erfolg ge-

bucht werden könnten. Denn die Krankenhausaufenthalte würden zwar die Eingliederungshilfe entlasten – allerdings zu Lasten der (gesetzlichen und der privaten) Krankenversicherungen. Vielleicht ist es bemerkenswert, wenn „Horizont“ mit ca. 24 Stunden pro Monat signifikante Befindens- und Symptomverbesserungen erreichte, während teilstationär etwa fünf Mal so viele Stunden anfallen. Allerdings wurden auch bei „Horizont“ – um die Kontinuität der aufsuchenden Hilfen und ambulanten Gruppenmaßnahmen sicherstellen zu können – 50 % mehr Mitarbeiter eingesetzt, als vom Kostenträger vorgesehen und finanziert. Aber eine Ausweitung der Indikation auf eine Klientel, die stärker beeinträchtigt ist als die hier beschriebene Klientel – erscheint daher nicht angezeigt. Bei Horizont Salzwedel sehen sich Klienten und Mitarbeiter vor die Aufgabe gestellt, den beschrittenen Weg – trotz diffuser Rechtslage und unterschiedlicher Auffassungen über die nötige Mitarbeiterzahl – in der sozialen Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen fortzusetzen.

Literatur

- Becker, T., Reker, T. & Weig, W. (Hrsg.) (2005). *Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*, Bd. 7. Heidelberg: Steinkopff.
- Brosch, W. (1994). *Psychiatrie – Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer*. Wien: Orac.
- Eikermann, B. (1998). *Sozialpsychiatrisches Basiswissen – Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Melchinger, H. (1999). *Ambulante Soziotherapie – Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojekts „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 115. Baden-Baden: Nomos.
- Nowack, N. (2002). *Ambulante Soziotherapie – Bisher ein Papiertiger*. Deutsches Ärzteblatt, 12, 546-547.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit – Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.
- Reker, T. & Eikermann, B. (1998). *Krankheits- und Rehabilitationsverläufe schizophrener Patienten in ambulanter Arbeitstherapie – Eine prospektive Studie über 3 Jahre*. *Nervenarzt*, 69, 210-218.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Huber, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Zerssen, D. von (1976a). *Die Beschwerdeliste (B-L)*. Weinheim: Beltz.
- Zerssen, D. von (1976b). *Die Befindlichkeitskala (Bf-S)*. Weinheim: Beltz.

Dr. med. Nicolas Nowack
 Zentrum für Soziale Psychiatrie
 Salzwedel
 Hoyersburger Straße 60
 D-29410 Salzwedel
 studien@dr-nowack-kliniken.de

Bettina Lampert

Detached Concern

Eine emotionsregulierende Bewältigungsstrategie in der Altenpflege

Die Arbeit im stark wachsenden Bereich der Humandienstleistungen erfordert neben umfassenden fachlichen Kenntnissen vermehrt interaktive Kompetenzen im Umgang mit anderen Menschen. Insbesondere wird auch eine emotionale Anteilnahme erwartet. Sofern es allerdings nicht gelingt, eine Balance zwischen Zuwendung und Abgrenzung herzustellen, können daraus Fehlbeanspruchungen resultieren mit der möglichen Folge von Burnout und Einbußen der Versorgungsqualität.

"Detached Concern" als positive, emotionsregulierende Bewältigungsstrategie soll ermöglichen, die Arbeit mit Menschen empathisch und zugewandt auszuführen und zugleich das professionelle Handeln durch die Wahrung einer hinreichenden Abgrenzung zu unterstützen. Gelingt dieser Prozess, so fördert eine hohe empathische Anteilnahme die Helfer-Klient-Beziehung und trägt wesentlich zu einer guten Versorgungsqualität bei, während die Abgrenzungsfähigkeit emotionale Belastungen reduziert und die psychische Gesundheit der Helfenden fördert. Die (Interaktions-) Arbeit kann somit für beide Seiten erfolgreich gestaltet werden.

In der hier vorliegenden Publikation wird "Detached Concern", basierend auf den Ursprungsarbeiten (Lief & Fox, 1963), in einem arbeitspsychologischen Kontext der Altenpflege aufgearbeitet. Außerdem werden Anlage, Durchführung und Ergebnisse einer eigenen Untersuchung dargestellt. Hier finden sich die empirischen Belege für die gesundheitsförderliche Relevanz eines gelingenden "Detached Concern" für die Vermeidung von Fehlbeanspruchungen und das Entstehen von Burnout.

Darüber hinaus werden praxisbezogene Implikationen zur Förderung von "Detached Concern" diskutiert.

2011, 256 Seiten, ISBN 978-3-89967-705-8, Preis: 30,- €

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28, D-49525 Lengerich, Tel. ++ 49 (0) 5484-308, Fax -550
 pabst.publishers@t-online.de, www.psychologie-aktuell.com, www.pabst-publishers.de

