

# Infobrief



Infobrief

I. 2010

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.

## Neues aus der Geschäftsstelle

*Liebe Mitglieder und Freunde des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e.V.,*

nach dem langen Winter kehrt nun endgültig der Frühling ein. Ich hoffe, die hatten die Ostertage gut nutzen können, um in Ruhe die ersten kräftigen Sonnenstrahlen zu genießen.

Welche Neuigkeiten gibt es aus dem Landesverband zu berichten? Zunächst ist festzuhalten, dass uns das Thema der **sozialpsychiatrischen Fachausbildung** weiterhin beschäftigt. Gemeinsam mit dem Diakonischen Bildungszentrum und den Mitgliedseinrichtungen des Landesverbandes wurde eine Überarbeitung des Curriculums vorgenommen. Es hat sich mittlerweile eine Arbeitsgruppe gebildet, die mit der detaillierten Ausarbeitung des Curriculums beschäftigt ist. Vorbehaltlich der Abstimmung mit dem Sozialministerium soll das neue Konzept schon zu Beginn des nächsten Jahres umgesetzt und erprobt werden.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt ist die die Diskussion über die **Struktur der Arbeitskreise des Landesverbandes**. Beim letzten Treffen der Arbeitsgruppensprecher mit dem Vorstandes des Landesverbandes im November 2010 wurde angeregt, die bisherige Struktur zu überprüfen und einen Veränderungsvorschlag zur Diskussion zu stellen. Dies ist bei einem erneuten Sprechertreffen im Februar 2011 geschehen. Seither wird das Konzept den Arbeitsgruppen vorgestellt und dort erörtert. Auch die Mitgliederversammlung im Mai wird sich mit diesem Thema beschäftigen. Im Herbst 2011 wird sich die AG der Sprecher abschließend mit dem Diskussionsergebnis befassen, so dass in Abhängigkeit von der Zustimmung der Gremien ab Januar 2012 die Strukturen verändert werden. Hintergrund für diese Initiative ist die Einschätzung aus den Reihen des Sprecherkreises und des Vorstandes, dass 1.

## In dieser Ausgabe:

Neues aus der Geschäftsstelle	1-4
Rückblick: Gedenkveranstaltung 27 Januar 2011 in Ueckermünde	5-6
„ Anderssein ist eine Stärke “. Rostock startet EX-IN Kurs	7-8
20 Jahre Sozialpsychiatrie in Schwerin	9-10
Stellungnahme des Landesverbandes zum Lan-	11-13
Artikel: Wirkungsorientierung—auf der Suche nach	14-19
Tiere als Therapeuten: Ein neues Ausbildungsan-	20
Termine	21

die Arbeitsgruppen in sehr unterschiedlicher Qualität arbeiten, 2. die Aufträge bzw. die Funktion einzelner Gruppen zunehmend unklarer geworden sind und 3. angesichts der aktuellen Diskussion über die „Inklusion“ die — gelegentlich explizit arbeitsfeldbezogenen — Organisationsprinzipien wenig zeitgemäß erscheinen. Schon in den ersten Vorstellungen des Konzeptentwurfs vor den einzelnen Arbeitsgruppen zeigte sich, dass dieses Thema sehr kontrovers und lebhaft diskutiert wird. Das stimmt insofern positiv als dadurch die Bedeutung der Arbeitsgruppen für die Mitgliedseinrichtungen des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV deutlich wird. Grundsätzlich ist auch anzumerken, dass die Diskussion längst noch nicht abgeschlossen ist und konstruktiven Rückmeldungen in den ersten Diskussionsentwurf eingebunden werden.

Am 19. Mai 2011 findet in Güstrow die gemeinsam mit dem Paritätischen MV organisierte Fachtagung zu „**Personenzentrierten Leistungen in der Eingliederungshilfe**“ statt. Ziel ist es, Finanzierungsmodelle zur Diskussion zu stellen, die vielleicht geeignet sind, den Anspruch an personenzentrierten Leistungen besser einzulösen als es die Struktur des Landesrahmenvertrages gegenwärtig erlaubt. Die Resonanz ist für uns Veranstalter bisher außerordentlich erfreulich. Nach wie vor sind aber noch Plätze frei. Wer also noch Interesse an einer Teilnahme hat, sollte jetzt zeitnah eine Anmeldung vornehmen.

Ein weiteres Thema, das uns gegenwärtig beschäftigt, sind die sog. „**Systemsprenger**“. Damit sind vor allem jene Menschen gemeint, die auf Grund ihres chronifizierten Krankheitsbildes die Möglichkeiten der Versorgung immer wieder in Frage stellen bzw. erst gar nicht in der Versorgung ankommen und z.B. in Einrichtungen der Obdachlosenhilfe leben. Vor einigen Jahren gab es dazu ein Modellprojekt, und zwar mit dem Ziel, diese Klientengruppe konkreter zu beschreiben und daraus Anforderungen an das Versorgungssystem abzuleiten. Wir haben in Kooperation mit Prof. Dr. Freyberger von der Universität Greifswald im Mai zu einem Arbeitsgespräch geladen, um die aktuelle Situation zu erörtern.

Ferner bereiten wir uns gegenwärtig auch intensiv auf die diesjährige **Mitgliederversammlung** des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV am 27. Mai in Torgelow vor. Der Landesverband wird dabei Gast der VS Uecker-Randow sein. Wir haben — angesichts des bevorstehenden Wahlkampfes — dazu Vertreter der demokratischen Parteien eingeladen, um ihnen Gelegenheit zu geben, ihre Perspektiven für die zukünftige Entwicklung der Wiedereingliederungshilfe in MV zu präsentieren. Die Einladungen werden fristgerecht nach Ostern verschickt.

Im Mai findet auch ein erstes Vorbereitungstreffen statt zur Weiterentwicklung des Konzeptes „**Betruern—Erinnern—Wachrütteln**“. Die Veranstaltung vom 27. Januar 2011 in Ueckermünde war—wie auf den folgenden Seiten beschrieben wird—auf große Resonanz gestoßen. Deshalb wurde im Vorstand beschlossen, grundsätzlich an einer Gedenkveranstaltung festzuhalten. Allerdings soll dabei das traditionelle Veranstaltungskonzept überdacht werden. Als Veranstaltungsort für den Januar 2012 ist nunmehr Wismar vorgesehen.

Im letzten Infobrief veröffentlichten wir einen Brief der **AG Forensik** an Frau Sozialministerin Schwesig zur Situation des Entlassungsmanagements forensischer Patienten. Es erfolgte eine Antwort des Staatssekretärs Herrn Voss mit der

Einladung, die Thematik im Rahmen der regelmäßigen Sozialamtsleiterrunde beim Gemeindetag vorzustellen. Dieser Vortrag erfolgte im März diesen Jahres. Allerdings war die Resonanz und Diskussionsfreude doch leider eher zurückhaltend. Mit der Stadt Rostock konnte immerhin in einem Folgetermin anschließend ein konstruktives Gespräch geführt werden. Auch Stralsund nahm Kontakt zum Sprecher der AG, Herrn Leeder, auf. Darüber hinaus scheint es für die Kommunen mit Blick auf die Überleitung forensischer Patienten kaum weiteren Gesprächsbedarf zu geben. Wir finden das bedauerlich und werden aber gemeinsam mit der AG Forensik weiterhin nach Strategien suchen, um das Thema landesweit voranzubringen.

Am 9 Juni 2011 wird im Rahmen des Modellprojektes „Länger leben in MV“ und in Kooperation mit dem Hanseklinikum Wismar und anderen Partnern eine **Fachtagung zum Thema: „Tagesangebote in der Gerontopsychiatrie“** veranstaltet. Veranstaltungsort ist die Fachpflegeeinrichtung „Haus am Bibowsee“ in Niesbüll/Jesendorf. Ziel dieser Veranstaltung ist es, klinische bzw. pflegerische Tagesangebote für gerontopsychiatrische Menschen zur Diskussion zu stellen. Die konkreten Einladungen werden zeitnah verschickt bzw. können bald über unsere Internetadresse bezogen werden.

Mit Blick auf das Modellprojekt „**Länger leben in MV**“ sind auch einige andere Neuigkeiten zu berichten. So hat es in den zurückliegenden Monaten und in den Projektregionen Greifswald und Vorpommern eine Reihe von Veranstaltungen gegeben, die die Etablierung von regionalen Netzwerken vorgebracht haben. Hintergrund dieses Bemühen ist unsere Überzeugung, dass die vielfältigen Angebote der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in MV auf lokaler Ebene kaum vernetzt und verzahnt sind. Dadurch kommt es in den Kommunen zu Versorgungsbrüchen und Schnittstellenproblemen, die unmittelbare Folgen für die Qualität der Versorgung haben. Die im Rahmen des Modellprojektes vorgenommene Befragung von Kosten- und Leistungsträgern hat herausgearbeitet, dass durch die fehlende institutionalisierte Zusammenarbeit aller Akteure in den Sozialräumen erhebliche Ressourcen verfehlt werden. Gerade bei der Behandlung dementieller Erkrankungen sind Vernetzungen notwendig, die die aktuell noch dominierenden sektoriell geprägten Denk- und Handlungsmuster überwinden.

Wichtig ist in diesem Kontext auch der Hinweis, dass sich das Personengefüge im Modellprojekt verändern wird. Frau Cathleen Mendle wird aus privaten Gründen Rostock und MV verlassen. Frau Christina Schmidt hat sich zwar nicht geographisch aber doch beruflich neu orientiert. Auch wenn die Entscheidungen nachvollziehbar sind, bedauern wir das sehr. Wir danken den Kolleginnen für ihre sehr engagierte, vertrauensvolle und kompetente Mitarbeit und freuen uns auf die neuen Mitarbeiterinnen, die das Projekt zukünftig begleiten werden. Eine ausführliche Vorstellung der neuen Mitarbeiterinnen wird im nächsten Infobrief folgen.

Vielleicht noch ein Blick auf die politischen Aktivitäten des Sozialministeriums. Der **Psychiatrieentwicklungsplan MV** steht offenbar unmittelbar vor seinem Abschluss. Noch vor der Sommerpause soll der vorliegende Entwurf der Fachöffentlichkeit vorgestellt werden. Auch der **Leitfaden zur Zusammenarbeit: „Kinder – Jugendhilfe mit Kinder –**

und **Jugendpsychiatrie in Mecklenburg Vorpommern**“ liegt im Entwurf und zur letzten Abstimmung im Sozialministerium vor. Ein Thema, das in den vergangenen Monaten ebenfalls eine wichtige Rolle gespielt hat, ist das neue **Gesetz zur Landeskrankenhausplanung MV**. Diesbezüglich fand im Februar auch eine Anhörung vor dem Sozialausschuss des Landestages MV statt. Die schriftliche Stellungnahme des Landesverbandes finden Sie auf den folgenden Seiten des Infobriefes.

Neben dieser Stellungnahme finden Sie in dieser Ausgabe Infobrief auch eine Konzeptbeschreibung der AWO Rostock zum **Ex-In Projekt**. Neben dem Anker Schwerin gGmbH sind in MV zwei Einrichtungen mit diesem trialogischen Projekt beschäftigt. Aus beiden Projekten lassen sich sicherlich Zukunft gute Erfahrungen ableiten, wie die Erfahrungskompetenz psychiatrie-erfahrener Menschen sinnvoll in die sozialpsychiatrische Versorgungsstruktur eingebunden werden kann.

Ferner finden Sie auch einen Artikel zum Thema **Wirkungsorientierung** von T.Bär, C. Nerlich, I.Steinhardt und T.Follak . Dabei handelt es sich um einen Abdruck eines Sonderdruckes der Zeitschrift : Sozialpsychiatrische Informationen. Da wir uns im Landesverband im Rahmen einer kleinen Arbeitsgruppe auch mit diesem Thema beschäftigen, passt es vielleicht ganz gut, wenn man den Diskussionen eine konkrete Projektbeschreibung gegenüberstellt..

Und zum Schluss: In der Anlage zu dieser mail finden Sie die Referate als PDF, die anlässlich der von der GGP Rostock mbH und dem Institut für Sozialpsychiatrie MV durchgeführten 1. **Rostocker Forum**: Innovative Behandlungskonzepte in der Psychiatrie. Diese Veranstaltung war mit rund 150 Teilnehmern und anregenden Fachdiskussionen ein großer Erfolg.

Soweit die Informationen aus dem Landesverband Sozialpsychiatrie.

Ihnen alles Gute

Andreas Speck

„ *Betruern-Erinnern-Wachrütteln* “: Im folgenden berichtet Frau Synke Drechsler von den AMEOS Klinikum Ueckermünde über die diesjährige Gedenkveranstaltung vom 27 Januar 2011. Es sei an dieser Stelle ausdrücklich allen gedankt, die zum Gelingen dieses Tages beigetragen haben: Dem AMEOS Klinikum Ueckermünde, der VS Uecker Randow, dem Landesverband der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker MV e.V., dem Landesverband Psychiatrie Erfahrene MV e.V., dem Landesverband Lebenshilfe MV e.V., „ *Das Boot* “ Wismar e.V., Herrn Dr. Walraph und der gemeinnützigen Werk – und Wohnstätten Pasewalk gGmbH und nicht zuletzt den vielen engagierten privaten Spendern.

### Zentraler Tag des Gedenkens auch für die psychisch kranken und behinderten Euthanasieopfer aus der ehemaligen Landesheilanstalt Ueckermünde.

Die Landesgedenkveranstaltung „ *Erinnern, Betruern, Wachrütteln* “ zum Gedenken an die psychisch kranken und behinderten Opfer des Nationalsozialismus fand in diesem Jahr in Ueckermünde statt - in einer Stadt mit einer psychiatrischen Klinik mit langer Tradition. Diese zentrale Landesveranstaltung zur Erinnerung an die furchtbaren Verbrechen des NS Regimes wechselte in den letzten drei Jahren an die aus historischer Sicht bedeutsamen Orte Stralsund, Rostock und Schwerin.

Viele Menschen gedachten am Vormittag während der Kranzniederlegungen am Mahnmal "Verloren sein" auf dem Areal des AMEOS Diakonie-Klinikum Ueckermünde der systematisch in Tötungsanstalten ermordeten Opfer des Nationalsozialismus. Das Mahnmal, das 1991 von dem

Bildhauer Sven Domann geschaffen und im Jahr 2009 von ihm restauriert wurde, ist damals das erste Denkmal dieser Art auf einem Krankenhausesgelände in Deutschland gewesen. Wie bereits zur Wiedereinweihung 2009 fanden auch an diesem kalten, leicht verschneiten Wintertag wieder ca. 200 eingeladene Gäste, Mitarbeiter, Patienten, Pflegehausbewohner und interessierte Bürger den Weg an das Mahnmal.



Der Leitende Chefarzt der Psychiatrie der AMEOS Klinik Anklam-Pasewalk-Ueckermünde, Dipl.-Med. Wolfgang Kliewe, die Pfarrerin und Krankenhauseelsorgerin Dorothea Büscheck, Andreas Speck vom Landesverband Sozialpsychiatrie MV e.V. und die Bürgermeisterin der Stadt Ueckermünde Heidi Michaelis

fanden die richtigen Worte, die mahnend, erinnernd und emotional dazu aufriefen, derartige Geschehnisse zu verachten und niemals wiederkehren zu lassen.

Der Behindertenverband des Landkreises Uecker-Randow, sozialpsychiatrisch tätige Verbände, politische Vertreter, Vertreter des AMEOS Klinika, um nur einige zu nennen, setzten mit dem Niederlegen von Kränzen und Blumen ein Zeichen gegen nationalsozialistisches Gedankengut, das leider auch im Nordosten Deutschlands auf nährbaren Boden fällt.



Nach der aufwärmenden Mittagspause mit der Versorgung durch das Klinikum wurde die Veranstaltung am Nachmittag im Greifengymnasium Ueckermünde fortgesetzt.

Musikalisch begrüßt wurden die Veranstaltungsteilnehmer durch die Menschen, um die es bei einer solchen Veranstaltung geht, nämlich durch den Behindertenchor der Gemeinnützigen Werk- und Wohnstätten GmbH Pasewalk. Sie haben „die sonnigen Seiten in den Raum geholt“, wie Sandra Rieck, Geschäftsführerin des psychosozialen Zentrums „Das Boot“ in Wismar im Namen der Veranstalter durch das Nachmittagsprogramm



moderiert. Sie zeigten, dass das tägliche Leben auch als behinderter Mensch lebenswert ist.

Der Staatssekretär im Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern Nikolaus Voss sowie der Landrat des Landkreises Uecker-Randow Dr. Volker Böhning richteten ihre Grußworte an psychisch kranke und behinderte Menschen, an viele Mitarbeiter sozialpsychiatrischer Einrichtungen sowie interessierte Gäste. Michael Dieckmann, Vorstand der AMEOS Gruppe, machte auf die besondere Verantwortung als Träger vieler psychiatrischer Kliniken in Deutschland aufmerksam.

Sehr anschaulich mit Auszügen aus Krankenakten, mit persönlichen Briefen oder Patienten-listen ging Dr. med. Heike Bernhardt auf die Umstände der Euthanasie in der damaligen Nervenklinik Ueckermünde ein.

Die Hintergründe der Ausstellung "Erlebt - Verdrängt - erinnert" erläuterte Dr. med. Erwin Walraph. Die Ausstellung wurde im Gymnasium eröffnet und kann dort in den nächsten Wochen im Rahmen des Geschichtsunterrichtes von den Schülern genutzt werden.

Eindrucksvoll ging Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust auf die schriftlich verankerten Rechte in der Behindertenrechtskonvention und den Umgang mit behinderten Menschen ein, der achtsam und sensibel sein sollte. "Jeder sollte lieber einmal mehr als zu



wenig fragen", um einen "vernünftigen Umgang auf gleicher Augenhöhe" zu schaffen.

Den Abschluss der eindringlichen Veranstaltung bildete Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner aus Hamburg mit seinem Vortrag zur Frage: "Wie verstetigen wir Erinnerung?"



Viele Vereine und Verbände, Unternehmen und Privatpersonen unterstützen mit Spenden die Gedenkveranstaltung.

Synke Drechsler



# „Anderssein ist eine Stärke“ Rostock startet EX -IN-Kurs

Ab September 2011 wird ein Team der AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH in Rostock gemeinsam mit dem AWO-Landesverband einen EX-IN-Kurs anbieten. Dies ist eine Qualifizierung für Menschen mit Psychiatrieerfahrung zum Gene-sungsbegleiter bzw. Dozent. Das Stattfinden des Kurses ist davon abhängig, ob sich 20 Teilnehmer dafür anmelden.

EX-IN ist die Abkürzung für **Expe-rienced Involvement** und bedeutet soviel wie Beteiligung / Einbezie-hung der Erfahrungen oder des Erfahrungswissens. Es ist ein Ausbildungsprogramm, das Men-schen mit einer psychischen Er-krankung dazu qualifiziert, ihre

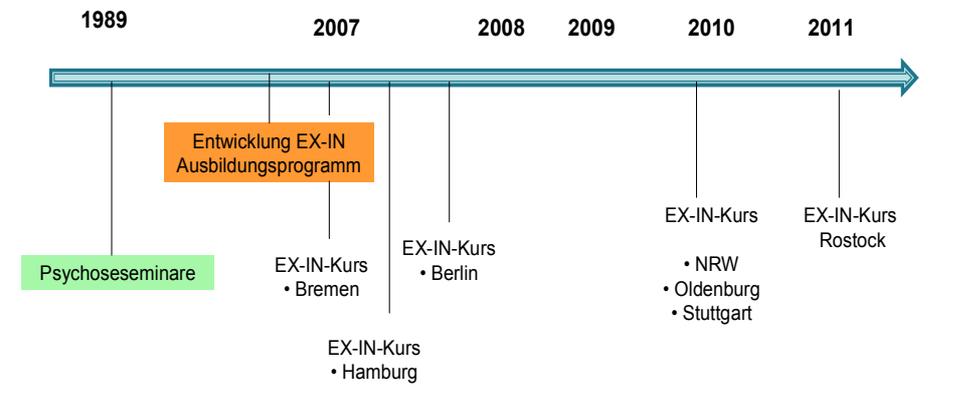
Betroffenheit und die damit zusam-menhängenden Erfahrungswerte zu nutzen und gewinnbringend für ande-re einzusetzen.

Die Idee von EX-IN ist einen anderen Blickwinkel einzunehmen. Dies hat zwei Dimensionen. Die eine ist, dass die Gesellschaft Menschen mit Psy-chiatrieerfahrung nicht auf ihre Beein-trächtigung reduziert, sondern auch erkennt, dass sie durch Ihre Beein-trächtigung Ressourcen entwickeln können und damit sehr hilfreich sein können. Die zweite Dimension betrifft den Teilnehmer des Kurses selbst. Im Rahmen von EX-IN soll er / sie ler-nen, sein Wissen um seine seelische Erschütterung zu reflektieren, entde-cken welche Bewältigungsmechani-smen er / sie entwickelt hat und über welche besonderen Ressourcen er / sie verfügt.

Das Grundverständnis von EX-IN ist der Dialog. Es geht also auch dar-um, durch diesen Kurs die Überzeu-gung zu transportieren, dass es un-erlässlich ist, miteinander zu spre-chen. Dies soll auf Augenhöhe und mit allen Beteiligten (Angehörige, Betroffenen, Profis ) passieren. Der dialogische Ansatz zieht sich von Beginn an durch das EX-IN-Projekt. So wurde bereits das Curri-culum im Rahmen eines durch die EU geförderten Projektes durch alle drei Perspektiven entwickelt.

Der Kurs dauert insgesamt 1 Jahr und setzt sich aus 11 inhaltlichen Modulen, 1 Abschlussmodul und einer bestimmten Anzahl von Pra-xisanteilen zusammen. Ein Modul findet einmal im Monat über drei Tage statt. Jedes der 11 Module beschäftigt sich mit einem bestimm-

## EX-IN Entwicklung



ten Thema wie: „Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden“, „Empowerment in Theorie und Praxis“, „Dialog“, „Recovery“, „Lehren und Lernen“ etc. Durch das entwickelte Curriculum, mit dem darauf abgestimmten Lehrmaterial mit spezifischen Lehr- und Lernstrategien werden die Kursteilnehmer darauf vorbereitet, ihr Erfahrungswissen in psychosozialen und psychiatrischen Kontexten beispielsweise in der Krisenintervention anzuwenden.

Der Kurs wird am Wochenende angeboten, so dass auch berufstätige diese Qualifizierungsreihe in Anspruch nehmen können. Der

gesamte Kurs gliedert sich auf in den Basis- und Aufbaukurs. Der Kurs kostet pro Modul 185 €. Die Kostenübernahme muss vor Kursbeginn geklärt sein. Finanzierungsmöglichkeiten sind beispielsweise über einen Bildungsgutschein oder möglicherweise über das Persönliche Budget gegeben.

Die Perspektiven sind gut. 50% der Kursteilnehmer arbeiten nach der Qualifizierung als Genesungsbegleiter oder Dozent. Sie haben entweder Nebentätigkeiten oder Festanstellungen im psychosozialen oder psychiatrischen Arbeitsbereich (Krisenbegleitung, Gruppenangebote, Psychoedukation, Beratungsangebote etc.), werden für Fachtagungen angefragt, engagieren sich im Bereich

des Qualitätsmanagement oder in der Öffentlichkeitsarbeit.

Der Plan ist, dass wir den Kurs ab September 2011 in Rostock anbieten können. Dies ist allerdings noch abhängig davon, ob sich genügend Interessierte für den Kurs anmelden und wie viel Personalressourcen wir jetzt schon bündeln können, um den Kurs und die Idee publik zu machen. Wir haben vor nicht nur die potentiellen Kursteilnehmer anzusprechen sondern wollen auch mögliche Kostenträger (Hanse-Jobcenter, Amt für Jugend & Soziales etc.) für den EX-IN-Kurs aufschließen.

Es ist geplant, demnächst eine Internetseite an die Homepage der AWO Rostock anzukoppeln. Dort kann man sich dann über aktuelle Entwicklungen, Informationsveranstaltungen, Bewerbungsfristen etc. erkundigen. Bei Fragen bzw. Unklarheiten sprechen Sie uns gern an:

Renate Rapphahn: rapphahn@awo-rostock.de; Tel.: 0381-405360

Kristin Voll: voll@awo-rostock.de; Tel.: 0381-1270127

Anne Hoffmann: annehoffmann1@gmx.de; Tel.: 0157-71365263

Weitere Informationen finden Sie unter folgendem Link: [www.ex-in.de](http://www.ex-in.de)

Kristin Voll, AWO-Rostock





## 20 Jahre Sozialpsychiatrie in Schwerin

Mit so vielen Gästen haben wir gar nicht gerechnet“, freute sich Amtsärztin Renate Kubbutat, als sie Freitag, den 11. März die Festveranstaltung „20 Jahre Sozialpsychiatrie in Schwerin“ eröffnete. Sie begrüßte im Auftrag der Veranstalter dem Sozi-

alpsychiatrischen Dienst der Stadt Schwerin, der Initiativegruppe Sozialarbeit e. V. und der ANKER Sozialarbeit Gemeinnützige GmbH in der Rogahner Straße mehr als 100 Gratulanten aus dem medizinischen und sozialpsychiatrischen Bereich, unter ihnen Stadtvertreter sowie zahlreiche Delegierte von Kooperationspartnern. Die passende musikalische Umrahmung übernahm der Chor der Initiativegruppe Sozialarbeit e. V. .

Der Verein wurde 1990 gegründet und hatte sich u. a. zum Ziel gesetzt, spezielle Hilfsangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen anzubieten. So entstand 1991 die erste Tagesstätte des Landes MV für psychisch kranke Menschen in Schwerin.

Michael Köpke, erster Vorstandsvorsitzender und derzeitiger Psychiatrereferent des Sozialministeriums M-V gab anlässlich der Jubiläumsver-

anstaltung einen interessanten Rückblick auf die vergangenen 20 Jahre und schilderte dabei auf humorvoller Weise die komplizierten Anfänge. Gleichzeitig lobte er die Anker Sozialarbeit, die sich 1998 aus der Initiativegruppe ausgründete, als Vorreiter in der psychosozialen Arbeit in MV. Mittlerweile spannen sich die Angebote des ANKER über ein weites Feld psychosozialer Hilfsangebote. Sie umfassen insbesondere die zentralen Lebensthemen und -räume der psychisch erkrankten Menschen.

Auch Stadtpräsident Stefan Nolte hob die Leistungen der Veranstalter hervor und betonte, dass die gute Vernetzung zwischen medizinischen, psychiatrischen und sozialen Einrichtungen zur positiven Entwicklung der Stadt Schwerin beigetragen hat.

Seit 2005 ist Peter Baumotte für die Geschicke von ANKER verantwortlich. Unter der Regie des innovativen und risikobereiten Geschäftsführers fanden einige Strukturveränderungen statt und es wurde verstärkt Wert auf Fortbildungsmaßnahmen alle Mitarbeiter gelegt. Er gab zudem einen interessanten Abriss



über die Geschichte der Anker Sozialarbeit und nutzte die Gelegenheit, verdienstvolle Mitarbeiter für ihre langjährige Mitarbeit zu ehren.



So überreichte er Ursula Köpke, Fachliche Geschäftsleitung, Yvonne Schult, Teammitarbeiterin Tagesstätte sowie Amtsärztin Renate Kubutat Ehrenurkunden für 20 Jahre Mitarbeit in der Sozialpsychiatrie. Außerdem wurden weitere Mitstreiter der Veranstalter für ihre jahrelangen Verdienste ausgezeichnet. „Wenn es die Rah-

menbedingungen zulassen, wird der Fokus in der sozialpsychiatrischen Arbeit noch mehr im sozialen Umfeld der Klienten liegen“, mit diesen Worten gab Peter Baumotte einen Einblick auf die zukünftigen Aufgaben.

Die Gesellschaft müsse sich darauf einstellen, dass psychisch Kranke noch mehr als bisher in teilwirtschaftlichen Bereichen mitarbeiten und somit besser integriert werden.

Auch die Kooperation zwischen Fachleuten in medizinischen und sozialen Einrichtungen sollte weiter ausgebaut werden. So sprach der Geschäftsführer von multifunktionalen Teams, in denen Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Therapeuten eng zusammenarbeiten. „Aber bevor wir dieses alles erreichen, liegt

noch ganz viel Arbeit vor uns. Vor allem ist viel Akzeptanz in der Gesellschaft, Wirtschaft und Politik nötig, um diese Zukunftspläne durchzusetzen“, meinte Geschäftsführer Peter Baumotte.

Nach dem offiziellen Teil hatten die Anwesenden Gelegenheit bei Speis und Trank ins Gespräch zu kommen und ihre Erfahrungen in der Gemeindepsychiatrie auszutauschen.

Ursula Köpke, Anker Sozialarbeit gGmbH





## Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg- Vorpommern e. V.

---

### Stellungnahme des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV zum vorliegenden Entwurf des Landeskrankenhausgesetzes Mecklenburg Vorpommern (LKHG - MV).

Sehr geehrter Herr Ausschussvorsitzender Grabow,  
sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 21. Januar 2011 baten Sie den Landesverband Sozialpsychiatrie MV um eine Stellungnahme zum Entwurf eines Landeskrankenhausgesetzes Mecklenburg Vorpommern (Drucksache 5/3967) des Landtages. Für diese Gelegenheit zur Stellungnahme möchten wir uns sehr herzlich bedanken. Wir möchten aber darauf hinweisen, dass der Landesverband Sozialpsychiatrie MV den Gesetzentwurf in der vorliegenden Stellungnahme aus der Per-

spektive des psychiatrischen Versorgungssystems bewertet. Demzufolge sind die Ausführungen auf jene Abschnitte begrenzt, die vor allem in einem psychiatrischen Kontext von Bedeutung sind.

**Zu Frage 1:** Insgesamt ist der Gesetzentwurf positiv zu bewerten. Die bereits im vorhergehenden Landeskrankenhausgesetz geregelten Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, haben in MV zu einer tragfähigen und verlässlichen Kooperationskultur geführt, die unmittelbar zu der hohen Qualität der medizinischen Versorgung in unserem Bundesland geführt haben. Indikatoren dafür sind die - auch im bundesdeutschen Vergleich - vitale Investitionstätigkeit der Kliniken, die gesetzgeberische Gewichtung der Patientenbelange, die geringe Verweildauer der Patienten im stationären Sektor sowie der kontinuierliche Abbau von Überkapazitäten. Der Anspruch des neuen Gesetzes, die Bestimmungen eindeutiger zu regeln und die Rechte der Patienten zu stärken, ist unseres Erachtens prinzipiell umgesetzt.

**Zu Frage 3:** Die in §4, Abs.4 aufgenommene Regelung für behinderte Menschen ist - mit Blick auf seine Intention - uneingeschränkt zu begrüßen. Gerade Menschen mit schweren körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen bedürfen unter Umständen Assistenzpflegekräfte, die nicht nur den Patienten sondern

auch dessen pflegerisches Umfeld im Krankenhaus unterstützen können. Allerdings wäre ein konkreter Hinweis auf die Kostenregelung sinnvoll, um eine zukünftige Auseinandersetzungen um die Kostenübernahme im Einzelfall zu vermeiden und das Angebot tatsächlich praktikabel zu gestalten.

Was darüber hinaus in diesem Kontext noch fehlt, ist eine Erweiterung von §4, Absatz 3. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bedarf es der - vom Alter der Kinder bzw. Jugendlichen unabhängigen - Option, dass auch Eltern - sofern eine entsprechende Indikation vorliegt - in die Behandlung integriert werden können. Evaluationsstudien haben deutlich zeigen können, dass ein familientherapeutisch fundiertes Behandlungssetting außerordentlich effektiv und effizient sein kann.

**Zu Frage 4:** Positiv - gerade auch aus Sicht der Psychiatrie - ist die verpflichtende Einrichtung einer Patientenbeschwerdestelle zu bewerten. Gerade die Möglichkeit, innerhalb des Krankenhauses Beschwerden zu formulieren, ist für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen absolut zwingend. Denn die Erfahrungen zeigen, dass es dieser Zielgruppe eher schwer fällt,

Behörden oder andere Institutionen der Gesundheitsvorsorge mit kritischen Belangen bzw. mit konkreten Beschwerden anzusprechen. Zu wünschen wäre allerdings, dass die Struktur der Beschwerdestelle etwas konkreter gefasst wird, um etwa die Kooperation mit der Selbsthilfe noch verbindlicher zu gestalten.

**Zu Frage 7:** Grundsätzlich ist nicht erkennbar, warum sich die Detailplanung fachlich überlebt haben sollte. Die prinzipiell positiven Ergebnisse der landesweiten Krankenhausentwicklung in den letzten Jahren legen einen zwingenden Rückzug des Landes aus dem konkreten Planungsprozess keineswegs nahe. Dass auf die Tiefenschärfe einer zukünftigen Planung verzichtet wird, ist aus unterschiedlichen Gründen problematisch: Es mag zwar eine gewisse Flexibilität für die einzelnen Krankenhausträger durch den entsprechenden Passus im Gesetzentwurf gewonnen sein. Aber indem die konkrete Ausgestaltung eines regionalen Versorgungsangebotes allein dem Aushandlungsprozess von Krankenhausträgern und Krankenkassen überlassen bleibt, besteht das Risiko, dass der übergeordnete Anspruch auf Bedarfsgerechtigkeit und Wohnortnähe zunehmend aus dem Blick gerät. So ist nicht auszuschließen, dass möglicherweise Planungskriterien zum Tragen kommen, die stärker den Eigeninteressen der Krankenhausträger und/oder der Krankenkassen verpflichtet sind. Ob

dann auch spezifisch landesweite Rahmenbedingungen (demographische Entwicklung, epidemiologische Kennzahlen, eingeschränkte Mobilität bestimmter Bevölkerungsgruppen etc.) tatsächlich und in der erforderlichen Gewichtung in die detaillierte Planung einfließen, ist zumindest ungewiss. Auch die Abstimmung mit anderen Planungsinstrumenten des Landes (Geriatricplan, Psychiatricentwicklungsplan) fällt dann entsprechend schwer. Insofern wäre der Rückzug des Landes auf eine übergeordnete Rahmenplanung grundsätzlich als Ausstieg aus der Steuerungsverantwortung des Landes eher problematisch zu bewerten..

**Frage 10/18/19:**

Die duale Finanzierung hat sich im deutschen Gesundheitswesen durchaus bewährt, weil sich darin der mögliche Widerspruch zwischen „Gesundheit als öffentlichem Gut“ und „Gesundheit als Marktgeschehen“ ausgleichen ließ. Die Aufteilung in investive Kosten und in Betriebskosten sowie ihre unterschiedliche Refinanzierung haben zu einer mehr oder minder - verlässlichen und stabilen Refinanzierung der Gesundheitsleistungen im Krankenhaus geführt. Allerdings ist grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich der Gesetzentwurf vom Prinzip der dualen Finanzierung zunehmend entfernt. Im §12 Absatz 3 wird explizit formuliert, dass kein Rechtsanspruch auf investive Förderung mehr bestehen

soll. Dadurch gerät die Investitionsplanung schnell zum Risiko für die Träger, die sich im Zweifelsfall allein auf Eigenmittel und/oder den Mitteln der Krankenkassen verwiesen sehen. Selbst die Aufnahme in das Investitionsprogramm ist keine Gewähr mehr für eine zukünftige Förderung. So läuft die medizinische Versorgung in Mecklenburg Vorpommern Gefahr, dass ihre Qualität (gemessen an Bedarfsgerechtigkeit und Wohnortnähe) von der Kassenlage des Landes abhängt. Diese Tendenz korrespondiert auch mit dem Rückzug aus der Detailplanungsverantwortung (wie oben ausgeführt). Irritierend - mit Blick auf die psychiatrische Versorgung - ist ohnehin, dass der neue Entwurf zum Landeskrankenhausgesetz mit dem augenblicklich erarbeiteten Psychiatricentwicklungsplan inhaltlich kaum verzahnt ist. Eine isolierte Rahmenplanung der stationären psychiatrischen Kapazitäten ohne Bezugnahme auf eine sektorübergreifende Gesamtplanung bleibt fragwürdig, weil durch die verengte Perspektive die Folge- und Nebenwirkungen für das gesamte psychiatrische Versorgungssystem aus dem Blick geraten. So finden sich in dem vorliegenden Gesetzentwurf keine Anreize für den Ausbau teilstationärer oder ambulanter Angebote. Ob ein statio-

näres Angebot tatsächlich bedarfsgerecht ist oder nicht, definiert sich in der psychiatrischen Versorgung nicht nur über die Anzahl von Betten, sondern auch über die Verfügbarkeit ergänzender bzw. alternativer (i.S. von z.B. Tageskliniken, Institutsambulanzen, Rückzugsräume etc.) Angebotsmodule. Gerade den Tageskliniken kommt beispielsweise eine große Bedeutung im psychiatrischen Behandlungsverbund zu. So tragen sie nicht nur dazu bei, stationäre Aufenthalte zu vermeiden, sondern fungieren unter Umständen auch als wichtige Brückenfunktion zu anderen Angeboten der Gemeindepsychiatrie und ambulanten Behandlung. Prinzipiell ist nämlich davon auszugehen, dass die tagesklinische Versorgung eine der stationären Versorgung überlegende Effizienz und Effektivität besitzt und aufgrund der besseren sozialen Integration der behandelten Patienten bessere Halteraten der Therapieergebnisse aufweist. Dies gilt insbesondere für die Verzahnung tagesklinischer Angebote mit anderen ambulanten Versorgungsmodulen wie zum Beispiel mit der - in Mecklenburg Vorpommern völlig unzureichend vorhandenen - Soziotherapie und/oder mit der psychiatrischen Hauskrankenpflege. Durch ein solches ambulantes Angebotspektrum kann die psychiatrische Behandlungsqualität qualitativ angereichert werden und helfen, die stationären Aufenthalte zu reduzieren. Vor diesem Hintergrund verbietet sich eine Bewertung der psychiatrischen Versorgung allein

anhand der Bettenanzahl. Dies belegen auch einzelne regionale Versorgungssysteme in unserem Bundesland, wo durch ein kreatives Arrangement ambulanter Angebote das stationäre „setting“ nachhaltig entlastet wurde (Uhlenhaus Stralsund). Auch ein Blick auf die psychiatrische Versorgungsstruktur anderer Ländern wie etwa Finnland, Schweden oder den Niederlanden zeigt sehr deutlich, dass eine - im internationalen Vergleich - niedrige Bettenzahl mit der Qualität der Behandlung in keinem zwingenden Zusammenhang stehen muss, sofern eben im ambulanten und teilstationären Sektor entsprechende Maßnahmen umgesetzt werden. Belegbare Beispiele finden sich allerdings auch innerhalb Deutschlands. Durch eine Flexibilisierung der Krankenhausfinanzierung konnte der stationäre Teil zugunsten anderer Angebote systematisch reduziert werden, und zwar ohne dass dies zu wahrnehmbaren Qualitätseinbußen geführt hätte (z.B. Kreis Geesthacht). Nur wurde hier die Krankenhausplanung und Psychiatrieplanung zusammengezogen. Die Gestaltung einer solchen Versorgungslandschaft setzt eben eine bewusst wahrgenommene Steuerung voraus und finanzielle Anreize für die Anbieter, diesen Kurs auch konsequent einzuschlagen. Die Bettenzahl allein löst keines der zentralen Probleme der psychiatrischen Versorgung (Schnittstellenprobleme, individuelle Versorgungsbrüche, Drehtüreffek-

te, verzögerte Inanspruchnahme der Hilfen, Zunahme gerontopsychiatrischer Prävalenzen...). Der Rückzug des Landes aus der dualen Finanzierung ist aus unserer Sicht ein ebenso falsches Signal wie der Rückzug aus der Detailplanung. Gesundheit ist ein Markt. Aber solange die Landesregierung mit der gesundheitlichen Versorgung qualitative Ansprüche verknüpft, ist sie in der Verantwortung, die notwendige Steuerekapazitäten wahrzunehmen und die Marktbedingungen zu gestalten.

Andreas Speck

- Geschäftsführer -

Autoren: T. Bär, C. Nerlich,  
T. Follak, I. Steinhart



## Wirkungsorientierung – auf der Suche nach geeigneten Methoden

### Oder: wie wir mehr Transparenz in der Eingliederungshilfe erreichen können

Das Projekt ist ein Gemeinschaftsprojekt, das im November 2007 begonnen wurde, und bis voraussichtlich Sommer 2009 in der Hansestadt Rostock und bei der Brücke Schleswig-Holstein gGmbH durchgeführt wird. Am Projekt beteiligt sind:

Die AWO-Sozialdienst Rostock GmbH (AWO), die Gemeinnützige Gesellschaft für Gemeindepsychiatrie mbH (GGP), Rostock, der Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V., die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Nervenerkrankungen, Medizinische Fakultät des Universitätsklinikums Rostock, das Institut für Sozialpsychiatrie MV an der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, Die Brücke Schleswig-Holstein gGmbH.

Neben den Autoren gilt den im Folgenden aufgeführten Personen besonderer Dank: Stefan Paulaeck, GGP, Rostock; Franziska Berthold, GGP, Rostock; C. Baden, Die Brücke Schleswig-Holstein; A. Staas, Die Brücke Schleswig-Holstein.

#### Warum wir uns des Themas Wirkungsorientierung nicht länger verschließen können ...

Teils aus ökonomischen, teils aus ethischen Gründen wächst der öffentliche Druck, Ergebnisse und Wirkungen sozialer Arbeit zu dokumentieren. Auch im aktuell heftig diskutierten »Vorschlagspapier der Bundesländer-Arbeitsgruppe »Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen« der ASMK aus 2008 wird lapidar eine »Wirkungskontrolle durch den Leistungsträger eingefordert«.

Bislang herrscht große Unsicherheit darüber, welche Methoden und Instrumente dabei anzuwenden sind. Das System der Leistungen der Eingliederungshilfe lässt sich zurzeit leider nur als »Blackbox« beschreiben: abgesehen von regionalen unterschiedlich ausdifferenzierten Statistiken zu den Ausgaben der einzelnen Einrichtungen oder Leistungsbereichen und einer ausdifferenzierten Strukturqualitätsdiskussion (Mitarberschlüssel, Personal-Mix, qm pro Hilfeempfänger etc.) ist wenig Wissen über die individuellen Ergebnisse der Leistungsanspruchnahme und die Qualität der einzelnen Leistungen vorhanden. Eine einfache Formulierung hierfür wäre: Was kommt heraus, nachdem ein finanzieller und fachli-

cher Aufwand in das System hineingegeben wurde? Wie lässt sich das System so »beleuchten«, dass transparent wird, welche Ergebnisse und Qualität mit dem eingesetzten Aufwand verbunden sind – alles immer auf der Basis von »auf Augenhöhe« verhandelten Zielen?

Dabei muss berücksichtigt werden, dass Qualität und Wirkung von sozialen Dienstleistungen maßgeblich von personenbezogenen Faktoren abhängen. Entgegen einer Orientierung am konkret fassbaren hergestellten Produkt in der industriellen Produktion haben wir es im Bereich der sozialen Dienstleistungen mit vielen »weichen Faktoren« zu tun – individuelle Erwartungen des Nutzers, individuelle Biografien, Eigenschaften der Mitarbeiter, Konzeptionen des Anbieters und vielen anderen.

Eine personenzentrierte Gestaltung des Hilfesystems lässt sich nur voll realisieren, wenn das Wissen über die durch den Nutzer definierte Qualität einzelner Leistungen vorhanden ist – was man evtl. verändern muss, damit ein System tatsächlich »passend« und qualitativ hochwertig wird. Leider existieren kaum wissenschaftlich begleitete Projekte, in denen der Versuch im Praxisalltag gemacht wurde, Wirkungen und Ergebnisqualität sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie zu do-

kumentieren und den genannten Kriterien, insbesondere der Berücksichtigung der Nutzer-Perspektive, Rechnung zu tragen.

Andererseits gibt es kaum einen Sektor in der Bundesrepublik Deutschland, in dem derart viele Milliarden Euro ausgegeben werden und gleichzeitig so wenig darüber bekannt ist, welche der Ausgaben tatsächlich Wirkungen entfalten. Es wäre also dringend erforderlich, mit der Ausgabensteuerung auch die Analysen von Output zu verbinden.

Zunächst benötigen wir einen Konsens, was *Wirkung* in welchem Rahmen insbesondere unter Kostenaspekten bedeutet und worauf sie sich jeweils bezieht:

1. Muss sich Effektivität daran messen lassen, was der Fall kostet? Ist *Wirkung* damit die Senkung durchschnittlicher Fallkosten – in einer Region, in einem Bundesland ...? Werden hier Gesamtkosten pro Fall oder nur die »Sparten« bzw. Anteile der jeweiligen Leistungsträger pro Fall betrachtet?
2. Liegt eine *Wirkung* erst dann vor, wenn die Person vollkommen unabhängig von Eingliederungshilfe wird und damit auch keine Kosten mehr im Bereich des SGB XII anfallen?
3. *Wirkt* die Eingliederungshilfe, wenn es gelingt, eine Person in die Zuständigkeit an-

Bär, Nerlich, Follak, Steinhart: Wirkungsorientierung – auf der Suche nach geeigneten Methoden

derer Leistungsträger zu überführen – möglicherweise ohne positive Veränderung oder gar mit Verschlechterung der Teilhabe der jeweiligen Person (z. B. bei der Verlegung in eine SGB XI-Einrichtung)?

4. Messen wir *Wirkung* daran, ob die in einem Gesamtplan individuell vereinbarten Ziele nach einer vorher definierten Zeitspanne ganz oder zumindest teilweise erreicht werden?

5. Zählt die subjektive Lebenszufriedenheit des Leistungsberechtigten als einziges oder zumindest als Teil-Kriterium für *Wirkung*? Ist die »Begegnung« auf Augenhöhe unabdingbare Voraussetzung einer »Teilhabe-Erfolgs-Messung«?

6. Ermitteln wir die *Wirkung* im Sinne von »mehr Teilhabe« über eine sogenannte »Objektive« (Fremd-)Einschätzung der »Teilhabe-Verbesserung« z. B. durch den »Teilhabe-Dienst« eines Leistungsträgers als Kriterium vergleichbar zum Medizinischen Dienst der Kassen.

7. Oder betrachten wir eher eine Region oder eine psychiatrisches Versorgungsgebiet als Ganzes und »messen« als *Wirkung* die verbesserte »Teilhabe für alle in einer definierten Region« ohne/mit direktem Bezug zum finanziellen Aufwand (Versorgungsverpflichtung/Regionalbudget)?

8. Oder sprechen wir erst dann von *Wirkung*, wenn wir diese im Sinne einer schrittweisen Optimierung eines Sozialraumes/einer Region in Richtung einer »inklusive Gesellschaft« feststellen können.

Bei so viel Komplexität könnte man eigentlich verzweifeln. Angesichts der miserablen Daten- und Forschungslage sollte zunächst mit wissenschaftlichen Pilotprojekten begonnen werden, damit zumindest erste Ergebnisse in die Diskussion um die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe eingebracht werden können.

#### Der Weg in die Praxis und die Suche nach Methoden

Wir berichten hier von einem ersten »Gang in die Praxis« mit einem aus unserer Sicht »vermeintlich zumutbaren Instrumentenkoffer«. Beteiligt waren drei Anbieter sozialpsychiatrischer Dienstleistungen aus Rostock und Schleswig-Holstein sowie die jeweiligen Leistungsträger inklusive der örtlichen Hilfe- bzw. Teilhabeplanung.

Ausgehend von einem personenbezogenen Ansatz verwendeten wir in einem ersten Schritt aufbauend auf eine qualifizierte Hil-

feplanung die Evaluation der im Gesamtplan beschriebenen Teilhabeziele in Verbindung mit der subjektiven Teilhabezufriedenheit und objektiven Kriterien zunächst als Erfolgsindikatoren (siehe oben: Punkte 4, 5, 6). Die Verbindung mit Kostenaspekten haben wir zugunsten der Suche nach einer angemessenen Methodik zunächst zurückgestellt.

Schwerpunkt unseres Projekts sollte sein, die individuell im Rahmen der Hilfeplanung ausgehandelten Teilhabeziele in den Fokus der Betrachtung zu stellen. Diese individualisierten Ziele und Prozessaspekte wurden durch eine etwas modifizierte Methode der Zielerreichungsskalierung (Goal Attainment Scaling, GAS; nach Kisurek & Sherman 1968) operationalisiert und transparent gemacht. Die beteiligten Mitarbeiter wurden in der Anwendung dieser Methode trainiert und die Qualität der Ergebnisse dieser Arbeit durch externe Rater objektiviert.

Zum Ende des Bewilligungszeitraums der jeweiligen Maßnahme sollte dann überprüft werden, inwieweit sich die operationalisierten Ziele tatsächlich erreichen ließen.

Die Einführung von Neuerungen in ein bestehendes System sind stets mit Widerständen assoziiert ist (z. B. Katz & Kahn 1978). Speziell bei der Methode der Zielerreichungsskalierung, die per se die Transparenz von therapeutischen oder gemeindepsychiatrischen Prozessen erhöhen soll, erwarteten wir vor diesem Hintergrund gegebenenfalls besondere Widerstände. In diesem Artikel sollen vor allem die Erfahrungen und Ergebnisse beschrieben werden, die wir bei der Einführung der beschriebenen Methoden in Rostock und Schleswig-Holstein gemacht haben und inwieweit die angewendeten Methoden von den beteiligten Mitarbeitern als praxistauglich und anwenderfreundlich erachtet werden.

Zudem werden die Einschätzungen von externen Ratern berichtet, die Rückschlüsse auf die Qualität der operationalisierten formulierten Ziele der GAS geben und somit die Frage beantworten können, inwieweit die Anwendung der GAS in der Praxis der Eingliederungshilfe zu brauchbaren Ergebnissen führt.

#### Methode: Individuelle Zielerreichungsskalierung, Goal Attainment Scaling (GAS)

Wie beschrieben lag der Schwerpunkt der Untersuchung auf der Einführung der Methode des Zielerreichungsskalierung (Goal Attainment Scaling [GAS], Kisurek & Sherman 1968).

Grundidee ist die Überprüfung von vorher individualspezifisch »auf Augenhöhe« vereinbarten Behandlungszielen, die operationalisiert, das heißt konkret und für unabhängige Beobachter nachvollziehbar, in unterschiedliche Zielerreichungsgrade eingeteilt werden.

Die GAS hat sich in zahlreichen Untersuchungen unter anderem im Bereich der Sozialpsychiatrie und Gemeindepsychiatrie als praktikables Instrument erwiesen (z. B. Roecken & Weis 1987; Bolm 1996). In der Originalversion umfasst die GAS fünf Stufen (jeweils zwei Zielerreichungsgrade für Verbesserung und Verschlechterung und ein Zielerreichungsgrad für die Operationalisierung des Ausgangsstatus, bzw. den unter normalen Umständen erwarteten Status). Zur Reduktion der Komplexität haben wir die Skalierung der Verschlechterung auf einen Zielerreichungsgrad reduziert. Als »Nullpunkt« der Skalierung diente die operationalisierte Beschreibung des aktuellen Zustands in einem Zielerreichungsgrad. Die Skalierung der Verbesserung in zwei Stufen wurde beibehalten, sodass die Skalierung in unserer Untersuchung in vier Zielerreichungsgraden erfolgte.

Die operationalisierten Ziele wurden den in der Rostocker Maßnahmenplanung des IBRP vorgegebenen Leistungsbereichen (Psychosoziale Grundleistung, Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung, Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tages- und Kontaktgestaltung, Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit/Ausbildung) zugeordnet. Auf die Berechnung eines GAS-Gesamtscores (Kisurek & Sherman 1968; Roecken & Weis 1987) wurde in diesem Projekt verzichtet.

#### Training der Mitarbeiter

Die Anwendung der GAS setzt einige Übung bezüglich der operationalisierten Formulierung der angestrebten Therapieziele voraus. Aus diesem Grund wurden bei den beteiligten Trägern intensive Trainingseinheiten von ca. vier Stunden durchgeführt, bei de-

nen den Mitarbeitern die Operationalisierung von Zielen veranschaulicht wurde.

**Beurteilung der GAS durch die Mitarbeiter**

Nach den Trainings wurden die Mitarbeiter mit einem selbstentwickelten Fragebogen befragt, inwieweit sie die Anwendung des Vorgehens für praktikabel und nützlich hielten. Darüber hinaus wurde in zwei Auswertungsworkshops mit den Mitarbeitern und in dem gemeinsamen Auswertungstreffen aller Projektpartner über die Erfahrungen mit den Instrumenten gesprochen. Es wurden weitere Angaben, u. a. zur Qualität der Trainings und offene Fragen zu Verbesserungsvorschlägen erhoben, die an dieser Stelle aus Platzgründen nur auszugsweise berichtet werden sollen (siehe Follak 2008).

**Objektivierung der Angaben zur GAS**

Die Beurteilung der Frage, inwieweit die Einführung der GAS im Bereich der Sozialpsychiatrie praktikabel ist, kann nur dann sinnvoll erfolgen, wenn Kriterien zur Beurteilung der Güte der Angaben der Mitarbeiter vorliegen.

Die Überprüfung der Zielerreichung zum Ende des Bewilligungszeitraums ist nur möglich, wenn die angestrebten Ziele von den Mitarbeitern so operationalisiert wurden, dass die genannten Ziele eindeutig und konkret für unabhängige Dritte benannt werden. Daher wurden von unserer Arbeitsgruppe die Konkretheit und Eindeutigkeit der genannten Zielangaben beurteilt. Ein Zielerreichungsgrad wurde dann als konkret beurteilt, wenn eine für einen unabhängigen Beurteiler hinreichend konkrete und nachvollziehbare Quantifizierung dargestellt wurde, die eine von dem Mitarbeiter unabhängige Einschätzung der Erreichung dieser Zielstufe erlaubt.

Beispielsweise ist die Formulierung »besserer Umgang mit den Finanzen« vergleichsweise unkonkret und damit wenig aussagekräftig. Die Formulierung »kann mit seinen Finanzen so haushalten, dass das Geld nur 1x/Woche zugeteilt werden muss« kann konkret überprüft werden. Die Einschätzung der Eindeutigkeit der Angaben bezog sich darauf, ob sich die berichteten Zielerreichungsgrade ausschließlich auf einen Bereich bezogen oder vermischt wurden. Ein Beispiel für eine nicht eindeutige Formulierung aus dem Bereich der Selbstver-

sorgung lautet »Geld nach einem von ihm aufgestellten Plan ausgeben, Handyvertrag kündigen, Einhaltung der Reinigungstermine«. Im Bereich Arbeit/Ausbildung wurde beispielsweise nicht eindeutig formuliert: »Frau X gelingt es nicht, sich zu stabilisieren und ein Praktikum zu beginnen bzw. erfolgreich abzuschließen.«

Um die Beurteilungen von Eindeutigkeit oder Konkretheit weniger anfällig für subjektive Verzerrungen zu machen, wurde ein Teil der Angaben durch einen anderen Rater objektiviert. Mit der Objektivierung der Ratings auf der Ebene der einzelnen Zielerreichungsgrade konnte eine hinreichende Beurteilerübereinstimmung erreicht werden.

**Weitere Instrumente zu Gesundheitszustand, Psychopathologie, Lebenszufriedenheit, Klientenzufriedenheit, Basisdaten**

Bolm (1996) beklagt die mangelnde Reliabilität der GAS-Skala, wenn sie als einzelnes Instrument eingesetzt wird und fordert die Ergänzung der Skala durch andere Messinstrumente. Bei der Zusammenstellung des Instrumentariums wurde Wert darauf gelegt, die Erhebung einerseits mit bewährten Instrumenten mehrdimensional anzulegen und andererseits wenig zeitaufwendig zu gestalten, um die Beeinflussung des realen Prozesses durch die wissenschaftliche Begleitung möglichst gering zu halten.

Der Gesundheitszustand der Klienten wurde zum einen durch ihn selbst eingeschätzt, zum anderen durch den behandelnden Nervenarzt.

Die Selbsteinschätzung wurde mit der Kurzversion des *General Health Questionnaire*, *GHQ-12* (Goldberg 1972; Schmitz et al. 1999) zu Beginn und am Ende der Bewilligungszeit erhoben. Die Fremdeinschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus des Klienten erfolgte durch den behandelnden niedergelassenen Facharzt mittels der *Global Assessment of Functioning (GAF)*-Skala (DSM-IV, nach Endicott et al. 1976). Die subjektive Lebensqualität der Klienten wurde mit der *Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)*; Priebe et al. 1999; Kallert et al. 2004) ebenfalls zu Beginn und Ende des Bewilligungszeitraums erhoben.

Zum zweiten Messzeitpunkt wird die Zufriedenheit des Klienten mit dem *ZUF-3* (Spießl et al. 1996) erhoben. Dieser extrem kurze

Fragebogen (3 Items) wurde aus dem Client Satisfaction Questionnaire (Attkinsson & Zwick 1982) entwickelt, wobei Spießl et al. (1996) feststellten, dass die Kurzform davon (8 Items, ZUF-8) in einem weiteren Schritt auf 3 Items unter Erhalt der zentralen Information reduziert werden konnte.

Soziodemografische Informationen und Diagnosen wurden aus dem IBRP-MV (2006) übernommen.

**Ergebnisse**

**Stichprobe**

Insgesamt konnten 51 Klienten zum ersten Messzeitpunkt befragt werden. Diese waren durchschnittlich 41,1 (SD = 12,0) Jahre alt, 52,9% (n = 27) waren Frauen. Die Mehrzahl der Klienten wurde in der eigenen Häuslichkeit betreut (70%, n = 35), 18% (7) lebten in betreuten WG, 12% (6) in stationären Einrichtungen. 70% (n = 35) waren ledig, 6% (3) verheiratet, 4% verwitwet (2) und 18% (9) geschieden.

Diagnosen (nur Primär Diagnosen)	n	Prozent
Alkohol-/substanzbedingte Störungen	4	8,7
Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis	25	54,3
Affektive Störungen	7	15,2
Angst- und somatoforme Störungen	6	13,0
Persönlichkeitsstörungen	4	8,7
Psychopathologie, Lebenszufriedenheit	M	SD
GAF (n = 43)	48,2	13,5
GHQ (n = 50)	3,5	3,6
MANSA (n = 50)	4,5	1,0

*Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe (N = 51)*

Die Klienten wiesen zum überwiegenden Teil Diagnosen aus dem schizophrenen Spektrum auf, ein Teil wurde wegen Angst-, Persönlichkeits- oder affektiven Störungen, bzw. Suchterkrankungen betreut (Tabelle 1). Der GAF betrug im Mittel 48,2 (SD = 13,5), die subjektive Symptombelastung nach GHQ betrug 3,5 (SD = 3,6). Die durchschnittliche Lebenszufriedenheit wurde mit 4,5 (SD = 1,0) angegeben (siehe Tabelle 1).

Bär, Nerlich, Follak, Steinhart: Wirkungsorientierung – auf der Suche nach geeigneten Methoden

**Beurteilung der GAS und der anderen Instrumente durch die Mitarbeiter**

An den ausgewerteten Schulungen nahmen insgesamt 68 Mitarbeiter von zwei der drei beteiligten Institutionen teil. Insgesamt trafen 41 auswertbare Fragebögen ein. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 60 Prozent. 79,5% der Mitarbeiter, deren Angaben vorliegen, waren Frauen, das Durchschnittsalter betrug 42 Jahre (SD = 8,18). Sie hatten im Schnitt 7,9 Jahre (SD = 5,5) Berufserfahrung.

Diese Mitarbeiter beschrieben zu 84%, dass sie den Einsatz der GAS für »überwiegend« oder »völlig sinnvoll« halten, die Fragebögen zur Symptomatik und Lebensqualität wurden von 68% als »zumindest überwiegend sinnvoll« beurteilt. Die Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus durch den ambulanten Nervenarzt wurde von 56% der Mitarbeiter als sinnvoll erachtet (siehe Tabelle 2 b). Eine nichtparametrische Varianzanalyse ergab keine Hinweise auf eine unterschiedliche Beurteilung der Sinnhaftigkeit der eingesetzten Maße (Friedman  $CHI^2 = 4,91$ ,  $df = 3$ ,  $p = .18$ ).

Die Messung der Ergebnisqualität setzt mich als Mitarbeiter unter Druck	
Trifft voll zu	-
trifft überwiegend zu	7,3 %
trifft nur teilweise zu	34,1 %
trifft nicht zu	56,1 %
keine Angabe	2,4 %

Die Messung der Ergebnisqualität setzt die Klienten unter Druck	
Trifft voll zu	4,9 %
trifft überwiegend zu	24,4 %
trifft nur teilweise zu	51,2 %
trifft nicht zu	19,5 %
keine Angabe	-

Das Ziel des Pilotprojekts, die Ergebnisqualität sozialer Arbeit zu messen, finde ich sinnvoll	
Trifft voll zu	46,3 %
trifft überwiegend zu	31,7 %
trifft nur teilweise zu	19,5 %
trifft nicht zu	-
keine Angabe	2,4 %

**Tabelle 2a:** Angaben der Mitarbeiter zu dem Projekt der Messung der Ergebnisqualität (Prozentwerte, N = 41)

Die Einschätzung, dass die Instrumente in der Praxis zumindest als »überwiegend hilfreich« gesehen werden, wird bei der GAS von 82% berichtet. Eine nichtparametrische

	Zielerreichungsskalierung (Goal attainment scaling, GAS)	Fragebögen zur Symptomatik und Lebensqualität (MANS-A, GHQ-12)	Psychosoziales Funktionsniveau (GAF, durch den behandelnden Nervenarzt)	Leistungszufriedenheit (ZUF-3)
<i>... ist grundsätzlich sinnvoll.</i>				
trifft voll zu	41,5 %	46,3 %	29,3 %	48,8 %
trifft überwiegend zu	43,9 %	19,5 %	24,4 %	29,3 %
trifft nur teilweise zu	9,8 %	31,7 %	19,5 %	14,6 %
trifft nicht zu	4,9 %	2,4 %	7,3 %	2,4 %
keine Angabe			19,5 %	4,9 %
<i>... ist hilfreich in der Praxis.</i>				
trifft voll zu	19,5 %	14,6 %	2,4 %	26,8 %
trifft überwiegend zu	61,0 %	48,8 %	43,9 %	36,6 %
trifft nur teilweise zu	14,6 %	29,3 %	22,0 %	26,8 %
trifft nicht zu	4,9 %	7,3 %	4,9 %	4,9 %
keine Angabe			26,8 %	4,9 %
<i>... ist generell nützlich für Klienten.</i>				
trifft voll zu	17,1 %	14,6 %	*	19,5 %
trifft überwiegend zu	43,9 %	46,3 %		39,0 %
trifft nur teilweise zu	36,6 %	26,8 %		24,4 %
trifft nicht zu	2,4 %	7,3 %		9,8 %
keine Angabe		4,9 %		7,3 %

**Tabelle 2b:** Angaben der Mitarbeiter zu den eingesetzten Instrumenten (Prozentwerte, N = 41) \* nicht erhoben

Varianzanalyse ergab in diesem Fall Hinweise für signifikante Unterschiede zwischen den vier eingesetzten Maßen (Friedman  $CHI^2 = 9,42$ ,  $df = 3$ ,  $p = .02$ ), wobei vor allem die GAS hilfreicher beurteilt wurde als die GAF-Skala.

Die Einschätzung, wie nützlich die Skalen für die Klienten eingeschätzt werden, fällt nicht ganz so positiv aus. Dennoch berichten ca. 61% der Mitarbeiter, dass die GAS für den Klienten »überwiegend nützlich« ist (siehe Tabelle 2 b). Eine nichtparametrische Varianzanalyse ergab diesbezüglich keine Hinweise auf eine unterschiedliche Beurteilung der eingesetzten Maße (Friedman  $CHI^2 = 0,60$ ,  $df = 3$ ,  $p = .74$ ).

90,2% der Mitarbeiter fühlten sich durch die Messung der Ergebnisqualität nicht, bzw. nur teilweise unter Druck gesetzt. 78% der Mitarbeiter geben an, dass sie das Projekt zumindest »überwiegend sinnvoll« finden. Allerdings geben 29,3% der Mitarbeiter an, dass sie denken, dass durch die Messung der Ergebnisqualität die Klienten zumindest »überwiegend« unter Druck gesetzt werden könnten. (siehe Tabelle 2 a).

Die Mitarbeiter berichteten in den Auswertungsgesprächen und Freitextangaben,

dass die GAS als sinnvolles Instrument erachtet wird, um mit den Klienten in eine konkretere Verständigung über den Rehabilitationsprozess und die genauen Inhalte zu kommen. Sie biete zudem die Möglichkeit, »sich konkrete Gedanken über mögliche Entwicklungen machen zu können«. Die Erarbeitung sei ein »intensiver Prozess«, in dem alle Beteiligten hochgradig engagiert mitarbeiten, was für die betroffene Person sehr wertvoll sei, »besonders wenn es um eine Erstbewilligung gehe«. Teilweise wurde allerdings auch berichtet, dass der Prozess von den Klienten als Belastung empfunden wurde, zumal dies mit hoher Eigeninitiative verbunden ist. Auch trat die Frage auf, wie gut anwendbar das GAS ist, wenn die Möglichkeit oder Bereitschaft zur Mitwirkung der Klienten eingeschränkt ist.

Einige Mitarbeiter klagten über Probleme, Ziele konkret und »einfach« zu formulieren. Im Rahmen der Kostenbeantragung beim Sozialhilfeträger wurde die GAS aufgrund ihrer Konkretheit und ihrer Transparenz geschätzt.

Der Fragebogen zur Symptomatik (GHQ-12) wurde von einem Teil der Mitarbeiter als »schwierig« für die Klienten eingeschätzt. Insgesamt wurde deutlich, dass der GHQ

aufgrund der häufigen Formulierungen mit Bezug zum »subjektiv üblichen« für diese Klienten evtl. weniger geeignet ist als die anderen eingesetzten Maße.

**Externe Beurteilung der operationalisierten Zielangaben**

Insgesamt wurden n = 390 Ziele mit jeweils vier Zielerreichungsgraden berichtet. Dies entspricht durchschnittlich 7,65 Zielen pro Klient (SD 3,69). Alle Ziele wurden in Bezug auf ihre Eindeutigkeit und Konkretheit eingeschätzt.

Bei 168 einzelnen Zielerreichungsgraden wurde eine Überprüfung der Einschätzung durch einen zweiten externen Rater vorgenommen. Dabei ergaben sich Übereinstimmungswerte von  $\kappa = .64, p < .001$  für die Konkretheit der Angaben und  $\kappa = .67, p < .001$  für die Eindeutigkeit der Angaben.

**Konkretheit und Eindeutigkeit der berichteten Ziele**

Bei 79,2% der Zielangaben war zumindest ein Zielerreichungsgrad von den Mitarbeitern konkret ausformuliert worden. 19,2% waren in allen Zielerreichungsgraden konkret ausformuliert. Bei 91,5% der Angaben wurde zumindest ein Zielerreichungsgrad eindeutig formuliert, bei 25,1% der Angaben waren alle Zielerreichungsgrade eindeutig formuliert. (siehe Tabelle 3). Bei 48 Klienten (94,1%) wurde zumindest ein konkretes Ziel beschrieben, bei allen Klienten wurden zumindest ein Mal eindeutige Angaben gemacht (siehe Tabelle 3).

Konkretheit der Zielangaben (pro Ziel)		
	n	%
Kein ZEG konkret	81	20,8
1 ZEG konkret	45	11,5
2 ZEG konkret	85	21,8
3 ZEG konkret	104	26,7
Alle ZEG konkret	75	19,2
Eindeutigkeit der Zielangaben (pro Ziel)		
	n	%
Kein ZEG eindeutig	37	9,5
1 ZEG eindeutig	42	10,8
2 ZEG eindeutig	72	18,5
3 ZEG eindeutig	141	36,2
Alle ZEG eindeutig	98	25,1

Tabelle 3: Konkretheit und Eindeutigkeit der Zielangaben

Die meisten Zielangaben (121/31,0%) wurden im Bereich der psychosozialen Grundversorgung gemacht. In der Tages-/Kontaktgestaltung wurden 110 Ziele (28,2%) berichtet, aus dem Bereich Selbstversorgung entstammten 25,6% der Ziele (n = 100). Aus dem Bereich Arbeit und Ausbildung wurden mit 15,1% (n = 59) die wenigsten Ziele berichtet. Eine explorative varianzanalytische Auswertung der Konkretheit der Angaben (im Detail: Prozentwert der konkreten Zielerreichungsgrade pro Ziel) ergab signifikante Unterschiede zwischen den Leistungsbereichen (ANOVA  $F = 4,21, p = .006$ ). Post-hoc-Vergleiche deuten auf Unterschiede zwischen den Bereichen Selbstversorgung und psychosoziale Grundleistung hin, wobei im Bereich Selbstversorgung die konkreteren Angaben gemacht wurden. Die Analyse der Eindeutigkeit der Angaben zeigte keine Unterschiede zwischen den Leistungsbereichen ( $F = 1.83, p = .14$ ). In der Tabelle 4 sind Beispiele für konkrete Angaben aus den einzelnen Leistungsbereichen aufgeführt.

**Diskussion**

Im Praxisalltag der Hilfeplanung bei insgesamt drei Anbietern in Rostock und Schleswig-Holstein haben wir erprobt, wie anhand

der Methode der Zielerreichungsskalierung (GAS) mehr Transparenz in das System der Eingliederungshilfe gebracht werden kann. Aus mehreren Gründen ist zu erwarten, dass dieser Versuch, ein bestehendes System zu ändern von Widerständen begleitet ist. Es stellt sich zudem die Frage, ob die Methode der GAS hierfür ein geeignetes Instrument ist.

Bei vergangenen Untersuchungen wurde Kritik bezüglich der mangelnden Reliabilität und Objektivierbarkeit der GAS geäußert. Die daraus resultierenden Forderungen nach der Notwendigkeit der Ergänzung der GAS um andere Parameter und nach der objektivierenden Überprüfung der formulierten Ziele (z.B. Roecken & Weis 1987; Bolm 1996) wurde in dieser Studie umgesetzt. Uns ist keine Studie bekannt, bei der diese Aspekte in einem vergleichbaren Ausmaß berücksichtigt wurden.

Bezüglich der Beurteilung der Ziele durch externe Rater konnte eine Methode entwickelt werden, die zu hinreichenden Werten der Beurteilerübereinstimmung führte. Diese Methode ergab, dass bei insgesamt ca. 80% der berichteten Ziele von den Mitarbeitern zumindest bei einem Zielerreichungsgrad kon-

Leistungsbereich	konkret	unkonkret
Selbstversorgung	Herr X. kann Ämter und Behörden allein aufsuchen, er benötigt aber Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen und beim Beantworten von Behördenpost. (ZEG 0)	Defizite im Umgang mit Ämtern und Behörden. (ZEG 0)
Tages- und Kontaktgestaltung	Frau X. wohnt in einer WG und schläft nur noch 1x pro Woche bei ihrer Mutter. (ZEG 1)	Ihr gelingt es häufiger, anfallende Arbeiten zeitnah zu erledigen. (ZEG 1)
	Ihr gelingt es, neue Kontakte über den sozialpsychiatrischen Bereich hinaus aufzubauen. (ZEG 2)	Starke Eingrenzung bisher ausgeübter lebenspraktischer Tätigkeiten. (ZEG -1)
	Herr X. hält die 45-minütigen kogn. Angebote durch, ohne den Raum zu verlassen. (ZEG 1)	Frau X. reagiert in sie überfordernden Situationen adäquat. (ZEG 2)
Psychosoziale Grundversorgung	Frau X. ist in der Lage, sich ihre Termine in der Gesamtheit auch ohne Kalendereintrag eigenverantwortlich zu merken. (ZEG 2)	andauernde Depressivität (ZEG 0)
	Herr X geht einmal pro Woche 10 Min. spazieren. (ZEG 1)	Hat es gelernt, mit seiner Erkrankung sinnorientiert zu leben und ggf. Hilfen anzunehmen. (ZEG 1)
Arbeit und Ausbildung	Herr X. nimmt unkontrolliert eine Tätigkeit mit hoher Belastung an. (ZEG -1)	Sammeln von Informationen für ein Praktikum im Tierheim oder im Zoo von März bis Mai 2008. (ZEG 1)
	angemessene Arbeit (2,9h) tägl. ausführen können (ZEG 1)	Herr X. hat seine Bewerbung an das Abendgymnasium abgeschickt und wartet auf ein Vorstellungsgespräch. (ZEG 1)

Tabelle 4: Beispiele bezüglich konkreter Angaben in den Zielerreichungsgraden; Anmerkung: Die Angaben konkret/unkonkret in einer Zeile sind unabhängig voneinander; ZEG: Zielerreichungsgrad

Bär, Nerlich, Follak, Steinhart: Wirkungsorientierung – auf der Suche nach geeigneten Methoden

krete Angaben gemacht wurden und dass ca. 19% der Ziele vollständig konkret formuliert wurden. Die Ratings der Eindeutigkeit fielen vergleichsweise etwas besser aus. Da uns keine Untersuchung bekannt ist, in der die operationalisierten Zielangaben der GAS in einem ähnlichen Kontext objektiviert überprüft wurden, ist es schwer zu beurteilen, ob dies viel oder wenig ist. Es zeigt aber, dass die Idee, Ziele im Bereich der Eingliederungshilfe operationalisiert zu formulieren prinzipiell möglich ist. Die Frage, inwieweit dies durch anderes oder längeres Training optimiert werden kann, sollte Gegenstand weiterführender Untersuchungen sein. In unserer Untersuchung fiel auf, dass die Formulierungen im Bereich der psychosozialen Grundversorgung unkonkreter ausfielen, als z. B. im Bereich der Selbstversorgung. In weiterführenden Trainings könnte somit speziell auf diesen Bereich geachtet werden.

Die Methode der GAS wurde durch weitere Instrumente ergänzt. Bei der Zusammenstellung des Instrumentariums wurde der Spagat versucht, einen möglichst großen Bereich an unterschiedlichen Perspektiven abzudecken, zum anderen aber die Erhebung möglichst wenig zeitaufwendig zu gestalten, um durch die Erhebung möglichst wenig Reaktanzprozesse auszulösen.

Die Befragung unter den Mitarbeitern spricht für eine äußerst gute Akzeptanz des Vorgehens im Allgemeinen und der Methode der GAS im Speziellen. Entgegen unseren Befürchtungen im Vorfeld wurde die Methode nicht schlechter beurteilt als der Einsatz von Fragebögen zur Lebensqualität oder Klientenzufriedenheit. Über 80% der Mitarbeiter gaben an, dass sie die Methode der GAS im Kontext der Eingliederungshilfe als zumindest »überwiegend« sinnvoll oder hilfreich hielten. 61% gaben zudem an, dass der Einsatz der Skala für die Klienten (zumindest »überwiegend«) nützlich sein kann. Nur 10% der Mitarbeiter berichteten, sich durch die Angabe der operationalisierten Ziele unter Druck gesetzt zu fühlen. Diese Zahlen sprechen für eine gute Akzeptanz des Instrumentes unter den Mitarbeitern. Hierfür sprechen auch die Antworten der Mitarbeiter in Gesprächen nach den Trainings und in Freitextangaben, wobei vor allem der Prozess der gemeinsamen Zielformulierung mit den Klienten insgesamt positiv hervorgehoben wurde. Allerdings zeigten sich an dieser Stelle auch Bedenken bezüglich eventuellen Drucks, der durch die Voraussetzung von Eigeninitiative aufseiten der Klienten entstehen könnte.

Weitere Kritik wurde am GHQ-12 geäußert, vor allem in Bezug auf unübersichtliche Formulierungen. In weiterführenden Untersuchungen sollte auf ein besser verständliches Instrument zurückgegriffen werden.

Insgesamt zeigen die Befragungen der Mitarbeiter aber, dass unsere im Vorfeld erwarteten Befürchtungen von Widerstand gegen die Methoden nur in geringem Ausmaß zutrafen. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass nur 60% Teilnehmer an den Trainings diese Rückmeldungen ausfüllte. Für Letzteres können wir nicht ausschließen, dass es sich dabei teilweise um positive Selektionseffekte gehandelt haben könnte.

Die Einführung der GAS in die Eingliederungshilfe wurde an einer Population untersucht, die zum Großteil aus schizophren erkrankten Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit betreut wurden, bestand. Die 51 untersuchten Klienten wurden von den behandelnden Nervenärzten durchschnittlich mit einem GAF von 48 Punkten eingeschätzt, was als Beleg dafür gewertet werden kann, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe um deutlich beeinträchtigte Klienten handelt. Der Wert ist vergleichbar mit anderen Stichproben von schwerpunktmäßig schizophren erkrankten Menschen im Bereich der community psychiatry (z. B. Wittorf et al. 2008; Parker et al. 2002). In anderen Untersuchungen wird ein GAF-Wert unter 50 als Kriterium für eine »schwergradige« Beeinträchtigung verwendet (Parabiaghi et al. 2006). Für die deutliche Beeinträchtigung der Klienten in unserer Population spricht weiterhin, dass die durchschnittlichen GHQ-Scores höher, bzw. die MANSA-Scores niedriger ausfallen als in nichtpsychiatrischen Populationen (z. B. Huxley et al. 2004).

Valide Aussagen darüber, wie »typisch« oder »repräsentativ« dieses Sample ist sind nur schwer möglich, zumal es auch kaum vergleichbare Projekte gibt. Die Quote der Ablehnungen an der Teilnahme an dem Projekt konnten nicht bei allen teilnehmenden Trägern komplett dokumentiert werden, sodass hierüber leider keine Aussagen möglich sind. Wir gehen aufgrund der soziodemografischen und klinisch-psychopathologischen Beschreibung der Klienten dennoch davon aus, dass die Population zumindest nicht untypisch für betreute Klientel in diesen Versorgungsregionen ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Anwendung der GAS-Skala im Bereich

der Eingliederungshilfe im Rahmen einer qualifizierten Hilfeplanung z. B. in Ergänzung zum IBRP eine Möglichkeit bietet, den Aushandlungsaspekt stärker in den Vordergrund zu stellen und für mehr Transparenz, Eindeutigkeit und Konkretheit zu sorgen, der sowohl von den Klienten als auch von den professionellen Anwendern gut akzeptiert wird.

## Literatur

- ATKINSSON CC, ZWICK R (1982) The client satisfaction questionnaire. Evaluation and program planing 5, 233–237
- BOLM W (1996) Goal attainment scaling. Gütemaß und praktische Erfahrungen bei 397 psychiatrischen Behandlungsverläufen. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 44, 75–88
- ENDICOTT J, SPITZER RL, FLEISS JL, COHEN J (1976) The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Archives of General Psychiatry 33, 766–771
- FOLLAK T (2008) »Black Box Eingliederungshilfe« – Messung der Ergebnisqualität in der Sozialpsychiatrie. Masterarbeit, Berlin: Alice-Salomon-Hochschule
- GOLDBERG D (1972) The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Maudsley Monographs 21. Oxford: University Press
- HUXLEY P, EVANS S, LEESE M, GATELY C, ROGERS A, THOMAS R, ROBSON B (2004) Urban regeneration and mental health. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2004) 39: 280–285
- KALLERT TW, MATTHES C, GLÖCKNER M, EICHLER T, KOCH R, SCHÜTZWOHL M (2004) Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: Ein Effektivitätsgesichertes Versorgungsangebot? Psychiatr Prax 31: 409–419
- KATZ D, KAHN R (1978) The Social Psychology of Organizations. New York: Wiley
- KISUREK T, SHERMAN R (1968) Goal attainment scaling. A general method for evaluating community mental health programs: Community mental health journal 4, 443–453
- PARKER G, O'DONNELL M, HADZI-PAVLOVIC D, PROBERTS M (2002) Assessing Outcome in Community Mental Health Patients: A Comparative Analysis of Measures. International Journal of Social Psychiatry 48; 11–19
- PARABIAGHI A, BONETTO C, RUGGERI M, LASALVIA A, LEESE M (2006) Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41: 457–463
- PRIEBE S, HUXLEY P, KNIGHT S, EVANS S (1999) Application and results of the Manchester Short As-



## ***Tiere als Therapeuten: Ein neues Ausbildungsangebot***

"TaT" ist der Name eines Projektes im Stralsunder Zoo. Die Buchstaben stehen für das Motto "Tiere als Therapeuten". Ansatzweise gibt es dieses Projekt bereits seit geraumer Zeit im Tierpark Stralsund.

Die eigenen Erfahrungen, wissenschaftliche Untersuchungen und die Ergebnisse anderer Einrichtungen belegen eindrucksvoll die ausgesprochen positiven therapeutischen Effekte beim Einsatz geeigneter Tiere im therapeutischen Bereich. Ein erster Baustein dazu wird eine Zusatzausbildung für Therapeuten sein. Hierbei handelt es sich um ein Gemeinschaftsprojekt des Fördervereins, des Tierparks, der Volkshochschule, der Universitäten

Greifswald und Rostock, des DAMP-Klinikums, der Hestia und der WfB.

### **Zugangsvoraussetzungen:**

- \_\_\_\_\_ abgeschlossenes Studium Medizin, Pädagogik, Psychologie, Veterenärmedizin, Sozialpädagogik u.ä.

-abgeschlossene Berufsausbildung in einem vergleichbaren Gebiet, lange Berufserfahrung auf dem entsprechenden Gebiet

### **Beginn der Weiterbildung:**

September 2011

**Unterrichtsform:** berufsbegleitend, jeweils freitags und samstags, einmal pro Monat

**Zeitraum:** 1 Jahr (10 Module, 140 Unterrichtsstunden )

**Abschluss:** Am Ende der Ausbildung wird eine Hausarbeit geschrieben und eine Prüfung abgelegt.

### **maximale Zahl der Teilnehmenden:**

25 Personen

**Kosten:** 1820,00€ ( 13,00€ pro Unterrichtseinheit )

Bitte nutzen Sie auch die Möglichkeiten der Bildungsprämie. Beratung bei Frau Dr. Zielske, Haus der Wirtschaft

**Anmeldung:** VHS, Friedrich-Engels-Str. 28

**Kontakt:** Dr. Leonore Lange, Dr. Christoph Langner, Dr. Sabine Koppe



## Termine des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg Vorpommern e.V.:

Termine der Landesarbeitsgruppen	Datum	Ort
AG Rehabilitation	Voraussichtlich 22/23.6.2011	Goldberg
AG Leiter psychosoziale Wohnheime	Wird bekannt gegeben	
AG Tagesstrukturierung Ost	19.5.2011	Neubrandenburg
AG Tagesstrukturierung West	4.5.2011	Ludwigslust
AG Geschäftsführer	Wird bekannt gegeben	Matgendorf
AG PPWH / UAG Pflege	23.6.2011	Neubukow
AG HP/HPK	14.10.2011	Rostock
AG Forensik	In Abstimmung	
AG „Länger leben in MV“	In Abstimmung	
UAG „Geschlossene Wohnheime“	In Abstimmung	

Weitere Termine	Datum	Ort/Veranstalter
Tagung: Personenzentrierte Leistungen in der Eingliederungshilfe	19. Mai	Güstrow, Der Paritätische MV/LSP
Tagung: Tagesangebote in der Gerontopsychiatrie	9. Juni	Nisbill/Jesendorf

Weitere externe Termine	Datum	Ort/Veranstalter
Gesprächskreis zu psychiatrischen Erkrankungen, Teil I und Teil 2	2.5.2011 / 16.5.2011	ANKER Sozialarbeit gGmbH Schwerin ( <a href="http://www.anker-sozialarbeit.de/qweiterbildungsakademie.php">www.anker-sozialarbeit.de/qweiterbildungsakademie.php</a> )
Die jungen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen	29.06.2011	ANKER Sozialarbeit gGmbH Schwerin ( <a href="http://www.anker-sozialarbeit.de/qweiterbildungsakademie.php">www.anker-sozialarbeit.de/qweiterbildungsakademie.php</a> )
Tagung: Eugenik und Enhancement. Chronische Erkrankungen und Behinderungen als Herausforderung für die Medizin	26.05.2011–28.05.2011	EBB/Lebenshilfe MV/ Hochschule Neubrandenburg

**Impressum:**  
 Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
 Andreas Speck  
 Doberanerstraße 47  
 18057 Rostock  
 Tel. 0381 / 123 7113  
 Fax: 0381 / 123 7126  
[www.sozialpsychiatrie-mv.de](http://www.sozialpsychiatrie-mv.de)