

sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Autoren: T. Bär, C. Nerlich,
T. Follak, I. Steinhart
Seiten 25–31

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 Nervenheilkunde, 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.

ISSN 0171 - 4538

Verlag: Psychiatrie-Verlag GmbH, Thomas-Mann-Str. 49a,
53111 Bonn, Tel. 0228/725 34 0, Fax 0228/725 34 20
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

Erscheinungsweise: Januar, April, Juli, Oktober

Abonnement: jährlich 36,- Euro einschl. Porto, Ausland 42,- Euro

Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

Redaktionsanschrift: Frau Gabriele Witte, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie –
Institutsambulanz, Rohdehof 5,
30853 Langenhagen, Tel. 0511/73 00 590, Fax 0511/73 00 518
E-Mail: si@psychiatrie.de

Redaktion:

Michael Eink, Hannover
Hermann Elgeti, Hannover
Helmut Haselbeck, Bremen
Gunther Kruse, Langenhagen
Sibylle Prins, Bielefeld
Renate Schernus, Bielefeld

Ulla Schmalz, Düsseldorf
Ralf Seidel, Mönchengladbach
Annette Theißing, Hannover
Peter Weber, Hildesheim
Dyrk Zedlick, Glauchau

Wirkungsorientierung – auf der Suche nach geeigneten Methoden

Oder: wie wir mehr Transparenz in der Eingliederungshilfe erreichen können

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



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 Nervenheilkunde, 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 Bund-Länder-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 (Mitarbeiterschlüssel, 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-

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 (Versorgungspflichtung/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-

fepfanung 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 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 der 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 Gemeindepyschiatrie 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 Reinigungsstermine«. 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 Neurologen.

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).

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 steht 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)
	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)
Tages- und Kontaktgestaltung	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 überfordernenden Situationen adäquat. (ZEG 2)
Psycho-soziale 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

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 unkonkret 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 planning 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-

essment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry* 45, 7–12

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

SCHMITZ N, KRUSE J, TRESS W (1999) Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German primary care sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 462–468

SPIE-L H, KRISCHKER S, SPINDLER P, CORDING C, KLEIN HE (1996) Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie* 7, 1–5

WITTORF A, WIEDEMANN G, BUCHKREMER G, KLINGBERG S (2008) Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258, 48–58

Die Autoren

T. Bär

*Institut für Sozialpsychiatrie MV,
An-Institut der Universität Greifswald
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie des Zentrums für Nerven-
heilkunde, Universität Rostock*

C. Nerlich

*Institut für Sozialpsychiatrie MV,
An-Institut der Universität Greifswald*

T. Follak

*Institut für Sozialpsychiatrie MV,
An-Institut der Universität Greifswald
AWO Rostock*

I. Steinhart

*Institut für Sozialpsychiatrie MV,
An-Institut der Universität Greifswald*