

## Eingliederungshilfe

# Ergebnisqualität im Fokus der Sozialpsychiatrie

Mit 15 Milliarden Euro jährlichen Ausgaben für Teilhabeleistungen ist die soziale Rehabilitation mit 50% der größte Kostenblock im Bereich der Reha-Ausgaben überhaupt. Der Evaluation sozialpsychiatrischer Leistungen für „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ hat sich der Gemeindepsychiatrische Verbund Rostock angenommen. Mit Hilfe eines mehrdimensionalen und nutzerorientierten Konzepts untersuchte er die Ergebnisqualität der Eingliederungshilfe in der Hansestadt.

INGMAR STEINHART, ANJA HÖPTNER, GREIFSWALD

In dieser Arbeit berichten wir über die Ergebnisse einer ersten Evaluationsstudie im gemeindepsychiatrischen Setting der Eingliederungshilfe für 405 Personen, die im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes der Hansestadt Rostock im Jahr 2011 Eingliederungshilfe erhalten haben. Die Ergebnisse zeigen, dass knapp 10% der Personen innerhalb eines Berichtsjahres, unabhängig von Eingliederungshilfe werden, eine deutliche Kostenreduktion bei Wei-

terbewilligungen erreicht wird und dass zwei Drittel der Leistungsempfänger die konkret operationalisierten Teilhabeziele gut erreichen. Die Symptombelastung nimmt ab und die Lebenszufriedenheit verbessert sich tendenziell. Die eingesetzten Erhebungsinstrumente sind geeignet und praktikabel. Sie werden daher – in einer leicht überarbeiteten Fassung – in ihrer Anwendung ab 2015 verstetigt und in das Regelsystem übernommen.

## Einleitung

Etwa 173.000 wesentlich seelisch behinderte Menschen erhalten bundesweit Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe [1]. Die Leistungsträger stellen im Rahmen ihrer bundesweiten Berichte Zahlen zur Inanspruchnahme ambulant und stationär erbrachter Leistungen und der damit verbundenen Kosten zur Verfügung. Gleiches gilt auf Landesebene, teilweise auch regional in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden. Manche Verbände pflegen eine Basisdokumentation, die systembezogen bestimmte Qualitätsaussagen über das Inanspruchnahmeverhalten ermöglichen, jedoch keine Verlaufsdaten der Nutzen enthalten. Insbesondere die Frage, ob die getätigten Ausgaben in irgendeinem Zusammenhang mit Effekten und Nutzen für die Leistungsempfänger stehen, oder ob man nicht für die getätigten Ausgaben wirksamere Hilfen hätte erbringen können, bleibt bundesweit unbeantwortet. Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder hat hier mehr Transparenz und Nachweise von Ergebnisqualität gefordert, doch die Wissenschaft hat dieses Feld weitestgehend ausgeblendet. Die Reform der Eingliederungshilfe verspricht allerdings auch keine Linderung, denn im Dickicht der Debatten um die Umschichtung der Finanzierung droht die Diskussion um die Wirkung verloren zu gehen.

**Eingliederungshilfen führen bei zwei Drittel der Nutzenden zur guten bis sehr guten Erreichung der individuellen Teilhabeziele.**

## GPV Rostock

Der Gemeindepsychiatrische Leistungserbringerverbund (GPLV) im GPV Rostock hat das Ziel, durch freiwillige Kooperation der an der regionalen Pflichtversorgung in der Hansestadt Rostock (203.000 Einwohner) beteiligten Leistungserbringer eine passgenaue Versorgung aller Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere derjenigen Menschen mit längeren Psychiatrieerfahrungen, zu erreichen.

Der GPLV orientiert sich bei der Ausgestaltung der Hilfen für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen am Konzept der „personenzentrierten und lebensfeldorientierten Hilfen“. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden im Rahmen eines Regionalbudgets erbracht („Rostocker Modell“), das eine an Personen orientierte Finanzierung der Hilfen in den Leistungsbereichen psychosoziale Grundleistungen, Selbstversorgung, Tages- und Kontaktgestaltung, Arbeit und Ausbildung sowie Komplexleistungen ermöglicht [2]. Bis auf die wenigen geschlossenen Heimplätze (im Schnitt vier Plätze für Rostock) sind damit alle Hilfen im Grundsatz „ambulant“.

## Stichprobe, Methodik und Messinstrumente

### Stichprobe

Ziel der Untersuchung war die Messung der Ergebnisqualität bezogen auf das gesamte Spektrum der SGB XII-Leistungen innerhalb des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Rostock: Alle Personen, bei denen aufgrund einer bestehenden (oder drohenden) seelischen Behinderung, infolge einer psychiatrischen Erkrankung, eine wesentliche Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabefähigkeit bestand und infolgedessen Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß 53 §§ des zwölften Sozialgesetzbuches erhielten. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte von Januar bis Dezember 2011. Eingeschlossen wurden alle Leistungsempfänger, die sich schriftlich zu einer Teilnahme an der Studie bereit erklärten und die Einschlusskriterien Mindestalter 18 Jahre, bestehende psychiatrische Diagnose aus den Hauptkapiteln F0 bis F4, F6 und F7 des ICD-10 erfüllten.

Da ein Kontrollgruppendesign wie im Rahmen einer RCT-Studie aus ethischen Gründen nicht realisierbar war, wurden die Daten in der Form eines prospektiven (unkontrollierten) Eingruppen-Prä-Post-Designs erhoben (Tab. 1). Die Untersuchung war mit zwei Messzeitpunkten, zu Beginn (T1) und zum Ende (T2) des jeweiligen Bewilligungs- und Leistungszeitraums (6 bis 12 Monate), angelegt. Die dabei eingesetzten Erhebungsinstrumente sind standardisierte Instrumente der psychiatrischen Routinediagnostik und Evaluationsforschung, die aufgrund des Einsatzes im praktischen Alltag möglichst kurz sein sollten (Tab. 1).

### Messinstrumente

Eine Messung der Ergebnisqualität im komplexen Feld der Teilhabe muss aus mehreren Perspektiven unter Verwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente erfolgen [3, 4, 5]. Die soziodemografischen und leistungsbezogenen Merkmale wie Leistungsbereiche, Hilfearten, zeitlicher Leistungsaufwand und krankheitsbezogene Daten wie Diagnosen, wurden im Rahmen der Hilfeplanung für jeden Nutzenden mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP-MV) erfasst. Zusätz-

lich wurde am Ende des Untersuchungszeitraums erhoben, wie viele Nutzende aus dem Hilfesystem der Eingliederungshilfe ausgegliedert wurden (Rehabilitations-Index).

Die aktuelle subjektive Symptombelastung der Nutzenden wurde mit der SCL-K-9, einer Kurzversion der Symptom-Checkliste SCL-90-R nach Derogatis (1977), erhoben [6]. Mit der stark reduzierten Version (9 Items) existiert ein ökonomisches Basisinstrument für eine routinemäßige Psychometrie in der Rehabilitation [7]. Zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität wurde die Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) eingesetzt [8, 9]. Zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus durch den behandelnden Facharzt wurde die GAF-Skala (DSM-IV) eingesetzt [10]. Sowohl das psychosoziale Funktionsniveau als auch die Symptombelastung und Lebensqualität wurden zu Beginn und am Ende des Untersuchungs- und Bewilligungszeitraums erhoben. Die Zufriedenheit der Studienteilnehmer mit den erhaltenen Eingliederungshilfeleistungen wurde mit dem Züricher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Kurzversion ZUF-3 erfasst (Tab. 1) [11].

Tab. 1: Outcome-Variablen und Messinstrumente

### Studien-Design und Messinstrumente zur Messung von Qualität

Variablen	Messinstrument	Messzeitpunkt	
		T1	T2
Soziodemografie, Art der Hilfe	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)	*	
Klinische Diagnosen, Rehabilitations-Index	IBRP	*	*
Leistungsbereiche, Aufwand	Maßnahmeplanung		*
Individuelle Ziele der Eingliederungshilfe	Goal Attainment Scale (GAS)	*	
Zielerreichung in der Eingliederungshilfe	Goal Attainment Scale (GAS)		*
Lebensqualität – Selbstbeurteilung	Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)	*	*
Symptomatik – Selbstbeurteilung	Symptom-Checkliste-Kurzversion-9 (SCL-K 9)	*	*
Symptomatik – Fremdbeurteilung	Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (DSM-IV)	*	*
Leistungszufriedenheit – Selbstbeurteilung	Züricher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-3)		*

In vielen Landesrahmenverträgen, unter anderem auch in Mecklenburg-Vorpommern, ist als Messgröße für die Ergebnisqualität und Wirkung „die Überprüfung der Erreichung individuell vereinbarter Ziele“ festgelegt. Auch aus

fachlicher Perspektive muss sich die Qualität eines Ergebnisses an zuvor definierten Erwartungen und in der individuellen Situation messen lassen. Hierzu wurde die Goal Attainment Scale (GAS) als zentrales Instrument der Ergebnis-

evaluation eingesetzt [12, 13, 14]. Grundidee ist die Überprüfung von im Rahmen der Hilfeplanung individualspezifisch vereinbarten Teilhabezielen, die operationalisiert, das heißt konkret und für unabhängige Beobachter eindeutig nachvollziehbar, in unterschiedliche Zielerreichungsgrade eingeteilt werden. Die Originalversion umfasst fünf Stufen. Davon jeweils zwei Zielerreichungsgrade für Verbesserung und Verschlechterung sowie einen Zielerreichungsgrad für die Operationalisierung des Ausgangsstatus oder den unter normalen Umständen erwarteten Status. Zur Reduktion der Komplexität wurde die Skalierung der Verschlechterung auf einen Zielerreichungsgrad reduziert (Tab. 2). Um eine Gesamtbewertung der Zielerreichungsgrade (-1, 0, 1, 2) zu erhalten, wurden die Zielbewertungen für jeden Nutzenden in einem GAS-Score pro Person zusammengefasst. Dazu wurden den jeweils drei dokumentierten Zielerreichungsgraden (zu T2) entsprechend ihrer Güte Punktwerte von 0 bis 3 zugeordnet und aufsummiert (Tab. 3). Diese GAS-Score Interpretationsskala zeigt Tab. 4.

**Tab. 2: Beispiel der Zielerreichungsskala**  
Individuelle Zielerreichungsskala

Verschlechterung	Aktueller Zustand	Zielwert 1	Zielwert 2
Frau H. kann ihren Wunsch nach Kontakten außerhalb der Tagesstätte nicht umsetzen und ist darüber so verzweifelt, dass sie wieder begonnen hat, Alkohol zu konsumieren.	Frau H. lebt gegenwärtig abstinent und hat den Wunsch nach Kontakten außerhalb der Tagesstätte, kann diesem aber nicht nachgehen, weil sie befürchtet, aufgrund ihrer psychischen Erkrankung abgelehnt zu werden.	Die Klientin nimmt gemeinsam mit einer Bekannten aus der Tagesstätte mindestens einmal monatlich an einer Veranstaltung im (...) teil.	Die Klientin hat eine Freundin kennengelernt, mit der sie einmal wöchentlich Canasta spielt.

**Tab. 3: Zielerreichungsskala in adaptierter Form**  
Individuelle Zielerreichungsskala

Verschlechterung (Zielerreichungsgrad -1)	Aktueller Zustand (Zielerreichungsgrad 0)	Zielwert 1 (Zielerreichungsgrad 1)	Zielwert 2 (Zielerreichungsgrad 2)
= weniger als erwartet (Punktwert 0)	= erwartetes Ergebnis (Punktwert 1)	= mehr als erwartet (Punktwert 2)	= viel mehr als erwartet (Punktwert 3)

**Tab. 4: Goal Attainment Scale (GAS)-Score Interpretationsskala**

GAS-Score	Interpretation
0 1	<b>Stufe 1: Komplette bis überwiegende Verschlechterung</b> Komplette Verschlechterung max. einmal Situationserhalt
2 3	<b>Stufe 2: Überwiegend Verschlechterung bis Situationserhalt</b> kein bis max. 1 Ziel (Grad 1) erreicht kein bis max. 1 Ziel (Grad 1 bis 2) erreicht
4 5	<b>Stufe 3: Überwiegend Situationserhalt und Zielerreichung</b> mind. 1 Ziel (Grad 1 oder 2), max. 2 Ziele (Grad 1) mind. 1 Ziel (Grad 1 oder 2), max. 2 Ziele (Grad 1 bis 2)
6 7	<b>Stufe 4: Überwiegende Zielerreichung</b> mind. 2 Ziele (Grad 1 oder 2), max. 3 Ziele (Grad 1) erreicht mind. 2 Ziele (Grad 1 oder 2), max. 3 Ziele (Grad 1 bis 2) erreicht
8 9	<b>Stufe 5: Komplette Zielerreichung</b> 3 Ziele (davon 2 mal Grad 2) erreicht 3 Ziele (Grad 2) erreicht

**Ergebnisse**

**Stichprobe**

Die Ausgangsstichprobe umfasste insgesamt 405 Nutzende (52 % weiblich; 48 % männlich), alle Leistungsempfänger mit Erst- oder Weiterbewilligung der Eingliederungshilfe im Jahr 2011. Über den Verlauf beider Messzeitpunkte konnte lediglich für 208 (49,6 %) Nutzende eine vollständige Verlaufsdocumentation erhoben werden. Die Drop-Outs waren zu 53 % weiblichen Geschlechts. Signifikante Unterschiede zu der in die Untersuchung einbezogenen Stichprobe ließen sich lediglich bei den Merkmalen Alter, Familienstand und Leistungszeitraum identifizieren. In der Drop-Out-Gruppe war mit 40 Jahren ein leicht geringeres Durchschnittsalter, anteilig weniger geschiedene, getrennt Lebende und verwitwete Nutzende sowie häufiger ein Leistungszeitraum von unter 12 Monaten zu konstatieren. Andere bedeutsame Unterschiede bestanden nicht. Wegen dieser eher geringen Abweichungen zwischen der Gesamtstichprobe und der vollständigen

Stichprobe wurde nur letztere in die weiteren Analysen einbezogen.

Das Durchschnittsalter lag bei 44 Jahren (Standardabweichung (SD)=12,5) (Min. 19 Jahre/ Max. 71 Jahre). Die meisten Nutzenden waren ledig (63 %), weitere 27 % geschieden, 5 % verheiratet und jeweils 2 % getrennt lebend oder verwitwet. Einen Überblick über die Verteilung der Diagnosegruppen bietet **Abb. 1**. Die Diagnosegruppe „Schizophrenie, schizotyp oder wahnhaftige Störung“ (F20–29) war mit 39 % die anteilig größte Gruppe. „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10–19) waren mit 20 %, „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F60–69) mit 17 % vertreten. Knapp ein Viertel der Diagnosen entfielen auf die Diagnosegruppen „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40–49) (10 %), „Affektive Störungen“ (F30–39) (8 %), „Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen“ (F00–09) (5 %) und „Intelligenzstörung“ (F70–79) (1 %).

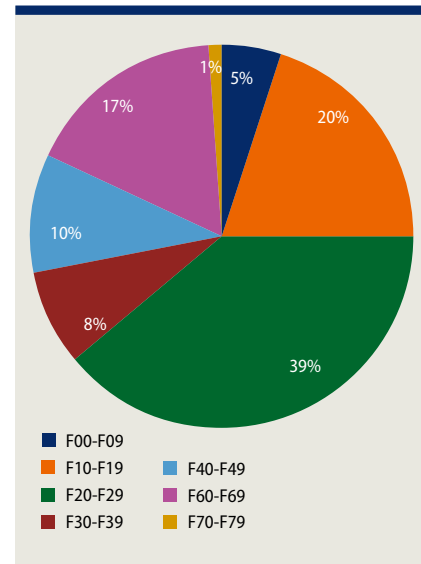
Knapp die Hälfte der Nutzenden erhielt die Hilfeform Wohnen (47 %), 34 % eine tagesgestaltende Leistung und 19 % eine Komplexleistung (Wohnen und Tagesgestaltung). Die Zeiträume der Leistungserbringung betragen überwiegend 12 Monate (79 %), in 21 % der Fälle lagen diese bei sechs Monaten.

**Veränderung der psychischen Symptomatik und Lebensqualität**

Im Vergleich der Messzeitpunkte sank die subjektive Symptombelastung, die subjektive Lebensqualität nahm im Mittel zu (**Tab. 5**). Die Auswertung der absoluten Messwertveränderungen zeigt in Bezug auf die Symptombelastung in 52 % der Fälle eine Abnahme, in 40 % einen Anstieg und in 8 % der Fälle keine Veränderung. Die Lebensqualität stieg bei der Hälfte der Leistungsempfänger (50 %) an, nahm bei 45 % ab und ergab in 5 % der Fälle keine Veränderung. Über das psychosoziale Funktionsniveau kann, aufgrund der geringen Rücklaufquote, nur bedingt eine Aussage getroffen werden. Von 208 Nutzenden lag aufgrund der überwiegenden Rücklaufverweigerung für den GAF-Wert aus den Praxen ein vollständiger Rücklauf nur in 21 Fällen vor, weswegen auf die weitere Auswertung verzichtet werden musste.

**Individuelle Zielerreichung**

Von 208 Nutzenden (mit jeweils drei operationalisierten Teilhabezielen) haben 37 % drei Ziele, 32 % zwei Ziele und 23 % jeweils ein Ziel (mit einem Zielerreichungsgrad +1 oder +2) im Rahmen der bewilligten Eingliederungshilfe erreicht. Mit dem GAS-Score kann die Veränderung der Gesamtsituation abgebildet werden, das heißt es können sowohl die Verschlechterung zur Ausgangssituation als auch die konkreten Zielerreichungsgrade (+1, +2) berücksichtigt werden. Die Verteilung des GAS-Score zeigt, dass in 9 % der Fälle in allen drei Zielbereichen (fast) immer der Zielwert +2 (GAS-Score 8 + 9) erreicht wurde. Weitere 38 % der Nutzenden konnten ihre Ziele überwiegend bis ganz erreichen, indem sie mindestens zwei Ziele, maximal drei Ziele (mit Zielerreichungsgrad +1 oder +2) (GAS-Score 6 + 7), je nach Score-Wert erreichten. In 39 % der Fälle (GAS-Score 4 + 5) wurde die Ausgangssituation überwiegend gehalten und mindestens eins, maximal zwei Ziele erreicht. Eine überwiegende Verschlechterung bis Situationserhaltung aber mit teilweiser Erreichung eines vereinbarten Eingliederungsziels zeigte sich in 12 % (GAS-Score 2 + 3) der Fälle. Nur in 2 % der Fälle (GAS-Score 1 + 2) ergab sich über alle Zielbereiche hinweg eine komplette bis überwiegende Verschlechterung zur Ausgangssituation (**Abb. 2**).



**Abb. 1:** Verteilung der Diagnosen (n=208).

**Zufriedenheit der Nutzenden**

Mit einem Stichprobenmittelwert von 10 Punkten (SD=0,8; Min. 3; Max. 12) zeigten sich die Leistungsempfänger mit den erhaltenen Hilfen überwiegend sehr zufrieden.

**Prädiktoren der Wirksamkeit**

In einem weiteren Schritt wurden relevante signifikante Ergebnisvariablen auf ihre Verwertungsrelevanz als Prädiktor („vorhersagende Variable“) der Wirksamkeit hin untersucht. Signifikante Zusammenhänge zeigten sich in Bezug

**Tab. 5: Veränderung der Symptombelastung und Lebensqualität im Bewilligungszeitraum der vollständig erfassten Klienten (n = 208)**

Merkmale	Beginn Bewilligungszeitraum (T1)	Ende Bewilligungszeitraum (T2)	Differenz T1 – T2	Vergleich T1 vs. T2 Signifikanz
<b>SCL-K-9*</b>				
MW (SD)	2,4 (0,9)	2,3 (0,9)	-0,1 (0,7)	p = 0,034 <sup>1</sup>
Min.	1,0	1,0	-1,9	T = 2,1 (df = 207)
Max.	5,0	4,7	2,37	
<b>MANSA*</b>				
MW (SD)	4,3 (1,0)	4,5 (1,1)	0,1 (0,8)	p = 0,045 <sup>1</sup>
Min.	1,5	1,7	-3,0	T = 2,0 (df = 207)
Max.	7,0	4,1	1,9	

\*alle Werte gerundet; <sup>1</sup>Berechnung des Signifikanzniveaus mittels T-Test für verbundene Stichproben. SCL-K-9: Symptomcheckliste; MANSA: Manchester Short Assessment of Auality of Life; MW : Mittelwert; SD: Standardabweichung.

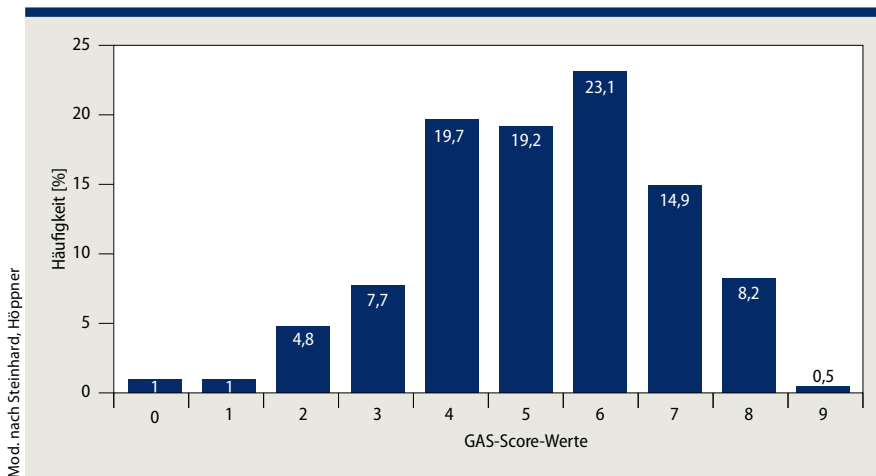


Abb. 2: Verteilung Goal Attainment Scale (GAS)-Score (Zielerreichung) in % (n=208).

auf die Merkmale Geschlecht, Diagnose, Hilfeform und Planungszeitraum:

**Geschlecht:** Insgesamt gaben Frauen zu T2 eine signifikant höhere Symptombelastung an als Männer ( $p=0,000$ ). Bezüglich der Lebensqualität ließ sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied feststellen.

**Diagnose:** Leistungsempfänger mit der Diagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29) (Mittelwert [MW]=2,1) gaben zu T2 eine deutlich geringere Symptombelastung an als Nutzenden mit der Diagnose Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–49) (MW=2,9;  $p=0,003$ ). Zudem gaben Nutzende mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis die höchsten und Personen mit der Diagnose Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen die geringsten Lebenszufriedenheitswerte an ( $p=0,001$ ). In Bezug auf die Symptombelastung und Lebensqualität zeigten sich signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Diagnosegruppen der weiblichen Nutzenden, nicht aber bei den männlichen Nutzenden. Damit ist anzunehmen, dass die bestehenden signifikanten Unterschiede und Zusammenhänge zwischen Diagnose und Lebensqualität sowie Symptombelastung (zu T2) vornehmlich auf die MANSA- und SCL-K-9-Werte der weiblichen Nutzenden zurückzuführen sind. Nutzende der Diagnosegruppen F2, F3

und F4 zeigten höhere GAS-Score-Werte als Nutzende aus den übrigen Diagnosegruppen ( $p=0,018$ ).

**Hilfeform:** Personen mit der Hilfeform Wohnen zeigten gegenüber den Hilfeformen Tagesstrukturierung und Komplexleistung geringere Zielerreichungsgrade (GAS-Score/Absolute Zahl erreichter Ziele). Eine tiefergehende Subgruppen-Analyse ergab ein differenzierteres Bild bezüglich der Lebensqualität (Zunahme) und Symptombelastung (Abnahme): Bei Nutzenden mit der Hilfeform Tagesstrukturierung zeigte sich dies ausschließlich bei weiblichen Nutzenden. Eine signifikante Abnahme der Symptombelastung bei den männlichen Nutzenden zeigte sich hingegen in der Hilfeformgruppe Wohnen.

**Bewilligungszeitraum:** Nutzenden mit einem Bewilligungszeitraum von mindestens 12 Monaten gaben eine bessere Lebensqualität an und erreichten bessere Zielerreichungsgrade (GAS-Score/Absolute Zahl erreichter Ziele)

### Diskussion

Das in der Alltagspraxis der Rostocker Eingliederungshilfe durchgeführte Projekt verfolgte zwei Ziele: Die Erprobung der Alltagstauglichkeit eines Instrumentariums zur multiperspektivischen Erfassung der Ergebnisqualität mit dem Kern der individuellen Zielerreichung, gemessen über das Goal Attainment Scale (GAS) und die erstmalige Messung

der Ergebnisqualität im Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund Rostock. Zusammenfassend kann festgestellt werden:

1. Die Implementation des Goal Attainment Scale inklusive der darüber hinaus verwendeten Instrumente war für alle Beteiligten trotz des Versuches die kürzesten im deutschen Sprachraum verfügbaren Instrumente einzusetzen „nicht ganz ohne“. Insgesamt ist ein hoher zeitlicher Aufwand im Bereich von Verwaltungsabläufen/Verfahren/Dokumentation, aber auch Schulung und Anleitung der Mitarbeitenden entstanden. Bezogen auf die Perspektive der Fremdbeurteilung durch den behandelnden Arzt war es bedauerlich, dass es überwiegend nicht gelang, die in den niedergelassenen Praxen tätigen Ärzte zu den beiden Messzeitpunkten zu einer Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus ihrer Patienten mit einem Kreuz auf der GAF-Skala ohne zusätzliche Honorierung zu bewegen.
2. Die Mitarbeitenden haben sich über einen längeren Zeitraum „schwer getan“, die Ziele (GAS) durchgehend konkret und eindeutig zu formulieren oder auszuhandeln. Hier ist ein kontinuierliches Training für alle Berufsgruppen etwa über regelmäßige Fallbesprechungen und nicht nur für neue Mitarbeitende erforderlich.
3. Aufgrund der vielen „verlorenen“ Daten liegt der Schluss nahe, dass das Projekt von vielen Mitarbeitenden primär (noch) nicht als Teil eines Qualitätssicherungsprozesses für das Rostocker Modell und die eigene Arbeit gesehen wurde, sondern eher als zusätzliche Arbeit für eine „wissenschaftliche Studie“. Der projektbezogene Datenerhebungsprozess – insbesondere das Austeilen und Einsammeln der Nutzendenfragebögen – wurde von den Mitarbeitenden nicht nur als zusätzliche Arbeit geschildert und erlebt, sondern war auch objektiv „on top“ zur normalen Alltagsbelastung. Auch dies müsste bei einer „Einführung“ als Standard etwa in Form einer Entlastung durch eine Dokumentationsassistentin berücksichtigt werden.
4. Gespräche mit Beteiligten (Nutzende, Führungskräfte, Mitarbeitende) zei-

gen, dass der Einsatz des Zielsystems (GAS) zu einer deutlichen Schärfung des Aushandlungsprozesses auf Augenhöhe im (therapeutischen) Alltag geführt hat. Es hat eine im weitesten Sinne therapeutische Kompetenzerweiterung im System bei allen Beteiligten stattgefunden.

5. Mit der Dokumentation der Ziele anhand eines standardisierten Verfahrens ist die Black Box der Eingliederungshilfe vor allem gegenüber Nutzenden und den Leistungsträgern transparenter und nachvollziehbarer geworden.
6. Aus den offiziellen Entwicklungszahlen des Rostocker Modells kann entnommen werden, dass die Kostendämpfung grundsätzlich funktioniert: Die durchschnittliche Fallkosten konnten im Verlauf zunächst deutlich gesenkt werden.
7. Aus den im Rahmen dieser Studie vorliegenden Daten und Fakten kann darüber hinaus festgestellt werden:
  - Für knapp zwei Drittel der Nutzenden werden die Ziele gut bis sehr gut erreicht;
  - Die Lebenszufriedenheit verbessert sich tendenziell;
  - Die Symptombelastung nimmt tendenziell ab;
  - Manche Personen profitieren besonders vom Rostocker System: (a) Menschen mit der Diagnose Schizophrenie zeigen höhere Lebenszufriedenheit und bessere Zielerreichung. Allerdings geben sie auch zu Beginn eine höhere Lebenszufriedenheit an. Möglicherweise handelt es sich um den Personenkreis, der traditionell über die Eingliederungshilfe versorgt wurde und für den die Angebote besonders passgenau und hilfreich sind; (b) Menschen mit längeren Planungszeiträumen (möglicherweise die schon „Bekanntten“) erreichen die Ziele besser; (c) Bezogen auf die Hilfeformen Wohnen und Tagesgestaltung zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, wer von welcher Hilfeform eher profitiert. Hier müssen aber weitere Datenerhebungen abgewartet werden, ob diese Ergebnisse tatsächlich stabil bleiben; (d) Knapp 10% der Hilfe-

empfänger werden nach Abschluss der Hilfen unabhängig von der Eingliederungshilfe; (e) Die Kosten für den nächsten Bewilligungszeitraum sinken deutlich.

8. Die Ergebnisse fordern dazu auf, das Eingliederungshilfesystem dahingehend zu optimieren, dass zukünftig alle Zielgruppen mehr von den Hilfen profitieren.
9. Nach Abschluss der Pilotphase und Hauptstudie sind die eingesetzten Instrumente von Anbieter- und Leistungsträgerseite als geeignet und praktikabel bewertet worden, sie finden mittlerweile Akzeptanz bei den Mitarbeitenden.
10. Die eingesetzten Instrumente mit dem Kern des Goal Attainment Scale sind seit 2015 als Standard in das Regelsystem übernommen.

Zusammenfassend kann für Instrumente, wie in dieser Studie eingesetzt, festgestellt werden, dass sie unter Erhalt der verschiedenen Perspektiven als Evaluationsverfahren tauglich sind, um als Qualitätssicherungsstandard in Gemeindepsychiatrischen Verbänden zu dienen. Einem möglichen „Fremdeln“ der Mitarbeiter mit solchen Instrumenten sollte besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der Leistungserbringerverbund Rostock hat die Instrumente in einer leicht überarbeiteten und ergänzten Fassung in ihrer Anwendung ab 2015 verstetigt und in das Regelsystem übernommen. Die nächste Auswertung ist für 2017 vorgesehen.

Für die Akzeptanz des Ergebnisqualitäts-Gedankens und eine Ausrichtung des Alltags an möglichst evidenzbasierten Methoden oder zumindest eines gezielten Methodeninventars muss weiter bei allen Beteiligten geworben werden: Die Perspektive, dass die Ergebnisqualität, also die Messung der Wirkung, und nicht mehr der Prozess an sich („Wie oft und wie lange habe ich mit einem Nutzenden gesprochen“) die schließlich entscheidende Grundlage für die Finanzierungssystematik sein sollte, muss sich nicht nur bei Mitarbeitenden, sondern auch bei den Leistungsträgern (örtlich/überörtlich) weiter durchsetzen. Letztlich zählt nur das Ergebnis und eine darauf aufbauende Finanzierung der Eingliederungshilfe!

Die Rostocker Entwicklungen legen unter fachlichen wie ökonomischen Aspekten nahe:

- Gemeindepsychiatrische Verbände innerhalb und außerhalb von Mecklenburg-Vorpommern dafür zu gewinnen, vergleichbare Daten zu erheben und so in einem Benchmark-Prozess zwischen unterschiedlichen Regionen zu einer Einschätzung der Wirksamkeit von gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen zu kommen.
- In einem weiteren Entwicklungsschritt zumindest die wesentlichen ambulanten SGB V-Leistungen (Nervenärztliche Versorgung, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, psychiatrische Pflege) mit in eine Studie zur Ergebnisqualität eines regionalen gemeindepsychiatrischen Hilfesystems einzubinden. Dies würde die Gesamtleistung deutlicher abbilden und evaluieren, aber zugegebenermaßen die Komplexität eines solchen mit dem Alltag ohnehin schwer verträglichen Ansatzes für alle Beteiligten weiter steigern. Die Rostocker Erfahrungen in der Eingliederungshilfe machen jedoch Mut, auch dieses „dicke Brett zu durchbohren“ und gegebenenfalls mit kleinsten Schritten gemeinsam mit den Akteuren aus dem SGB V zu beginnen. □

#### Literatur

[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

#### AUTOR

##### Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Institut für Sozialpsychiatrie des Landes Mecklenburg Vorpommern e.V.  
An-Institut der Universität Greifswald  
Ellernholzstrasse 1-2  
17487 Greifswald  
institut@sozialpsychiatrie-mv.de

##### Anja Höptner

Institut für Sozialpsychiatrie des Landes Mecklenburg Vorpommern e.V.  
An-Institut der Universität Greifswald  
Ellernholzstrasse 1-2  
17487 Greifswald 3

### Literatur

1. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger(BAGüS) (2013) Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Seite 5, [www.bagues.de](http://www.bagues.de)
2. Steinhart I.(2010) Die Finanzierung lebensfeldorientierter und personenzentrierter Hilfen aus einem Regionalbudget, Kerbe 2, 16-18
3. Steinhart I(2010) Wirkungskontrolle in der Eingliederungshilfe. In: Macsenaere M, Hiller St, Fischer K(Hg.): Outcome in der Jugendhilfe messen. Lambertus, 279-286.
4. Bär T, Nerlich, C, Follak T, Steinhart I (2010) Wirkungsorientierung – auf der Suche nach geeigneten Methoden. sozialpsychiatrische informationen 3, 25-31
5. Follak T (2008) »Black Box Eingliederungshilfe« – Messung der Ergebnisqualität in der Sozialpsychiatrie. Masterarbeit, Berlin: Alice-Salomon-Hochschule
6. Brähler E, Klaghofer R (2001) Konstruktion und testtheoretische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 49(2),115-124
7. Prinz U, Nutzinger DO, Schulz H, Petermann F, Braukhaus C, Andreas S (2008) Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. Phys Med Rehab Kuror 18, 337-343
8. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S (1999) Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). International Journal of Social Psychiatry 45, 7-12
9. Kallert TW, Matthes C, Glöckner M, Eichler T, Koch R, Schützwohl M (2004) Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: ein effektivitätsgesichertes Versorgungsangebot? Psychiatrische Praxis 31, 409-419
10. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss IL, Cohnen J (1976) The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Archives of General Psychiatry 33, 766-771
11. Spießl H, Kruschker S, Spindler P, Cording C, Klein HE (1996) Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus. Krankenhauspsychiatrie 7, 1 – 5
12. Kisurek T, Sherman R (1968) Goal attainment scaling. A general method for evaluating community mental health programs. Community mental health journal 4, 434-453
13. Bolm W (1996) Goal attainment scaling. Gütemaß und praktische Erfahrungen bei 397 psychiatrischen Behandlungsverläufen. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 44, 75 – 88
14. Roecken S, Weis J (1987) Erfahrungen bei der Anwendung von von Goal attainment scaling (GAS) in der Evaluation einer psychiatrischen Übergangseinrichtung. Zeitschrift für Klinische Psychologie 16, 158 – 173