

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Prof. Dr. Jürgen Gallinat

Die Erhebung des psychosozialen Hilfebedarfs von Patienten in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Erprobung eines neu entwickelten Screening-Instruments zur strukturierten
Erfassung sozialarbeiterischer Kennwerte

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades Dr. rer. biol. hum.
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Christin Wills
aus Brandenburg an der Havel

Hamburg 2025

Betreuer:in/ Gutachter:in der Dissertation: Prof. Dr. Anne Karow

Gutachter:in der Dissertation: Prof. Dr. Holger Schulz

Vorsitz der Prüfungskommission: Prof. Dr. Anne Karow

Mitglied der Prüfungskommission: Prof. Dr. Holger Schulz

Mitglied der Prüfungskommission: PD. Dr. Christine Blome

Datum der mündlichen Prüfung: 19.05.2025

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Zusammenfassung	7
1. Synopse	9
1.1 Hintergrund	10
1.1.1 Psychiatrisch-psychosoziale Versorgungsstrukturen	10
1.1.2 Klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie	12
1.1.2.1 Theorien und Konzepte klinischer Sozialarbeit	13
1.1.2.2 Definition psychosozialer Hilfebedarf	17
1.1.2.3 Prozessstrukturen und Methodenspektrum	18
1.1.2.4 Limitationen	23
1.2 Zielsetzung	25
1.3 Material und Methode	27
1.3.1 Manuskript I	27
1.3.2 Manuskript II	28
1.4 Ergebnisse	30
1.4.1 Manuskript I	30
1.4.2 Manuskript II	31
1.5 Diskussion und Schlussfolgerung	39
1.5.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse aus Manuskript I und II	39
1.5.2 Einschränkungen	44
1.5.3 Implikationen für die Versorgungspraxis und Forschung	45
2. Literaturverzeichnis	47
3. Veröffentlichung 1	53
4. Veröffentlichung 2	60
5. Erklärung des Eigenanteils an den Publikationen	69
6. Danksagung	70
7. Lebenslauf	71

8.	Anhang.....	72
9.	Eidesstattliche Erklärung.....	75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen Individuum und Gesellschaft. Eigene Darstellung.....	23
Abbildung 2: Kategorien zum poststationären Unterstützungsbedarf QualF3	37
Abbildung 3: Unterkategorien zu „Institutionelle Unterstützung“	37
Abbildung 4: Kategorien der aktuellen Hilfebedarfe zu QualF2	38
Abbildung 5: Ausschnitt aus CANSAS-P	40
Abbildung 6: Funktion des PSH-7, erstellt mit Napkin.ai.....	43
Abbildung 7: Subcodes zur "Poststationären Unterstützung"	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: CM-Prozessschritte und sozialpädagogische Methoden	19
Tabelle 2: Cluster GAF und CGI-S Skala, eigene Darstellung.	29
Tabelle 3: Anzahl der Hilfebedarfe zu t1	32
Tabelle 4: Ergebnisse ANOVA.....	33
Tabelle 5: Ergebnisse Tukey Post-hoc Test für GAF-Werte.....	34
Tabelle 6: Mittelwerte der Hilfebedarfe für GAF, CGI und F- Diagnose.....	34
Tabelle 7: Einstichproben t-test für Hilfebedarfe t1 zu t2	35
Tabelle 8: Subcodes PSH-7	73

Zusammenfassung

Hintergrund: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen leiden häufig unter komplexen sozialen Problemlagen und umfangreichen Teilhabeeinschränkungen. Sie sind signifikant häufiger von Armut, Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit betroffen. Die zeitgleiche Behandlung von psychiatrisch-psychologischen und sozialen Problemlagen ist essenziell, um einen möglichst umfassenden und nachhaltigen Behandlungserfolg sicherzustellen. Dem klinischen Sozialdienst kommt innerhalb dieser Versorgungsstrukturen eine zentrale Rolle zu. Zentrale Aspekte der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie sind die möglichst globale Erfassung von Ressourcen und Problemlagen im individuellen lebensweltlichen Kontext und die Einleitung bedarfsgerechter Unterstützungsmaßnahmen. Vor dem Hintergrund steigender Arbeitsverdichtung, verschärften gesellschaftlichen Lebensbedingungen und gesetzlichen Versorgungsverpflichtungen kommt der psychosozialen Hilfebedarfserhebung eine zentrale Rolle zu. Diese werden im Rahmen der akutpsychiatrischen Behandlung bisher jedoch nicht standardisiert erfasst. Aus diesem Grund wurde am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Screening-Instrument zur psychosozialen Hilfebedarfserhebung (PSH-7) in Form einer Selbsteinschätzung entwickelt und in einer Pilotstudie auf dessen Praxistauglichkeit überprüft. **Fragestellung und Ergebnisse:** Zunächst wurden bisherige Instrumente zur psychosozialen Bedarfserhebung auf deren Eignung entlang der forschungsleitenden Fragestellung analysiert. Die mangelnde Passung dieser Instrumente und oben genannte Rahmenbedingungen machte die Entwicklung eines kontextspezifischen Instruments notwendig. In einer Querschnittstudie (N=84) wurde der PSH-7 mit Hilfe von quantitativen und qualitativen Methoden auf Praktikabilität überprüft und deskriptiv ausgewertet. Einsamkeit, fehlende Tagesstruktur und Arbeitslosigkeit sind die am häufigsten genannten Problembereiche. **Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der Studie ergänzen die internationale Befundlage zum Zusammenhang von psychosozialen Multiproblemlagen und der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen. Ergänzend hierzu zeigen die Ergebnisse, dass der PSH-7 als inhaltsvalides und geeignetes Instrument zur Erfassung der psychosozialen Hilfebedarfe innerhalb des akutpsychiatrischen Versorgungskontextes eingestuft werden kann. Mit seiner Hilfe lassen sich Hilfebedarfsdimensionen strukturiert und vollständig erfassen. Der PSH-7 steht nach der nun durchgeführten Pilottestung für eine weitere Erprobung und Anwendung in der Praxis zur Verfügung.

Abstract

Background: People with severe mental illness often suffer from complex social problems and extensive restrictions on participation. They are significantly more frequently affected by poverty, unemployment and homelessness. The simultaneous treatment of psychiatric-psychological and social problems is essential in order to ensure the most comprehensive and sustainable treatment success possible. Clinical social services play a central role within these care structures. Central aspects of clinical social work in psychiatry are the global identification of resources and problem situations in the individual lifeworld context and the introduction of needs-based support measures. Against the backdrop of increasing work intensification, intensified social living conditions and statutory care obligations, psychosocial support needs assessment plays a central role. However, these have not yet been recorded in a standardized way as part of acute psychiatric treatment. For this reason, a screening instrument for psychosocial support needs assessment (PSH-7) in the form of a self-assessment was developed at the University Medical Center Hamburg Eppendorf, in the Department of Psychiatry and Psychotherapy, and tested for its practical suitability in a pilot study.

Research question and results: First, previous instruments for psychosocial needs assessment were analyzed for their suitability in terms of the research question. The lack of suitability of these instruments and the above-mentioned framework conditions made it necessary to develop a context-specific instrument. In a cross-sectional study (N=84), the PSH-7 was tested for practicability using quantitative and qualitative methods and evaluated descriptively. Loneliness, lack of daily structure and unemployment are the most frequently mentioned problem areas. **Conclusion:** The results of the study supplement the international body of findings on the connection between psychosocial multiple problems and the development and maintenance of mental illness. In addition, the results show that the PSH-7 can be classified as a content-valid and suitable instrument for recording psychosocial support needs within the acute psychiatric care context. It can be used to record the need for help in a structured and complete manner. Following pilot testing, the PSH-7 is now available for further testing and application in practice.

1. Synopse

Ziel der vorliegenden kumulativen Dissertation ist es, den aktuellen Wissens- und Forschungsstand zur standardisierten Erfassung von psychosozialen Hilfebedarfen innerhalb der akuten psychiatrischen Behandlung zu erweitern. Hierzu wurde eine Übersichtsarbeit zu national und international etablierten Bedarfs- und Bedürfniserhebungsinstrumenten verfasst (vgl. Manuskript I). Ergänzend hierzu werden die Ergebnisse einer Querschnittstudie (Pilotstudie) dargestellt, in der das neu entwickelte Screening-Instrument zur strukturierten Bedarfserhebung mit Hilfe eines mixed-methods Studiendesigns untersucht wurde (vgl. Manuskript II).

Die Synopse beginnt in Kapitel 1.1 mit der Darlegung relevanter Hintergründe. Hierbei werden zunächst die psychiatrisch- psychosozialen Versorgungsstrukturen beschrieben (1.1.1). Nachfolgend wird das Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie (1.1.2) mit den dazugehörigen sozialwissenschaftlichen und gesundheitstheoretischen Rahmenkonzepten skizziert. Die Darstellung der fachspezifischen Methoden und Prozessstrukturen und deren Einordnung in das Arbeitsfeld, unter Berücksichtigung relevanter Limitationen, bilden den Abschluss dieses Kapitels. Unter Einbezug der Schlussfolgerungen aus Kapitel 1.1 werden die Zielsetzungen der eingeschlossenen Veröffentlichungen dargestellt (Abschnitt 1.2). Nachfolgend werden die verwendeten Methoden und das Material beider Arbeiten beschrieben (Kapitel 1.3).

Die wesentlichen Ergebnisse beider Veröffentlichungen werden in Kapitel 1.4 diskutiert und analysiert. Abschließend werden in Kapitel 1.5 die Hauptergebnisse beider Veröffentlichungen übergeordnet eingebettet, Einschränkungen werden dargestellt und Implikationen für die Forschungs- und Versorgungspraxis abgeleitet.

1.1 Hintergrund

1.1.1 Psychiatrisch-psychosoziale Versorgungsstrukturen

Im Mittelpunkt des psychiatrisch-psychosozialen Versorgungssystems stehen Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die gesetzlichen Grundlagen zur Behandlung und Versorgung von damit einhergehenden medizinischen, psychologischen und sozialen Problemlagen sind in den Sozialgesetzbüchern verbindlich geregelt. In den 12 Sozialgesetzbüchern (SGB) sind alle Gesetze zur sozialen Sicherung bundeseinheitlich geregelt und bilden damit zum einen das Regelwerk zur Abrechnung von Leistungen und zum anderen die Darstellung von Zielen und Aufgaben verschiedener sozialer Versorgungseinheiten.

Die psychiatrischen Versorgungsstrukturen lassen sich, basierend auf der jeweiligen Finanzierungsstruktur, in Sektoren einteilen. Psychische Erkrankungen können jeden Lebensbereich und jede sozialversicherungsrechtliche Verantwortlichkeit berühren. Nachfolgend werden die Versorgungsangebote und Behandlungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems in Hinblick auf psychische Erkrankungen dargestellt.

SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung):

Das Versorgungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bildet einen essenziellen Baustein in der Behandlung von psychischen Erkrankungen. Hierzu zählt die Versorgung in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken mit psychiatrischen Fachabteilungen und in Fachkliniken, die jeweils ein voll- und teilstationäres Behandlungsangebot unterbreiten können. Ambulante Krankenhausleistungen sind in §118 SGB V geregelt und beschreiben das Leistungsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanzen. Sie sollen zu einer Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung von psychisch erkrankten Menschen beitragen und sind, was den Grad der Spezialisierung, des Versorgungsangebotes und der Personalausstattung betrifft, regional unterschiedlich ausgestaltet. Voll- und teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen wie z.B. die RPK (Rehabilitationseinrichtung für psychisch erkrankte Menschen) unterstützen Menschen bei der sozialen und beruflichen Reintegration mittels medizinischer, psychologischer und psychosozialer Behandlungsmodule.

Ergänzend hierzu sei die psychiatrisch/psychosoziale Versorgung durch Hausärzte, niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychologische Psychotherapeuten als weiterer Versorgungszweig innerhalb des SGB V genannt. Im SGB V sind darüber

hinaus die gesetzlichen Vorgaben zum Entlassungsmanagement (Versorgungsmanagement nach einer klinischen Behandlung §39 Abs.1a SGB V) für Krankenhäuser im Allgemeinen geregelt.

SGB II, III, VI (Grundsicherung für Arbeitssuchende, Gesetzliche Arbeitslosenversicherung, Gesetzliche Rentenversicherung):

Neben der finanziellen Grundsicherung und den Rahmenbedingungen für Lohnersatzleistungen (Bürgergeld und Arbeitslosengeld I) sind in diesen Gesetzbüchern auch Maßnahmen zur Erlangung, Wiederherstellung und Sicherung der Arbeitsfähigkeit beschrieben. Sowohl leistungsrechtliche Grundvoraussetzungen (z.B. die Erfüllung der Anwartschaftszeit im ALG I) als auch individuelle Erfolgsprognosen (Leistungsfähigkeit und Eignung für den Allgemeinen Arbeitsmarkt) sind die Grundkriterien, anhand derer eine Entscheidung über die Kostenübernahme spezifischer Maßnahmen getroffen wird. Die inhaltliche und strukturelle Ausgestaltung der Maßnahmen reicht von Trainings- und Probereinheiten bis hin zu intensiv betreuten Einrichtungen der Berufsbildung für Menschen mit seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen (sog. Berufsbildungswerke).

SGB IX und SGB XII (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Sozialhilfe):

Der dritte Versorgungssektor beschreibt alle komplementären psychosozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote. Innerhalb des SGB IX sind spezifisch die Leistungen für Menschen, die von Behinderung betroffen und bedroht sind, geregelt (Leistungs- und Teilhaberecht). Seit der stufenweisen Reform im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes, ist das Eingliederungshilferechtskapitel von SGB XII in das SGB IX integriert worden. Leistungserbringer sind in der Regel freie, gemeinnützige, kirchliche oder private Verbände und Träger. Das Unterstützungsspektrum reicht von Beratungsstellen unterschiedlicher Schwerpunktsetzung über soziale und berufliche Integrationsangebote bis hin zu Betreuung im eigenen Wohnraum mit Bezugsbetreuungssystem oder in trägereigenem Wohnraum (Übergangsangebot für bis zu 3 Jahre oder zum dauerhaften Verbleib). Die Angebote richten sich meist nach der Schwere der Erkrankung und dem individuellen psychosozialen Hilfebedarf (präventiver Ansatz oder persistenter Versorgungsbedarf). Selbsthilfeangebote, aufsuchende Krisendienste, Krisentelefone, Tages- und Begegnungsstätten, Sozialpsychiatrische Dienste und übergeordnet organisierte Zusammenschlüsse wie z.B. Gemeindepsychiatrische Verbünde ergänzen das

Versorgungsangebot. Jedes Bundesland hat bei der Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben einen gewissen Spielraum. Entsprechend ist die Angebotslandschaft divers, sehr komplex und je nach Bundesland verschieden.

In Ballungszentren ist das psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungsangebot quantitativ deutlich besser ausgebildet als in ländlichen Gebieten [1]. Besonders in Großstädten scheinen sich soziale Notlagen zu potenzieren und trotz ausreichender Unterstützungsangebote gelingt eine bedarfsorientierte, nahtlose, ressourcenschonende und personenindividuelle Überleitung in andere Versorgungssektoren selten.

1.1.2 Klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie

Klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie beschreibt einen spezifischen Teilbereich der Sozialen Arbeit. Sie findet im (psychiatrischen) Behandlungskontext statt und ist mit eigenen fachspezifischen Handlungs- und Versorgungsaufträgen betraut [2]. Im Kontext der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen in einem psychiatrischen Krankenhaus, ist die klinische Sozialarbeit im multiprofessionellen Team eingebettet und mit einem doppelten Mandat ausgestattet. Zum einen liegt der Fokus auf der Bearbeitung der individuellen Hilfebedarfe und Teilhabeeinschränkungen der Patienten und zum anderen auf den organisationsspezifischen Verpflichtungen innerhalb medizinischer Versorgungsstrukturen im Krankenhaus (Kostensicherung, Sicherstellung des Versorgungsauftrages nach §112 SGB V). Unter Einbezug sozialrechtlicher Rahmenbedingungen und auf Basis fachspezifischer Theorien und Konzepte erfolgt, unter Anwendung geeigneter Methoden, die Erfassung der patientenindividuellen Hilfebedarfsdimensionen und des Versorgungsbedarfs. Abschließend erfolgt die Einleitung adäquater Unterstützungsmaßnahmen. Ein mehrdimensionales Fallverständnis bildet in diesem Zusammenhang die grundlegende handlungsleitende Struktur.

1.1.2.1 Theorien und Konzepte klinischer Sozialarbeit

Soziale Arbeit in der Psychiatrie betrachtet psychische Erkrankungen und die daraus resultierenden psychosozialen Hilfebedarfsdimensionen aus mehreren Perspektiven. Nachfolgend erfolgt der Feldzugang zunächst über grundlagentheoretische Aspekte des lebensweltorientierten Ansatzes nach Thiersch [3]. Darauf aufbauend erfolgt, unter Einbezug von relevanten gesundheitstheoretischen Konzepten und soziologischen Perspektiven, die strukturelle und gesellschaftliche Einordnung von psychosozialen Hilfebedarfen.

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit

Der Lebensweltorientierte Ansatz wurde zum Ende der 1970er Jahre von Hans Thiersch entwickelt und beschreibt handlungstheoretische und sozialarbeitswissenschaftliche Rahmenbedingungen und Überlegungen [3]. Kennzeichnend für Thiersch's Theorie sind folgenden Merkmale:

- Zentraler Ansatzpunkt ist der Alltag des Klienten
- Einordnung von Problemlagen sowohl auf individueller als auch (sozial-) politischer Ebene
- Niedrigschwelligkeit, Dezentralisierung, Prävention und Selbsthilfe bilden zentrale Paradigmen und die handlungsleitenden Maximen

Der Begriff Lebenswelt kann mehrdimensional betrachtet werden. Auf individueller Ebene spiegelt sich hier der subjektiv erlebte Alltag mit entsprechenden Herausforderungen in der Lebensbewältigung und den persönlichen Bewältigungsstrategien wider. Aus der gesellschaftlichen Perspektive betrachtet sind sozialpolitische Strukturen, Verteilungs- und Machtkämpfe im Kleinen und in der individuellen Lebenswelt wiedererkennbar [3, 4]. Innerhalb verschiedenen Alltagswelten (Thiersch meint hiermit Lebensfelder oder Lebenslagen, z.B. Arbeit oder Arbeitslosigkeit) bilden Menschen verschiedene Bewältigungsmuster aus. Basierend auf verfügbaren Ressourcen, Selbstwirksamkeitserleben, individuellen Dispositionen, Lernerfahrungen und vorhandenen Umweltbedingungen werden funktionale oder dysfunktionale Strategien angewendet. Soziale Arbeit knüpft an diesem Spannungsfeld an und setzt sich mit Veränderungspotenzialen auf genannten Ebenen auseinander [4].

Gesundheitstheoretische Rahmenkonzepte

Für die klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie bilden spezifische gesundheitstheoretische Konzepte die Basis professionellen Handelns.

Das **bio-psycho-soziale Modell**, welches von den Wissenschaftlern Engel, Schwartz und Weiss in den 1980er Jahren ausgearbeitet, ergänzt und propagiert wurde, beschreibt ein gesundheits- und krankheitstheoretisches Konzept [5]. Dieses geht davon aus, dass biologische (z.B. Prädispositionen), psychologische (z.B. Coping Mechanismen, Resilienz) und soziale (z.B. soziale Integration, Umfeld) Systemebenen in dynamischer Wechselwirkung miteinander stehen und somit die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und Krankheit maßgeblich bestimmen [4, 5]. Dieses Konzept vereint substanzielle Betrachtungsweisen und gilt als über Fachdisziplinen hinweg anerkannte Erweiterung der rein biomedizinischen Krankheitstheorie, welche pathogene und salutogene Einflussfaktoren zu erklären versucht [6, 7]. Basierend auf diesem Ansatz wurde 2001 die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) von der World Health Organization (WHO) veröffentlicht. Gemäß der WHO Definition erfasst die ICF in einheitlicher und standardisierter Sprache Einschränkungen und Ressourcen eines Menschen unter Berücksichtigung bio-psycho-sozialer Kontextfaktoren und ist eine mehrachsige, monohierarchische Klassifikation bestehend aus numerischen Codes [8]. Die (Neu-) Gestaltung des SGB IX und die daraus resultierende Einschätzung des Rehabilitations- und Teilhabebedarfs (z.B. durch die Deutsche Rentenversicherung) wurde maßgeblich von der ICF beeinflusst. Dieses Instrument ist sehr umfassend und komplex und findet in der klinischen Praxis nach aktuellem Wissensstand kaum Anwendung.

Die **Person-in-Environment Perspektive** beschäftigt sich übergeordnet mit der Analyse der Wechselwirkungen zwischen dem Menschen und seiner (un-) mittelbaren Umwelt. Dies betrifft sowohl die Mikro- (familiäre Dimension), Meso- (soziales Netzwerk, Gemeinde, Infrastruktur) also auch die Makroebene (Historie, Gesellschaft, Kultur, Politik)[4, 9]. Wird dieser Ansatz im Beratungssetting umgesetzt, muss die klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie konsequent auf allen drei Ebenen intervenieren und den Bezug zum Individuum und seiner gesundheitlichen Lage herstellen.

Das **Modell der Salutogenese** beschreibt Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beitragen. Gesundheit wird durch den Theoriebegründer Aaron Antonovsky als Kontinuum definiert (Gesundheit-Krankheits-Kontinuum)[4]. Krankheit wird als

normaler Bestandteil des Lebens definiert und jeder Mensch ist mit unterschiedlichen Widerstandsressourcen zur Bewältigung ausgestattet, die er im Laufe seines Lebens erwirbt. Zentraler Aspekt für die Aufrechterhaltung von Gesundheit ist die tief verankerte Überzeugung und Zuversicht, dass das eigene Leben verstehbar, sinnvoll und zu bewältigen ist (Kohärenzgefühl) [4, 10]. Ein Teilaspekt des sozialarbeiterischen Arbeitsauftrages kann es sein, das Kohärenzgefühl von Patienten zu reflektieren, analysieren und unterstützend tätig zu werden, um dieses Gefühl positiv zu beeinflussen.

Die sozialen Bedingungen und Positionen und daraus resultierenden Ressourcen und Lebensverhältnisse, in denen Menschen leben, untersucht in der Soziologie das **Konzept der Lebenslagen** [11]. Eine Lebenslage wird in der Theorie als individueller Handlungsspielraum definiert, welcher durch strukturelle und individuell nicht veränderbare Charakteristika das Leben bestimmt. Diese Lebenslagen werden aus sozialen, ökonomischen und kulturellen Dimensionen gebildet. Unter Einbeziehung von beispielsweise Familien-, Einkommens- und Beschäftigungssituation, Bildungsstand und des psychosozialen Belastungsniveaus entstehen variierende Zugänge zu Ressourcen und Mitteln, die eine Befriedigung von menschlichen Bedürfnissen ermöglichen [4, 11, 12]. Hieraus resultiert häufig soziale Ungleichheit, welche wiederum eng mit der gesundheitlichen Situation verknüpft ist.

Soziale Schicht und psychische Erkrankungen

Der sozioökonomische Status (engl. socio-economic-status; SES) wird in der Literatur als Bündelung verschiedener sozialer Merkmale verstanden und wird über die Determinanten Bildungsniveau, Beruf und Einkommen definiert [13]. Die soziale Schicht, also die Einteilung der Gesellschaft in Klassen oder Schichten, spiegelt die soziale Position des Individuums innerhalb der klassen- und schichttheoretischen Konstrukte wider [13]. Beide Kategorisierungen werden häufig zusammenhängend betrachtet und nahezu synonym verwendet. Die Ergebnisse nationaler und internationaler Studien geben deutliche Hinweise auf den Zusammenhang zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status/sozialer Schicht und dem Auftreten und der Chronifizierung von (schweren) psychischen Erkrankungen [14-17]. Umfassende epidemiologische Untersuchungen zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen wurden in Deutschland erstmalig 1998/1999 mit dem Bundesgesundheitsurvey (BGS98) und dem Zusatzsurvey „psychische Störungen“ durchgeführt. 2012 wurde vom Robert-Koch-Institut eine weitere „Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland“

(DEGS1), erneut mit einem Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), beendet [18]. In beiden Studien lässt sich eine komparable 12- Monatsprävalenz von ca. 30% für alle psychischen Erkrankungen feststellen [19]. Angststörungen, affektive Störungen (insbesondere unipolare Depressionen) und Störungen durch Substanzkonsum (Alkohol und Medikamente) waren im Querschnitt die am häufigsten dokumentierten psychischen Erkrankungen. Bezogen auf den sozioökonomischen Status, zeigte sich eine höhere 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen innerhalb der unteren sozialen Schicht im Vergleich zum mittleren bis hohen SES [19]. Ein niedriger sozioökonomischer Status ist, neben den vordefinierten Einschränkungen in den Bereichen Bildung, Beruf und Einkommen, mit weiteren sozialen Nachteilen verbunden:

- Materielle Benachteiligung (Mangelversorgung mit Gütern des täglichen Gebrauchs, Sicherung des Lebensunterhalts)
- Eingeschränkte Teilhabemöglichkeiten (aufgrund von limitierten finanziellen Mittel ist die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben deutlich beeinträchtigt)
- Erhöhtes psychosoziales Stressniveau (prekäre Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit, soziale Exklusion, Existenzängste, Einsamkeit, Zukunftsängste, Hoffnungslosigkeit, Isolation)
- Ungleicher Zugang zu Ressourcen (psychische und körperlicher Gesundheit, Bildung)

Basierend auf den vorgestellten sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Theorien und Konzepten wird die Ausgangslage, der lebensweltliche Kontext und die individuellen Charakteristika des Patienten analysiert, beurteilt und multidimensional eingeordnet. Dies erfolgt im gesamten Beratungsverlauf während der klinisch-psychiatrischen Behandlung.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in der Regel auf mehreren Ebenen in ihrer Teilhabe eingeschränkt und belastet, woraus komplexe psychosoziale Hilfebedarfe resultieren.

1.1.2.2 Definition psychosozialer Hilfebedarf

Der Begriff „psychosozialer Hilfebedarf“ beschreibt die Notwendigkeit von psychologischer und sozialer Unterstützung, bezogen auf unterschiedliche Lebensbereiche und -situationen eines Menschen.

Schwere psychische Erkrankungen sind besonders häufig mit Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Armut, Einsamkeit und Isolation assoziiert [20-23]. Soziale Multiproblemlagen können auslösende und aufrechterhaltende Faktoren für psychische Erkrankungen sein und stehen in dysfunktionaler Wechselwirkung miteinander [24, 25].

Die wiederkehrende Diskussion darüber, ob eine niedriger SES ursächlich für psychische Erkrankungen ist (soziale Stimulans) oder ob das Vorhandensein psychischer Erkrankungen zu weniger erfolgreicher Teilhabe an Bildung und Arbeit führt (soziale Selektion) ist bisher nicht abschließend geklärt. Es lassen sich jedoch Tendenzen zugunsten der Theorie der sozialen Verursachung feststellen. So konnten Lorant und Kollegen in einer Metaanalyse zum Zusammenhang von SES und Depression herausfinden, dass Personen mit einem niedrigen SES ein höheres Risiko haben, persistierend depressiv zu werden [26].

Die sozialen und psychischen Dimensionen von Problemlagen, aber auch von Ressourcen, sind eng miteinander verwoben. Hieraus ergeben sich unterschiedliche Einschränkungsniveaus, welche wiederum mit einem unterschiedlich hohen Maß an Unterstützungsbedarf einhergehen. Soziale Multiproblemlagen, wie z.B. Einsamkeit, prekäre Wohn- und Lebensbedingungen und der Mangel an sozialen Kontakten sind zudem häufig für die vermehrte Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems verantwortlich [27, 28]. Innerhalb der akutpsychiatrischen Versorgung müssen Hilfebedarfsdimensionen und die damit verbundenen Teilhabeeinschränkungen multiperspektivisch erfasst werden, um nachfolgend eine adäquate psychosoziale Hilfeplanung ableiten zu können.

1.1.2.3 Prozessstrukturen und Methodenspektrum

Wie eingangs erwähnt, werden die Entwicklung und das Auftreten von psychischen Erkrankungen multidimensional (bio-psycho-sozial) eingeordnet. Entsprechend hält die akutpsychiatrische Versorgung multiprofessionelle Behandlungsoptionen vor. Ergänzend zu ärztlichen und psychotherapeutischen Therapieangeboten, hält die klinische Sozialarbeit eigenständige Diagnoseverfahren und ein vielfältiges psychosoziales Interventionsrepertoire bereit, um Hilfebedarfen und sozialen Problemlagen adäquat begegnen zu können. Diese Methoden und Verfahren können in eine übergeordnete Prozessstruktur eingeordnet werden. Sommerfeld und Kollegen sprechen in mehreren Veröffentlichungen von einer „idealtypischen Struktur professionellen sozialarbeiterischen Handelns in der Psychiatrie...“ und beschreiben einen sozialtherapeutischen Case Management Ansatz [29, S.217]. Hierbei wird der Fokus auf die Übertragung von der Case Management Struktur auf die Strukturierung des sozialarbeiterischen Arbeitsprozesses gelegt. Die Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management definiert Case Management als kooperativen Prozess oder Verfahrensweise mit der die Versorgung einer bestimmten Patientengruppe bedarfsgerecht, effizient und strukturiert gesteuert wird [30]. Das Verfahren ist eine Methode und ein Konzept zugleich und kann in verschiedenen Arbeitsfeldern und Organisationsebenen eingesetzt werden (z.B. Sozial- und Gesundheitswesen, Versicherungswesen, Pflege, Soziale Arbeit, Migrationsberatung). Case Management (CM) kann auf Einzelfallebene als Unterstützungs- oder Fallmanagement (Erstellung und Koordination eines individuellen Behandlungsplans) und auf Systemebene als Systemmanagement (z.B. Belegungsmanagement) angewendet werden. CM ist auf Individualebene in 6 Prozessschritte unterteilt (Access, Assessment, Serviceplanung, Linking, Monitoring, Evaluation), welche als Regelkreislauf aufgebaut sind. So ist es möglich, flexibel auf die Bedarfe und den Entwicklungsprozess zu reagieren und Anpassungen vorzunehmen (z.B. Nachsteuerung in der Serviceplanung, wenn im Monitoring Probleme auftauchen) [30, 31]. Im psychiatrischen Kontext werden international verschiedene Formen des (intensive) Case Managements in unterschiedlichen Versorgungskontexten angewendet.

Zumeist finden die Modelle im ambulanten Sektor und im multiprofessionellen Team Anwendung um schwer psychisch erkrankte Menschen aufsuchend, nachgehend und bedarfsgerecht in der häuslichen Umgebung zu behandeln. In Deutschland gibt es nur vereinzelt Versorgungsangebote, in denen CM-Modelle integriert sind (z.B. Integrierte Versorgung

nach dem Hamburger Modell [32]). Für die klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie lassen sich spezifische Methoden den einzelnen CM-Prozessschritten zuordnen (vgl. hierzu Tab.1.).

Case Management Prozessschritte	Methoden			Psychosoziale Beratung
Access	Alle Patienten der Versorgungseinheit			
Kontaktaufnahme mit Adressaten (<i>und Überprüfung der Angemessenheit von CM</i>)				
Assessment	Psychosoziale Diagnostik			
Multiperspektivische, standardisierte und systematische Bedarfserhebung und Klärung der Lebens- und Versorgungssituation (Ressourcen und Probleme)				
Planung	Soziale Einzelfallhilfe	Multiperspektivische Fallarbeit	Netzwerkarbeit Empowerment	
Festlegung der Ziele und notwendigen Unterstützungsleistungen				
Linking				
Vermittlung adäquater Leistungen und Maßnahmen				
Monitoring				
Sicherung, Prüfung und Bewertung der Leistung sowie ggfs. Veränderung oder Anpassung der Leistung an den Bedarf (dynamischer Hilfebedarf)				
Evaluation				
Bewertung und Abschluss (<i>des CM- Prozesses</i>)				

Tabelle 1: CM-Prozessschritte und sozialpädagogische Methoden
eigene Darstellung (angelehnt an das Case Management Manual, RECOVER [31])

Methodenspektrum

Im nachfolgenden Abschnitt werden die genannten Methoden aus Tab.1 dargestellt und abschließend in Zusammenhang mit dem Versorgungsauftrag der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie gesetzt.

Die Psychosoziale Beratung bildet das Kernelement der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie und umfasst übergeordnet alle in Tab. 1 dargestellten Prozessschritte. Gemäß der Definition von Gahleitner lassen sich folgenden Ziele psychosozialer Beratung bestimmen [33]:

- Verbesserung der Lebensbewältigung und -gestaltung
- Verbesserung der Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung
- Stärkung der psychosozialen Gesundheit und der Orientierung in der individuellen Lebenswelt und im Lebensumfeld

Die Psychosoziale Beratung ist immer eingebettet in institutionelle, (sozial-)rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen innerhalb derer Aufgaben und Probleme kontextbezogen und subjektorientiert bearbeitet werden [4]. Im Kontext der klinisch-psychiatrischen Versorgung ist das Beratungssetting allzu häufig eingebettet in dem Spannungsfeld zwischen der adäquaten Begegnung patientenindividueller Bedarfe und den Ökonomisierungsprozessen des Gesundheitssystems. Einerseits besteht der professionsspezifische Anspruch eine qualitativ hochwertige, klientenzentrierte und bedarfsgerechte Hilfeplanung zu gestalten. Andererseits ist ein steigender Entlassungsdruck zu verzeichnen, welcher aufgrund von fehlenden nahtlosen poststationären Versorgungsmöglichkeiten häufig Versorgungsabbrüche zur Folge hat und den Drehtüreffekt fördert.

In der klinischen **psychosozialen Diagnostik** geht es in erster Linie um die möglichst globale Erfassung komplexer Lebens- und Problemlagen und vorhandener Ressourcen, welche im konkreten lebensweltlichen Kontext einzuordnen sind. Laut Geißler-Piltz und Kollegen kann von einer „...Mehrebenenendiagnostik, die grundsätzlich interventionsorientiert ist“ gesprochen werden [34, S.103]. Soziale Diagnostik und im Speziellen die psychosoziale Diagnostik unterliegt einem bestimmten fachlichen Selbstverständnis und theoretischen Konzepten. Sie ist eingebunden in den (psychosozialen) Beratungsverlauf und kann als eigener

Mikroprozess betrachtet werden [4]. Der psychosoziale Diagnostikprozess ist in vier Merkmalsausrichtungen unterteilt [35]:

- die partizipative Orientierung (dialogisch, beteiligungsfördernd)
- die sozialökologische Orientierung (infrastrukturbezogen, interaktionsbezogen)
- die mehrperspektivische Orientierung (multidimensional, biografisch) und
- die reflexive Orientierung (falsifikatorisch, informationsanalytisch)

Die verschiedenen diagnostischen Grundorientierungen lassen sich übergeordnet in drei Konzepte psychosozialer Diagnostik zusammenfassen. Die **Orientierungsdiagnostik** zielt auf ein möglichst umfassendes „Assessment“ ab, welches sowohl die Problemlagen als auch die vorhandenen Hilfestrukturen (personale und externe Ressourcen) abbildet [35]. Die für die **Beschlussdiagnostik** gesammelten Informationen bilden die Grundlage für terminierte verwaltungsrechtliche Entscheidungen mit mittel- oder langfristiger Wirkung (z.B. Inobhutnahme, Strafmaßhöhe eines jugendlichen Straftäters, Bewilligung von Leistungen nach SGB IX). Die **Gestaltungsdiagnostik** beschreibt die inhaltliche und fachliche Vorgehensweise innerhalb des Rahmens, den die Beschlussdiagnostik vorgibt.

Je nach diagnostischem Ansatz, Beratungskontext und „Fallkonstellation“ kommen unterschiedliche Instrumente zum Einsatz. Allen gemeinsam ist das grundlegende diagnostische Fallverstehen, welches aus Anamnese, Diagnose, Intervention und Evaluation besteht. Entscheidend für den gesamten Diagnostik- und Interventionsprozess ist die umfassende Bedarfserhebung innerhalb der Anamnese.

Die **Soziale Einzelfallhilfe** beschreibt eine klassische Methode der Sozialen Arbeit und stellt das Individuum mit seinen persönlichen Unterstützungsbedarf mit einer oder mehreren definierten Problemlagen in den Mittelpunkt. Innerhalb des Hilfeprozesses sollen übergeordnet die individuelle Handlungsfähigkeit und Problemlösekompetenz gestärkt werden, sodass Anpassungsleistungen langfristig besser gelingen können [36].

Der Ansatz der **multiperspektivischen Fallarbeit** erweitert den sozialpädagogischen Bezugsrahmen auf die am Einzelfall beteiligte und fallbezogenen Ebenen [36]. Durch die Einnahme verschiedener Perspektiven („Fall von“, „Fall für“, „Fall mit“) wird die Einordnung des „Falls“ auf Mikro-, Meso-, und Makroebene ermöglicht (Stellung innerhalb des unmittelbaren sozialen Gefüges, Erfassung des Netzwerks und der Unterstützungsleistungen, sozialrechtliche und sozialökonomische Bedarfe und Anspruchsvoraussetzungen).

Die **Netzwerkarbeit** beschreibt den Aufbau und die Förderung individueller (sozialer) Netzwerke, welche, vor allem in Krisenzeiten als wichtige Ressource zur Bewältigung von Notlagen, aktiviert werden können. Ziel der Netzwerkarbeit ist es, Betroffene dabei zu unterstützen soziale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten um somit langfristig eine größere Unabhängigkeit vom Hilfesystem herzustellen [37].

Der Begriff **Empowerment** definiert weniger eine spezifische Methode sozialpädagogischen Handelns als vielmehr eine Haltung oder einen Teil der professionellen Berufsidentität. Dieses Konzept zielt darauf ab, die Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenz von Menschen zu fördern und Prozesse der Selbstorganisation sowie gemeinsamen (politischen) Organisation zu unterstützen [36].

Die klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie als Fachsozialarbeit nimmt im Rahmen der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen eigene Behandlungs- und Beratungsaufgaben wahr. Basierend auf einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses und unter Einbezug lebensweltspezifischen Charakteristika werden Problemlagen und Ressourcen eingeordnet. Unter Zuhilfenahme von psychosozialen Diagnostikverfahren, Beratung und sozialtherapeutischen Methoden soll die Lebenssituation des Menschen im Kontext ihrer individuellen Lebenswelt verbessert werden. Übergeordnete Leitziele sind in diesem Zusammenhang die Befähigung zur selbstständigen Lebensführung, die Förderung von Inklusion, gewaltfreien Lebensbedingungen und der Zugang zu Bildung, Gesundheit und sozialer Sicherung. Dies impliziert eine konsequente Subjektorientierung und die systematische Berücksichtigung sozialer Kontextfaktoren.

In der Gesamtschau muss die Sozialarbeit die Wechselwirkungen zwischen der individuellen und gesellschaftlichen Ebene mit den jeweils zugrundeliegenden Konzepten und die Rolle des Individuums innerhalb dieser Systeme reflektieren, um dem Versorgungsauftrag mehrdimensional und adäquat begegnen zu können (vgl. hierzu Abb.1.).

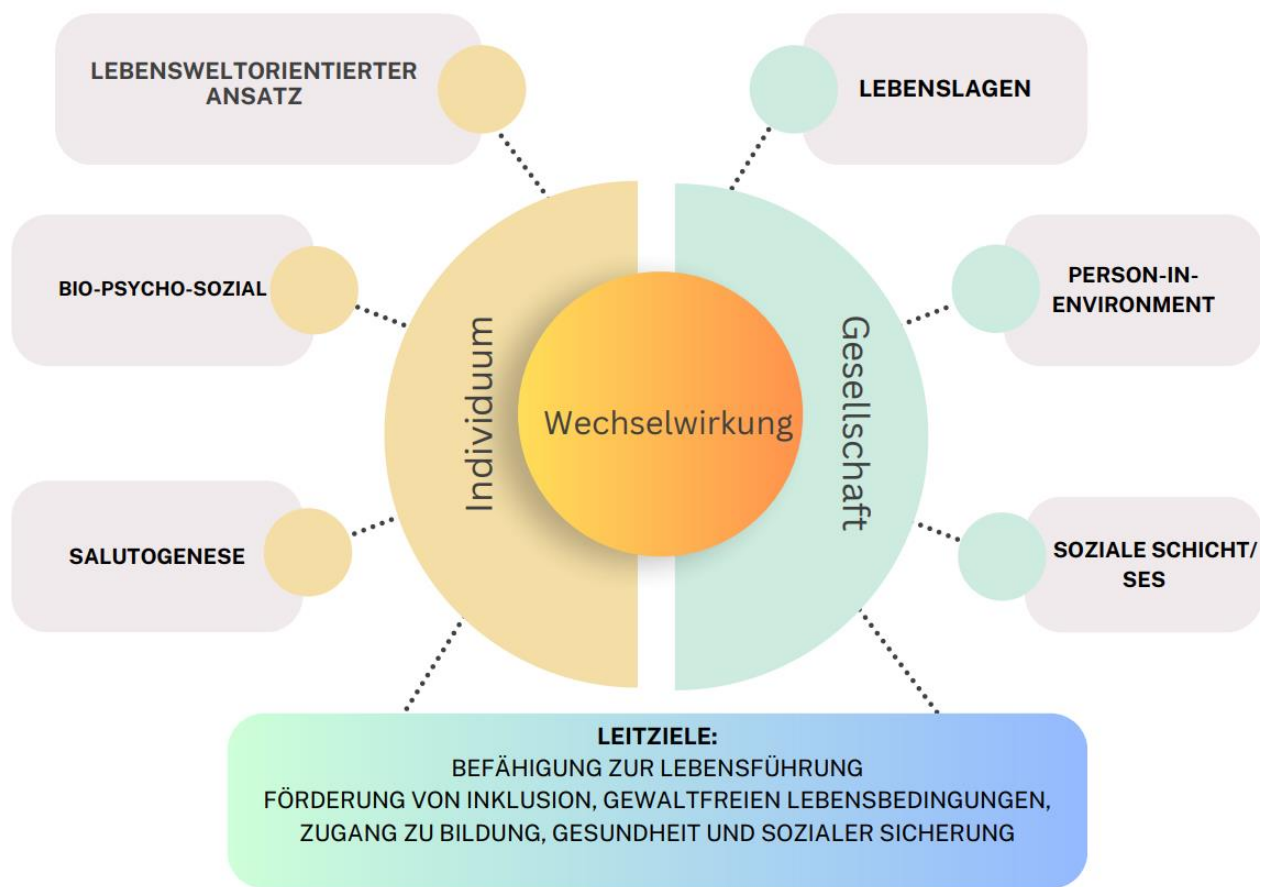


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen Individuum und Gesellschaft. Eigene Darstellung.

1.1.2.4 Limitationen

Soziale Arbeit, insbesondere als Fachsozialarbeit im klinisch-psychiatrischen Kontext, ist in Prozess- und Behandlungsstrukturen eingebettet, die organisationsspezifisch vorgegeben sind. Entsprechend dieser vorgegebenen Rahmenbedingungen müssen Arbeitsorganisation, -durchführung und -abschluss so gestaltet sein, dass sie effizient und gleichzeitig adressatengerecht sind. Für den klinischen Behandlungskontext ergibt sich das Spannungsfeld der sinkenden Verweildauern mit entsprechender Arbeitsverdichtung (für alle Berufsgruppen) und dem berufsethischen Selbstverständnis bedarfsgerechte und individuell passende Unterstützungsleistungen zu initiieren.

Bevor jedoch eine Behandlungsplanung erstellt werden kann, muss die Ausgangslage und der Unterstützungsbedarf erhoben werden. Für die Krankenhausversorgung hat der

Gesetzgeber, zunächst berufsgruppenunspezifisch, das Entlassungsmanagement in §39 Abs.1a SGB V vorgeschrieben. Gemäß dieses Paragraphen sollen, mit Hilfe eines geeigneten Assessments, patientenindividuelle Bedarfe frühzeitig erfasst und in den Behandlungsplan integriert werden [38]. Wie ein „geeignetes Assessment“ gestaltet sein soll oder in welcher Form „frühzeitig“ terminiert ist, definiert der Gesetzgeber nicht.

Im ambulanten Bereich, beispielsweise im Wirkungsbereich des SGB IX, ist der Einsatz von Bedarfserhebungsinstrumenten gesetzlich vorgeschrieben (vgl. §§118, 121 SGB IX).

Betrachtet man den voll- oder teilstationären Behandlungsrahmen, insbesondere die akut-psychiatrische Versorgung, sind solche gesetzlichen Vorgaben zur (psychosozialen) Bedarfserfassung nicht zu finden. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) veröffentlichte 2011 eine „Fachkonzeption Soziale Arbeit in der Psychiatrie“ in der Prozessschritte, Aufgaben und Ziele der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie beschrieben sind [39]. Der Sozialdienst soll „...im Verlauf den individuellen Hilfebedarf des Patienten“ ermitteln. Im Rahmen der Einzelfallhilfe werden die „...Auseinandersetzung mit der aktuellen Konflikt-/Problemlage sowie...die Erhebung von Sozialanamnesen...“ als Grundlagen definiert [39,S.4]. In dieser Fachkonzeption wird zwar eine Methode (soziale Einzelfallhilfe) explizit benannt und empfohlen, aber die konkrete Ausgestaltung und das Vorgehen im Anamneseprozess und das weitere diagnostische Verfahren bleiben undefiniert. Die Informationsbeschaffung und -verarbeitung und nachfolgende Interventionsplanung unterliegen also der sozialarbeiterischen Hoheit und den individuellen Kompetenzen. Im klinischen Kontext lässt sich, gerade bei Berufsanfängern, eine hohe Motivation verzeichnen aus den Vollen des sozialarbeiterischen Methodenspektrums zu schöpfen. Bezogen auf den Anamneseprozess scheitert die Umsetzung jedoch häufig aufgrund der spezifischen Rahmenbedingungen (Zeitdruck, hohe Patientenanzahl, etc.) und aufgrund des Mangels an Instrumenten, die kontextspezifisch zur psychosozialen Bedarfserhebung eingesetzt werden können. Entsprechend erfolgt die patientenindividuelle Bedarfserhebung zum Großteil nicht standardisiert und nach eigenem Ermessen der einzelnen Sozialdienst Mitarbeiter. Um dieses Defizit zu schließen ist ein neues Instrument erforderlich.

1.2 Zielsetzung

Pathogene psychosoziale Lebensbedingungen können das Auftreten und die Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen fördern und umgekehrt gehen psychische Erkrankungen häufig mit sozialen Multiproblemlagen einher [25, 40, 41]. Innerhalb der klinisch-psychiatrischen Versorgung steht die Sozialarbeit vor vielfältigen Herausforderungen. Die steigende Arbeitsverdichtung durch verkürzte Verweildauern, das fehlende Schnittstellenmanagement beim Übergang in den ambulanten Versorgungssektor und die wachsenden gesellschaftlichen Probleme (Wohnungsnot, Inflation) verändern das Anforderungsprofil an den klinischen Sozialdienst. Vor diesem Hintergrund ist eine strukturierte Arbeitsweise, die eine möglichst umfassende Beurteilung vorliegender Problemlagen zum Ziel hat von wesentlicher Bedeutung. Aufgrund mangelnder adäquater Instrumente, die für den Einsatz im klinischen Bereich geeignet sind und gleichzeitiger Notwendigkeit einer standardisierten Erfassung von psychosozialen Hilfebedarfen, befasst sich die vorliegende Arbeit mit der Entwicklung und Erprobung eines Screening Instrumentes zur psychosozialen Hilfebedarfserhebung (PSH-7) im Rahmen der akutpsychiatrischen Versorgung.

Der Fragebogen zur Psychosozialen Hilfebedarfserhebung (PSH-7) zielt auf die Unterscheidung von Patienten, bei denen im stationären Versorgungsverlauf vermutlich kein psychosoziales Risikoprofil zu erwarten ist und sich somit kein besonderer psychosozialer Hilfebedarf ergibt, von den Patienten, bei denen patientenrelevante psychosoziale Ereignisse zu erwarten sind, die unmittelbar die Alltagsfunktionsfähigkeit der Patienten, die Sicherstellung einer ambulanten Weiterbehandlung, die gesellschaftliche Teilhabe, die soziale Integration und nicht zuletzt die Existenzsicherung betreffen. Dies soll eine frühzeitige und gezielte Intervention in den identifizierten Problembereichen ermöglichen. Mittel- und langfristig können dadurch der Behandlungserfolg sowie Erkrankungsverlauf positiv beeinflusst werden und soziale Notlagen verhindert oder abgemildert werden. Die Validierung des Fragebogens dient somit der Verbesserung der psychosozialen Diagnostik und der Pfadeinleitung von gezielten und sofortigen Maßnahmen durch den Sozialdienst der stationären Einrichtung selbst, aber auch der geplanten Überleitung in bedarfsgerechte weiterführende ambulante Hilfen. Durch die strukturierte und systematische Erfassung der Hilfebedarfe wird sichergestellt, dass Bedarfe als solche erkannt und abgebildet werden können, die andernfalls im Alltag in den Hintergrund geraten wären. Hierdurch kann die Steigerung der Versorgungsqualität und der Behandlungsergebnisse erzielt werden.

Manuskript I untersuchte etablierte Instrumente zur psychosozialen Bedarfserhebung hinsichtlich ihrer Eignung auf vordefinierte Kriterien, die ein Screening-Instrument für den Einsatz im akutpsychiatrischen Behandlungssetting erfüllen muss. Diese Kriterien umfassten die Frage nach der Universalität (Systematisierung und Standardisierung), Ressourcenschonung, Vollständigkeit und Patientenorientierung.

Manuskript II präsentiert die Ergebnisse der Pilotstudie, in der die psychosozialen Hilfebedarfe von psychiatrischen Patienten erhoben und quantitativ und qualitativ untersucht wurden. Das neu entwickelte Screening-Instrument (PSH-7) wurde auf dessen Eignung hinsichtlich der vordefinierten Kriterien aus der vorangegangenen Veröffentlichung und auf Praxistauglichkeit überprüft. Folgende Fragestellungen wurden mit Hilfe eines mixed-methods Studiendesigns untersucht:

F1. Welche psychosozialen Hilfebedarfe haben Patienten zu Beginn der Behandlung (t1)?

F1a: Bestehen Zusammenhänge zwischen dem Hilfebedarf zum Zeitpunkt t1 und den soziodemografischen Faktoren, GAF, CGI und der Diagnose?

F2. Wie unterscheiden sich die Hilfebedarfe von Beginn der Behandlung (t1) im akutpsychiatrischen Setting im Vergleich zu 4 Wochen später (t2)?

F3. Eignet sich das Selbstbeurteilungsinstrument PSH-7 zur Einschätzung des Hilfebedarfs?

F4. Wie kann eine bedarfsgerechte Unterstützung nach der Entlassung aus der psychiatrischen Akutbehandlung gefördert werden?

1.3 Material und Methode

1.3.1 Manuskript I

Wills C. Die standardisierte Erfassung psychosozialer Hilfebedarfe innerhalb der psychiatrischen Akutbehandlung im sozialpädagogischen Beratungskontext. Psychiatr Prax 2024. doi:10.1055/a-2229-7919

Im Vorfeld der Entwicklung des PSH-7 wurde eine umfassende Literaturrecherche zu national und international etablierten Instrumenten zur psychosozialen Bedarfs- oder Bedürfniserhebung durchgeführt. Mit Hilfe des PICO-Schemas wurde eine Suchstrategie erarbeitet, welche dann in den gängigen wissenschaftlichen Datenbanken PubMed/Medline, Psynex und DZI SoLit angewendet wurde. Ergänzt wurde die Recherche mit Google Scholar und spezifischer, sozialpädagogischer Fachliteratur zum Thema „soziale Diagnostik“. Zusätzlich wurden die Literaturlisten der so selektierten Artikel gescreent und die in PubMed vorgeschlagenen „ähnlichen Artikel“ einer weiteren Analyse unterzogen. Die Auswahl der Literatur erfolgte auf Basis von zwei Oberkategorien: Psychische Erkrankung und (psychosozialer) Hilfebedarf. Die gemäß des PICO-Schemas kategorisierten Begriffe unter den Clustern „Intervention“ und „Outcome“, wurden der Oberkategorie „Psychosozialer Hilfebedarf“ zugeordnet. Das Cluster „Population“ wurde der Oberkategorie „Psychische Erkrankung“ zugeordnet. Hieraus wurden 11 Instrumente identifiziert, welche im Anschluss einer umfassenden Analyse unterzogen wurden. Sie wurden tabellarisch sortiert und untersucht nach: Inhalt, Einsatzgebiet, Selbst- oder Fremdrating, Anzahl der Items und Domänen, Vorliegen einer deutschen Übersetzung, Validierung, Skalierung und Cut-Off. Abschließend erfolgte die Überprüfung der inhaltlichen Passung der Instrumente entlang der Kategorien der Universalität (Systematisierung und Standardisierung), Ressourcenschonung, Vollständigkeit (soziale Hilfebedarfsdimensionen) und Patientenorientierung.

1.3.2 Manuskript II

Wills, C. Die Entwicklung und Erprobung eines Screening- Instruments zur psychosozialen Bedarfserhebung innerhalb der akutpsychiatrischen Versorgung, Psychiatr Prax 2024 (zur Veröffentlichung angenommen)

Instrumentenentwicklung

Das theoretische Konstrukt des PSH-7 wurde aus den Kernelementen oben genannter gesundheitstheoretische und lebensweltorientierte Rahmenkonzepte (vgl. hierzu Kapitel 1.1.2.1) und sozialpädagogischem Expertenwissen konstruiert. Hieraus wurden nachfolgend 7 Lebensbereiche kategorisiert, die potenziell problembelastet sein können. Im zweiten Schritt wurden bereits etablierte Instrumente zur Erfassung des psychosozialen Hilfebedarfs analysiert. Die dort verwendeten Hilfebedarfsdimensionen wurden mit denen des PSH-7 abgeglichen und auf Vollständigkeit überprüft. Ergänzend hierzu wurden die Z-Diagnosen den einzelnen Kategorien zugeordnet. Der so entwickelte Screeningbogen wurde in einem zweistufigen Korrekturverfahren zunächst innerhalb einer Gruppe aus Sozialarbeitern und anschließend in einem multiprofessionellen Team (inkl. der Perspektive der Genesungsbegleitung) auf Vollständigkeit, Praktikabilität und Verständlichkeit überprüft. Die finalisierte Version des PSH-7 beinhaltet 7 Domänen mit 30 Items und einem Freitextfeld zur Ergänzung von nicht genannten Problemen. Die Items sind mit „zutreffend“ und „kein Bedarf“ zu beantworten. Zur Überprüfung der Praktikabilität, Verständlichkeit und klinischen Relevanz erfolgte vor Beginn der Pilotstudie ein 4-wöchiger Pre-Test. Hieraus ergaben sich keine Änderungen oder Ergänzungen. Der PSH-7 konnte somit im ersten Schritt als inhaltsvalides und akzeptiertes Verfahren bewertet werden.

Studiendesign und Datenerhebung

In der Querschnittstudie (Pilotstudie) wurden die psychosozialen Hilfebedarfe von akutpsychiatrisch behandelten Patienten in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf erhoben. Die Datenerhebung erfolgte mithilfe quantitativer und qualitativer Methoden. Die Stichprobengröße wurde mittels einer a priori Poweranalyse berechnet. Die Analyse (Power von $1-\beta = .80$ und Alpha-Fehler- Niveau von $\alpha = .05$, mittlere Effektstärke Cohens $f^2 = 0.15$) ergab eine Gesamtstichprobe von $N=92$ Versuchspersonen. Die Datenerhebung erfolgte an zwei Messzeitpunkten: t_1 bei Aufnahme am festgelegten Stichtag und t_2 : 4 Wochen nach Aufnahme. Erhoben wurden die soziodemografischen Daten (Alter, Geschlecht), die Krankheitsschwere, das allgemeine Funktionsniveau,

die F-Diagnose(n) und die Z-Diagnose(n) durch den aufnehmenden Arzt oder Psychologen. Parallel hierzu erhielten die eingeschlossenen Probanden den PSH-7. Zum Zeitpunkt t2 wurde ein teilstrukturiertes Patienteninterview durchgeführt und der PSH-7 erneut ausgegeben.

Messinstrumente

Das allgemeine Funktionsniveau wurde mit der GAF- Skala (Global Assessment of functioning) erfasst. Psychische, soziale und berufliche Funktionsbeeinträchtigungen werden auf einer Skala von 1-100 kodiert (1= ständige Selbst- oder Fremdgefährdung, 100=sehr gute Leistungsfähigkeit, keine Symptome) [42]. Die Krankheitsschwere wurde mit Hilfe der CGI-S Skala (Clinical Global Impression Scale of Severity) erfasst. Basierend auf einer 7 Punkte Skalierung (1=nicht krank, 7= sehr schwer krank) misst sie die Krankheitsschwere zum aktuellen Zeitpunkt [43]. Beide Skalenwerte wurden in Cluster eingeteilt (vgl. Tab.2).

GAF	100-61	60-51	50-30	≤ 30
	Max. leichte Beeinträchtigungen	Mittelschwere Beeinträchtigungen	Schwere Einschränkungen	Sehr schwere Einschränkungen
CGI-S	1-4		5-7	
	Leicht bis mittelschwer erkrankt		Schwer bis sehr schwer erkrankt	

Tabelle 2: Cluster GAF und CGI-S Skala, eigene Darstellung.

Auswertung

Im Rahmen der quantitativen Datenauswertung wurden deskriptiv-statistische Verfahren über Häufigkeiten und Mittelwerte (mit Standardabweichung) und eine univariate Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Der qualitative Datensatz wurde mit MAXQDA 2022 (VERBI Software 2021) inhaltsanalytisch bearbeitet. Es erfolgte eine induktive und deduktive Kategorienbildung entlang der Interviewleitfragen.

1.4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse beider Publikationen zusammengefasst dargestellt. Unterkapitel 1.4.1 beschreibt die Eignung der etablierten Instrumente zur psychosozialen Bedarfserhebung in Hinblick auf oben genannte vordefinierte Kategorien und Abschnitt 1.4.2 ergänzt dieses Kapitel mit den Resultaten der Pilotstudie zur Erfassung der psychosozialen Hilfebedarfe innerhalb der akutpsychiatrischen Versorgung. Aufgrund des Studiendesigns findet hier eine Unterteilung der Ergebnisse in eine quantitative und in eine qualitative Kategorie statt.

1.4.1 Manuskript I

Es ließen sich insgesamt 11 potenziell nutzbare Instrumente zur psychosozialen Bedarfserhebung identifizieren. Die Ausprägung der Instrumente reicht von einem Screening-Instrument [44] bis hin zu umfassenden Bedarfsanalyseinstrumenten [45], die zusätzliche Diagnostikinstrumente enthalten [46]. Die Einsatzgebiete erstrecken sich vom gemeinde- und sozialpsychiatrischen Kontext über den ambulanten, voll- und teilstationären Versorgungsbereich bis hin zum psychiatrischen Forschungsspektrum. 10 Instrumente sind validiert, 5 sind ins Deutsche übersetzt und stellen sowohl ein Selbst- als auch ein Fremdbeurteilung zur Verfügung. Mehr oder weniger konsistent werden alle relevanten Lebensbereiche nach möglichen Hilfebedarfen abgefragt (Wohnen, Arbeit, Finanzen, rechtliche Situation, Tagesstruktur, Ernährung, Hygiene, Schulden, Kinderversorgung, soziale Kontakte, Mobilität). Darüber hinaus werden in allen Instrumenten auch psychologische und medizinische Problemlagen erhoben. So zum Beispiel der Umgang mit der Erkrankung, Symptombelastung, Selbst- und Fremdgefährdung, die Einnahme von Medikamenten oder Drogen und Sexualität. Ein Großteil der Instrumente wurden angelehnt an oder basierend auf dem Camberwell Assessment of Needs (CAN) entwickelt. Es ist ein weit verbreitetes und gut validiertes Instrument, welches in viele Sprachen übersetzt zusätzlich in einer Kurz- und Patientenversion verfügbar ist [47]. Laut Autoren ist der CAN in vielfältigen Arbeits- und Forschungskontexten einsetzbar und wird häufig dazu genutzt, andere Bedarfserhebungsinstrumente zu validieren [44, 45, 47-49].

1.4.2 Manuskript II

Nachfolgend werden zunächst die Ergebnisse der quantitativen Datenerhebung dargestellt. Zum Zeitpunkt t1 wurden die Daten von N=84 Patienten erhoben. Eine detaillierte Beschreibung der klinischen und soziodemografischen Charakteristika ist Manuskript II zu entnehmen. Folgende Fragestellungen wurden deskriptivstatistisch ausgewertet:

***F1:** Welche psychosozialen Bedarfe haben Patienten zu Beginn der Behandlung (t1)?*

***F1a:** Bestehen Zusammenhänge zwischen dem Hilfebedarf zum Zeitpunkt t1 und den soziodemografischen Faktoren, GAF, CGI und der Diagnose?*

***F2:** Wie unterscheiden sich die Hilfebedarfe von t1 zu t2?*

Die Daten zur **Fragestellung F1** wurden deskriptiv ausgewertet und den Kategorien des PSH-7 zugeordnet (vgl. Tab. 3). Items, die mehr als 25% der Befragten als potenziell problembelastet beschrieben haben, sind farblich markiert.

Hilfebedarfe zu t1	N	%
Beschäftigung/Arbeit		
drohende Kündigung	3	3,6%
Arbeitslosigkeit	24	28,6%
Konflikte am Arbeitsplatz	16	19,0%
Wohnsituation		
drohender Wohnungsverlust	5	6,0%
Obdachlosigkeit	2	2,4%
Unstimmigkeiten mit den Nachbarn	4	4,8%
Wohnungspflege (Sauberkeit)	18	21,4%
Bewohnbarkeit (Strom, Wasser, Ausstattung, ausreichend Wohnraum, Telefon/Internet)	7	8,3%
Materielle Absicherung/rechtliche Situation		
Lohnersatzleistung, Bezug oder Beantragung (z.B. ALG I/II, Krankengeld, Rente)	18	21,4%
Schulden/ Pfändungen	7	8,3%
gesetzliche Betreuung	4	4,8%
Einteilung monatl. Einnahmen (Rechnungen bezahlen/ mit Geld auskommen)	15	17,9%
Laufende Verfahren	3	3,6%
Teilhabe am gesell. Leben		
Fehlende soziale Kontakte	32	38,1%
Isolation/ Einsamkeit	42	50,0%
Probleme im Zusammenhang mit Migration	5	6,0%
Hobbies	34	40,5%
Mobilität	5	6,0%
Persönliche Beziehung/Kontaktgestaltung		
Partnerschaft	27	32,1%
Familie	31	36,9%
Soziales Netz	20	23,8%
Versorgung minderjähriger Angehöriger	5	6,0%
Selbstversorgung/körperliche Gesundheit		
Selbstversorgung (Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Trinken, angemessene Ernährung)	30	35,7%
Unbehandelte körperliche Erkrankungen	7	8,3%
Körperpflege/Kleidung	6	7,1%
Fehlende Tagesstruktur	41	48,8%
Inanspruchnahme von Hilfen		
Probleme mit der Beantragung von Hilfen	21	25,0%
Fehlender Zugang zu Unterstützungsangeboten	12	14,3%
Bestehende Hilfen werden nicht genutzt oder als nicht hilfreich angesehen	8	9,5%
<i>Gesamt</i>	<i>84</i>	<i>100,0%</i>

Tabelle 3: Anzahl der Hilfebedarfe zu t1

Zur Überprüfung des Einflusses soziodemografischer (Alter, Geschlecht) und klinischer (GAF, CGI-S, F-Diagnose) Faktoren auf die Anzahl der Hilfebedarfe (Fragestellung F1a), wurden eine univariate Varianzanalyse (ANOVA), ein Tukey Post-hoc Test und die Mittelwerte berechnet (vgl. Tab. 4, 5, 6). Die Ergebnisse der ANOVA zeigen, dass Alter, Geschlecht, der Schweregrad der Erkrankung und die Art der Hauptdiagnose keinen Einfluss auf die Anzahl der Hilfebedarfe haben. Ein signifikanter Zusammenhang ist zwischen dem allgemeinen Funktionsniveau (GAF) und der Anzahl der Hilfebedarfe zu erkennen. Der Tukey post-hoc Test zeigt einen signifikanten Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl der Hilfebedarfe zwischen den Gruppen mit einem sehr niedrigen und einem sehr hohen GAF-Wert (vgl. Tab. 5).

	df	F	<i>p</i>
GAF	3	3,533	,019
CGI-S	1	,509	,478
Alter	1	,488	,487
Geschlecht	1	,759	,387
F- Diagnose	3	,578	,632
Df=degrees of freedom, <i>p</i> =signifikant bei < .05			

Tabelle 4: Ergebnisse ANOVA

GAF	GAF	Mittelwertdif- ferenz	SD	<i>p</i>	95% Konfidenzintervall für Differenz	
					Unter- grenze	Ober- grenze
61-100	51-60	-1,702	2,218	,445	-6,127	2,723
	31-50	-1,820	2,347	,441	-6,504	2,863
	kleiner 30	-5,423*	2,524	,035	-10,460	-,387
51-60	61-100	1,702	2,218	,445	-2,723	6,127
	31-50	-,118	1,136	,917	-2,385	2,148
	kleiner 30	-3,721*	1,430	,011	-6,575	-,868
31-50	61-100	1,820	2,347	,441	-2,863	6,504
	51-60	,118	1,136	,917	-2,148	2,385
	kleiner 30	-3,603*	1,192	,004	-5,981	-1,225
kleiner 30	61-100	5,423*	2,524	,035	,387	10,460
	51-60	3,721*	1,430	,011	,868	6,575
	31-50	3,603*	1,192	,004	1,225	5,981

*. Die Mittelwertdifferenz ist in Stufe .05 signifikant. SD= Standardabweichung, *p*=signifikant bei < .05

Tabelle 5: Ergebnisse Tukey Post-hoc Test für GAF-Werte

	<i>M</i>	<i>SD</i>	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
GAF-Wert				
61-100	3,486	2,034	-,573	7,545
51-60	5,188	,842	3,507	6,869
31-50	5,306	,864	3,581	7,031
kleiner 30	8,909	1,214	6,487	11,332
CGI-S				
1-4	6,204	1,067	4,075	8,334
5-7	5,240	,784	3,676	6,805
Hauptdiagnose				
F 20-29	6,243	1,368	3,512	8,974
F 30-39	4,995	,843	3,313	6,677
F 40-49	5,242	,883	3,480	7,004
F 60-69	6,409	1,138	4,138	8,681

Tabelle 6: Mittelwerte der Hilfebedarfe für GAF, CGI und F- Diagnose

Zur Beantwortung der Frage nach der Veränderung des Hilfebedarfs (F2) von t1 zu t2 wurde ein Mittelwertsvergleich berechnet. Hierzu wurden die vollständigen Studieneinschlüsse $n=37$ herangezogen. Die Berechnungen ergaben, dass der Hilfebedarf um eine halbe Einheit gesunken ist (vgl. Tab. 7).

	N	M	SD
Anzahl der Hilfebedarfe t1	37	5,6757	3,82284
Anzahl der Hilfebedarfe t2	37	5,1892	3,93586

Tabelle 7: Einstichproben t-test für Hilfebedarfe t1 zu t2

Qualitative Ergebnisse

In nachfolgendem Abschnitt werden die Ergebnisse der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse berichtet. Aus dem Transkriptmaterial wurden induktive und deduktive Kategorie gebildet. Es wurden Subcode-Statistiken und Code-Häufigkeiten berechnet und in Absolut-Nennungen (Wert in Klammern) wiedergegeben. In Unterabschnitt I und II werden die Ergebnisse der Fragestellungen QualF1 und QualF3 als induktive Kategorien dargestellt. In Unterabschnitt III werden die Ergebnisse der Fragestellung QualF2 als deduktive Kategorien beschrieben.

QualF1: *Wie hat sich ihr sozialer Hilfebedarf vom Zeitpunkt der Aufnahme bis jetzt entwickelt?*

QualF2: *In welchem Lebensbereich(en) haben Sie aktuell Unterstützungsbedarf?*

QualF3: *Was benötigen Sie, um ihre sozialen Problemlagen auch nach dem stationären Aufenthalt angemessen und langfristig zu lösen?*

I. Induktive Kategorienbildung zur Fragestellung nach der Veränderung des Hilfebedarfs von t1 zu t2 (QualF1)

Unter der Oberkategorie „Veränderung Hilfebedarf“ subsummieren sich drei Unterkategorien: Vermehrter Hilfebedarf, verringerter Hilfebedarf und gleichgebliebener Hilfebedarf. N=36 Probanden konnten vollständig in die Studie eingeschlossen werden. 23 Probanden gaben an, dass ihr Hilfebedarf gleichgeblieben sei, bei 10 habe er sich verringert, bei 2 habe er sich vermehrt und eine Person machte keine Angaben.

II. Induktive Kategorienbildung zur Fragestellung der nachstationären Unterstützungsmöglichkeiten (QualF3)

Die Gesamtdarstellung der gebildeten Kategorie und Sub-Codes finden sich als Abbildung 7. im Anhang. Die Probanden wurden im Interview danach gefragt, was sie benötigen, um ihre sozialen Problemlagen langfristig und selbstständig lösen zu können. Die Antworten wurden unter der Überschrift „poststationäre Unterstützungsleistungen“ kategorisiert (vgl. Abb. 2). Folgende Kategorie konnten aus den Antworten der Probanden gebildet werden:

- **Wohnraum (1)**
- **Unklare Unterstützung (6)** (z.B. Unklarheit darüber, was überhaupt helfen könnte)
- **Struktur (8)** (z.B. Tagesstruktur)
- **Institutionelle Unterstützung (27)** (z.B. Beratungsstellen, ambulante Hilfen)
- **informelle Unterstützung/soziales (4)** (z.B. Hilfe durch Freunde/Familie)
- **Eigenverantwortung (4)** (Erreichen von Zielen durch mehr Verantwortungsübernahme)

Die Kategorie mit den meisten Nennungen („institutionelle Unterstützung“) wurde einer genaueren Analyse unterzogen, woraus sich folgende Items ergaben: Ansprechpartner ambulant undefiniert (13), Psychotherapie (13), Beratungsstelle (5), medizinische Versorgung (2), Assistenz in der Sozialpsychiatrie (ASP) (1), Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi) (1) und überbrückendes Angebot (1) (vgl. Abb.3).

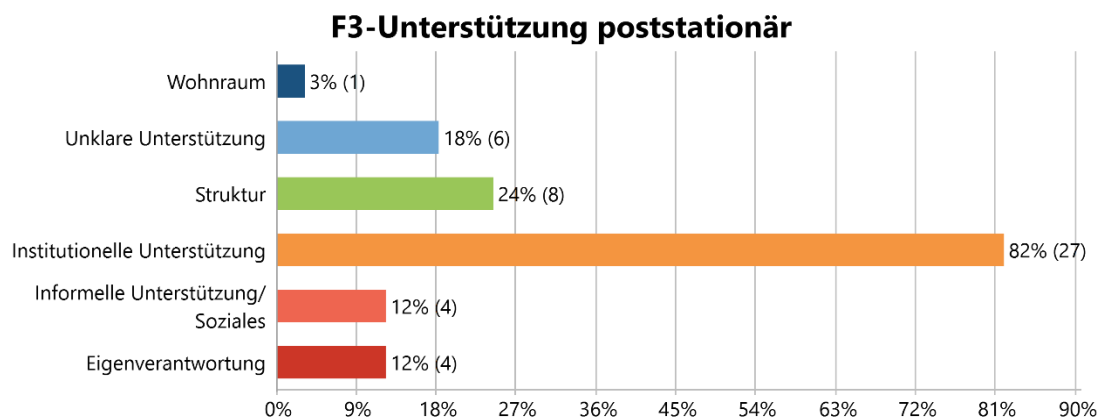


Abbildung 2: Kategorien zum poststationären Unterstützungsbedarf QualF3

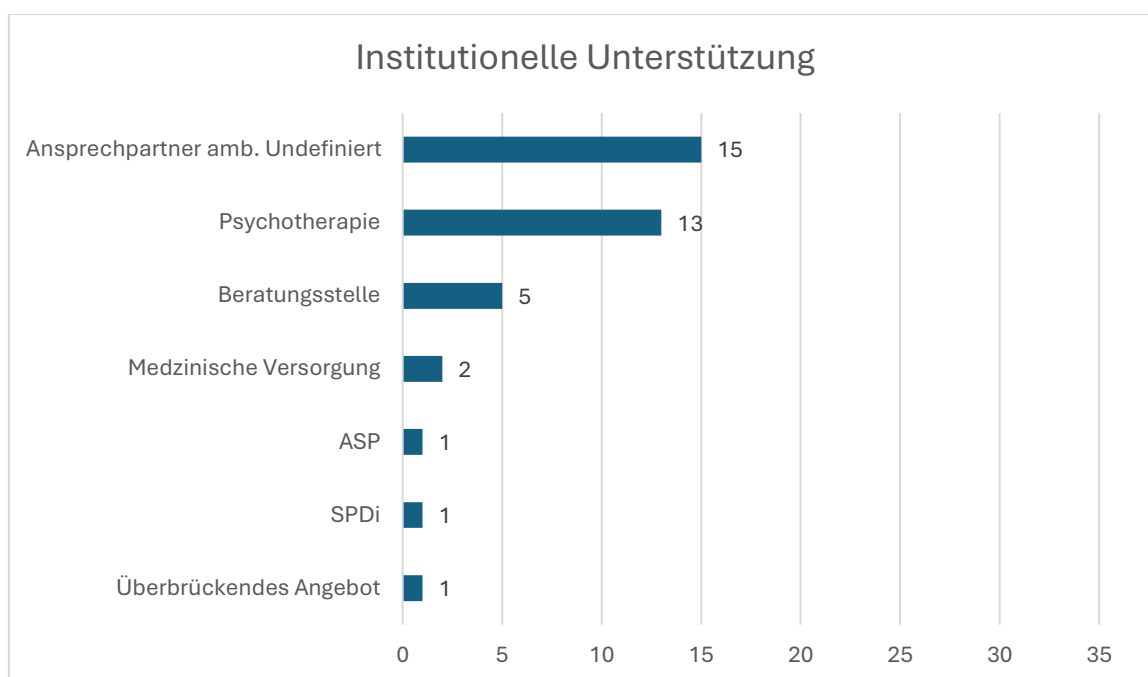


Abbildung 3: Unterkategorien zu „Institutionelle Unterstützung“

III. Deduktive Kategorienbildung zur Fragestellung nach dem aktuellen Unterstützungsbedarf (QualF2)

Alle, zu t2 mittels Interviews erfassten Hilfebedarfe wurden den Kategorien des PSH-7 zugeordnet. Alle Hilfebedarfe, die keiner Kategorie sinnvoll zugeordnet werden konnten, wurden unter „Sonstiges“ zusammengefasst. In Abbildung 4. sind die Kategorien des PSH-7 nach Häufigkeit der Nennungen sortiert dargestellt. Eine detaillierte Darstellung aller dem PSH-7 zugeordneten Subcodes findet sich im Anhang (vgl. Tab.8.).

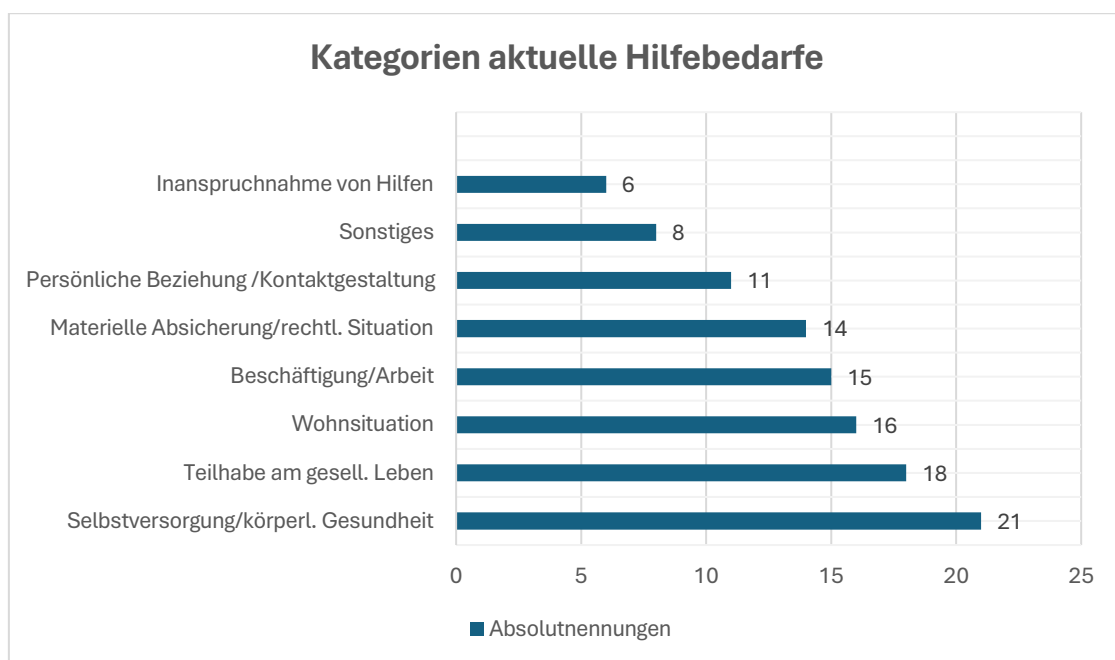


Abbildung 4: Kategorien der aktuellen Hilfebedarfe zu QualF2

1.5 Diskussion und Schlussfolgerung

1.5.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse aus Manuskript I und II

Psychosoziale Hilfe- und Unterstützungsbedarfe sind wichtige patientenindividuelle Versorgungsaufträge, denen in der akutpsychiatrischen Behandlung adäquat begegnet werden muss. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen leiden signifikant häufiger unter schweren psychosozialen Einschränkungen in unterschiedlichen Teilhabebereichen [20, 50, 51]. Isolation, Einsamkeit, Arbeitslosigkeit und die damit einhergehende fehlende Tagesstruktur beschreiben zum einen Lebensbereiche, die häufig problembelastet sind, aber auch vice versa wichtige Ressourcenquellen, die sich, sofern sie zugänglich sind, gesundheitsförderlich auswirken können. Die Soziale Arbeit hat in diesem Zusammenhang den Auftrag Hilfebedarfe und Ressourcen umfänglich zu erfassen, in den lebensweltlichen Kontext einzuordnen, adäquate Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten und Versorgungsleistungen sektorenübergreifend zu koordinieren, sodass initiierte Maßnahmen ihre Wirkung entfalten können. Die Notwendigkeit einer strukturierten Vorgehensweise ergibt sich zum einen aus der vielfältigen Angebotslandschaft und den komplexen Versorgungsstrukturen als auch aus den einzigartigen und individuellen Versorgungsbedarfen der Patienten.

Manuskript I untersuchte vorhandene und etablierte Instrumente zur psychosozialen Bedarfshebung hinsichtlich deren Eignung zur Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellung nach der Umsetzung einer systematischen, standardisierten, ressourcenschonenden, vollständigen und patientenorientierten Bedarfserhebung innerhalb der akutpsychiatrischen Versorgung. Nach umfangreichen Analysen der vorhandenen Instrumente entlang der vordefinierten Kriterien, konnten die untersuchten Instrumente für die vorliegende Fragestellung als nicht zweckmäßig eingestuft werden. Die Analyse zeigte, dass die Instrumente nicht geeignet sind, weil in den meisten Fällen keine Version eines Patientenfragebogens existiert, sie zu umfangreich (häufig mehrseitig und in Teilen auch ergänzt durch andere Diagnostikinstrumente) und dadurch ressourcenintensiv in der Bearbeitung sind und nicht alle notwendigen Lebens- und Teilhabebereiche abgefragt werden. Zusätzlich werden häufig medizinische oder psychologische Informationen (z.B. Medikation, Symptome) erhoben, die nicht vorrangig relevant für den vorliegenden Kontext sind. Dies lässt sich am Beispiel des Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule- Patient (CANSAS-P) 2nd edition verdeutlichen [52]. Die Abfrage der Sexualität, des Zugangs zu digitalen Kommunikationsmitteln oder die Einschätzung zur Mobilität sind nicht vorrangig relevant für die

Risikoeinschätzung des psychosozialen Hilfebedarfs. Die Skalierung der Bedarfe ist ebenfalls ungeeignet für den vorliegenden Versorgungskontext, da nur eine binäre Ausprägung eine Handlungsrelevanz impliziert. So ist z.B. das Vorliegen von Lohnersatz- oder Sozialleistungen und der damit verbundene Krankenversicherungsschutz im ersten Schritt handlungsleitend. Die Abwesenheit dieser Leistungen hätte eine akute Handlungsnotwendigkeit zur Folge.

	No need	Met need	Unmet need	I don't want answer
12.Alcohol <i>Does drinking cause you any problems?</i>	☐	☐	☐	☐
13.Drugs <i>Do you take any drugs that aren't prescribed?</i>	☐	☐	☐	☐
14.Company <i>Are you happy with your social life?</i>	☐	☐	☐	☐
15.Intimate relationships <i>Do you have a partner?</i>	☐	☐	☐	☐
16.Sexual Expression <i>How is your sex life?</i>	☐	☐	☐	☐
17.Dependents <i>Do you have any dependents, e.g. children under 18?</i>	☐	☐	☐	☐
18.Basic Education <i>Do you have any difficulty in reading, writing or understanding English?</i>	☐	☐	☐	☐
19.Digital communication <i>Do you have a phone and access to the internet?</i>	☐	☐	☐	☐
20.Transport <i>How do you find using the bus, tram or train?</i>	☐	☐	☐	☐
21.Money <i>How do you find budgeting your money?</i>	☐	☐	☐	☐
22.Benefits <i>Are you getting all the money you are entitled to?</i>	☐	☐	☐	☐

CANSAS-P 2nd edition © Glen Tobias, Mike Slade and Graham Thornicroft 2020.

Downloadable from researchintorecovery.com/can

Abbildung 5: Ausschnitt aus CANSAS-P

Ein Großteil dieser Instrumente wurde für den gemeindepsychiatrischen Versorgungsbereich entwickelt. Innerhalb dieses Versorgungssettings ist die zusätzliche Erfassung von Symptomen und Medikation durchaus relevant, um eine möglichst vollständige individuelle

Ausgangs- und Bedarfslage des Klienten zu erheben. Vereinzelt empfehlen die jeweiligen Autoren auch den Einsatz in Klinik und Forschung [53].

Die Ergebnisse der in Manuskript II dargestellten Querschnittstudie (Pilotstudie) ergänzen den aktuellen Forschungsstand zur dysfunktionalen Interaktion zwischen komplexen psychosozialen Problemlagen und der Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind signifikant häufiger von Einsamkeit und Arbeitslosigkeit betroffen [20, 23, 24]. Einsamkeit, Isolation, fehlende Tagesstruktur und Arbeitslosigkeit ließen sich als Hilfebedarfskategorien identifizieren, die besonders häufig als problembelastet benannt wurden. Darüber hinaus bestätigen die quantitativen Studienergebnisse den bereits bekannten Zusammenhang zwischen psychosozialen Hilfebedarfen und allgemeinem Funktionsniveau [54, 55].

Sowohl die statistischen als auch die qualitativen Befunde zur Frage nach der Veränderung des Hilfebedarfs ergaben, dass sich dieser innerhalb des Messzeitraums nur minimal verändert hat. Betrachtet man die vorwiegend problembelasteten Hilfebedarfskategorien genauer, wird deutlich, dass nur in spezifischen Teilbereichen unmittelbar wirksame Unterstützung geleistet werden kann. Interventionen bezogen auf die materielle Existenzsicherung, z.B. die Installation von Lohnersatzleistungen und/oder dem Herstellen des Krankenversicherungsschutzes sind in der Regel sehr effektiv. Das Erlernen und Umsetzen einer Tagesstruktur, die Wiederherstellung sozialer Verbindungen, das Erlernen einer Verantwortungsübernahme für das eigene Leben und (Re-) Integration in berufliche Strukturen sind Prozesse, die über einen längeren Zeitraum kontinuierlich erarbeitet, geübt und begleitet werden müssen.

Bezüglich des aktuellen Hilfebedarfs weisen die Ergebnisse aus den Interviews Parallelen mit denen der quantitativen Erhebung auf. Die Befragten gaben auch hier einen nahezu gleichgebliebenen Hilfebedarf an. Ebenso ließen sich als Hilfebedarfe mit den häufigsten Nennungen „fehlende Tagesstruktur“ und „Isolation/Einsamkeit“ erfassen. Psychische Erkrankungen gehen häufig mit sozialem Rückzug, verminderter Leistungsfähigkeit und oftmals mit einem Verlust von Beschäftigungsmöglichkeiten einher [20, 50, 51]. Dieser Befund bestätigte sich in den Interviews und war mit ausgeprägtem Belastungserleben seitens der Probanden verbunden.

Der Wunsch der Probanden nach poststationärer Hilfe in Form einer „institutionellen Unterstützung“ spiegelt ein bekanntes Phänomen wider und kann als Indikator der herausfordernden Schnittstellenproblematik zwischen den Sozialgesetzbüchern gedeutet werden. Die Schaffung von Angeboten mit Schnittstellenfunktion kann dabei helfen, Behandlungserfolge zu festigen und Teilhabe zu ermöglichen [4, 56].

Bezugnehmend auf die in Manuskript I herausgearbeiteten Kriterien, erweist sich der PSH-7 als geeignetes Instrument zur Erfassung der psychosozialen Hilfebedarfe.

- Inhaltliche Vollständigkeit → nur zwei Itemergänzungen: Wohn- und Berufsperspektive
- Praktikabilität → max. Bearbeitungsdauer ca. 5min, kann im Rahmen der Aufnahmegeprächs ausgefüllt werden
- Universalität → störungsbildübergreifender Einsatz möglich
- Nutzerfreundlichkeit → verständlich (keine Rückfragen), einfach in der Handhabung

Der PSH-7 soll unter anderem eine schnelle soziale Risikoeinschätzung ermöglichen und die Zeitspanne von Informationserhalt zu Interventionsplanung verkürzen. Ziel ist es, soziale Notlagen möglichst frühzeitig zu erkennen und adäquate Interventionen zu initiieren. Der PSH-7 soll jedoch nicht das sozialarbeiterische Erstgespräch ersetzen. Die Einschätzung des Hilfebedarfs kann durchaus unterschiedlich ausfallen, weswegen ein persönliches Gespräch empfohlen und notwendig ist [57].

In Manuskript I konnte gezeigt werden, dass bereits etablierte und validierte Instrumente zur psychosozialen Bedarfserhebung, aufgrund von mangelnder Passung an die spezifischen Anforderungen des Arbeitsfeldes der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie, nicht hinreichend zur Erfassung der Hilfebedarfe geeignet sind. Es wurde ebenfalls herausgearbeitet, dass es notwendig ist, psychosoziale Multiproblemlagen innerhalb der psychiatrischen Akutversorgung standardisiert und strukturiert zu erfassen. Hier wird ein entsprechendes Defizit zwischen dem Mangel an spezifischen Assessmentinstrumenten und dem Erfordernis einer strukturierten Bedarfserhebung deutlich. Durch die Entwicklung des kontext- und zielgruppenspezifischen Screening-Instruments PSH-7 kann die sozialarbeiterische Prozessstruktur um ein bisher fehlendes Orientierungs- und Risikodiagnostikinstrument ergänzt werden.

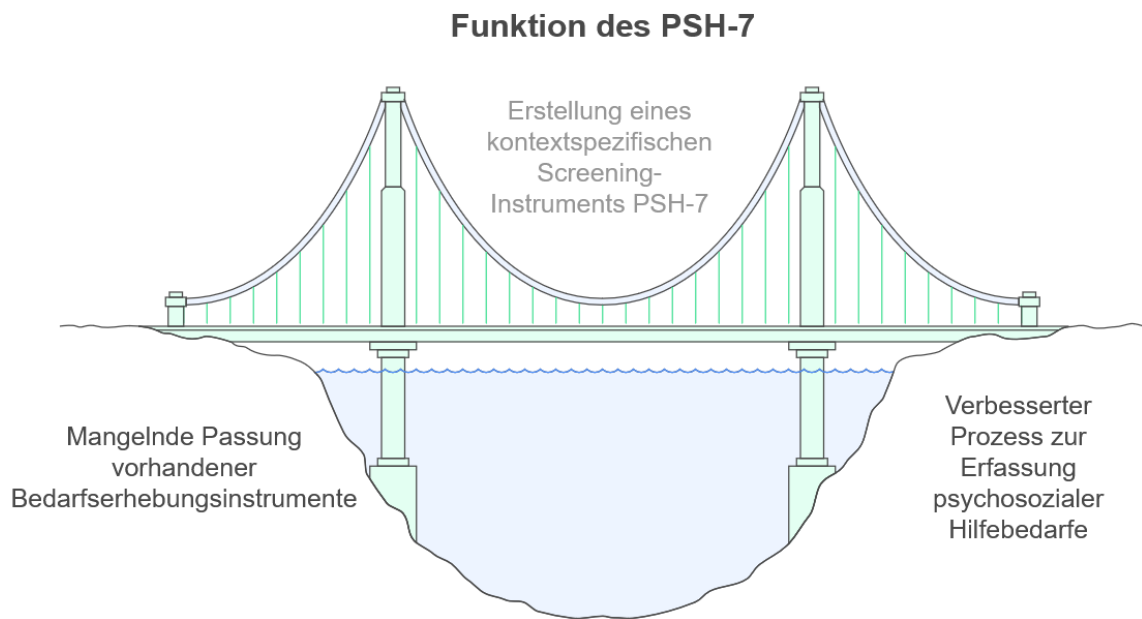


Abbildung 6: Funktion des PSH-7, erstellt mit Napkin.ai

Bezugnehmend auf die in Kapitel 1.1.2.3 dargestellte sozialtherapeutische Case Managementstruktur ist der PSH-7 im Prozessschritt „Assessment“ einzuordnen. Die psychosozialen Hilfebedarfe lassen sich hiermit vollständig ableiten, wodurch eine frühzeitige, präzise, bedarfsgerechte und ressourcenökonomische Interventionsplanung befördert wird. Die qualitativen Ergebnisse aus Manuskript II ergänzen die Einordnung der psychosozialen Hilfebedarfe um die subjektive Patientenperspektive. Durch eine frühzeitige Fokussierung auf die soziale Teilhabe, also die Integration und Anbindung an tagesstrukturierende und lebensweltorientierte ambulante Angebote und eine frühzeitige Perspektivplanung, kann schon während des stationären Aufenthalts eine Brücke in den Alltag des Patienten gebaut werden. Gelingt diese Herstellung einer sektorübergreifenden Versorgungskontinuität können Behandlungserfolge nachhaltig gesichert, die Lebensqualität der Betroffenen verbessert und Teilhabe langfristig ermöglicht werden.

1.5.2 Einschränkungen

Limitationen der vorliegenden Untersuchungen ergeben sich insofern, dass trotz des langen Erhebungszeitraums von 28 Monaten die berechnete Stichprobe von $N=92$ nicht erreicht werden konnte. Zum Zeitpunkt t1 konnten 84 Probanden in die Studie eingeschlossen werden. Innerhalb des Erhebungszeitraums wurde das Erhebungsintervall verändert (von einem Tag im Monat zu einer Woche im Monat) und durch eine intensivere Nachverfolgung durch die Studienleitung ergänzt. Trotz der Anpassungen galten zum Zeitpunkt t2 47 Probanden als Dropout. Es wurden mehr Patienten früher aus der klinischen Behandlung entlassen als bei der Entwicklung des Studiendesigns angenommen. Weiterhin lässt sich keine valide Einschätzung darüber treffen, ob der PSH-7 für Behandlungseinheiten geeignet ist, in denen eine hohe Fluktuation herrscht (z.B. Akut- oder Suchtstation). Trotz intensiver Nachverfolgungsbemühungen konnten auf diesen Stationen nur wenige Rückläufer verzeichnet werden. Im Rahmen der qualitativen Datenerhebung war auffällig, dass viele Patienten der Berufsbezeichnung „Sozialdienst“ oder der „Sozialen Arbeit“ keine korrekte inhaltliche Bedeutung zuordnen konnten. Innerhalb der Interviewsituationen mussten problembezogene Beispiele genannt werden, um das Ziel der Fragestellungen zu verdeutlichen. Einige Patienten hatten z.B. noch keinen Kontakt zum Sozialdienst während ihres Aufenthalts und wussten nicht, wofür der Sozialdienst zuständig ist und wobei dieser unterstützen kann. Entsprechend war es für einige Probanden schwierig, die Fragen nach aktuellen Hilfebedarfen und nachstationärem Unterstützungsbedarf zu beantworten. Einige Probanden hatten zudem Schwierigkeiten professionsspezifische Merkmale und Aufgabengebiete korrekt zuzuordnen. Es war in einigen Fällen notwendig die ärztlichen, psychologischen und sozialarbeiterischen Aufgaben vereinfacht darzustellen (Medikamente, psychische Symptome, Geld/Wohnung/Behörden). Dies war besonders häufig bei jungen Menschen und bei Menschen, die vorher noch nicht mit dem psychiatrischen Versorgungssystem in Berührung gekommen sind, der Fall. Die beispielhafte Darstellung der einzelnen Handlungsfelder kann zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben.

Bei der induktiven und deduktiven Kategorisierung des Interviewmaterials fiel auf, dass der PSH-7 keine Perspektiven abfragte, dies jedoch mehrfach als „aktuelles Problemfeld“ von den Probanden benannt wurde. Entsprechend wurden in der revidierten Version die Items „Berufs- und Wohnperspektive“ ergänzt.

Darüber hinaus kann ergänzt werden, dass für die korrekte und vollständige Erfassung von psychosozialen Hilfebedarfen immer die Mitwirkung der Patienten notwendig ist. Ist die Mitwirkungsfähigkeit oder das Problembewusstsein krankheitsbedingt eingeschränkt, müssen alternative Strategien entwickelt werden. Auffällig war in diesem Zusammenhang der geringe Rücklauf des PSH-7 von der Akutstation. Dies kann zum einem am Studiendesign und zum anderen an der Akuität der Erkrankung liegen. Ein Großteil der Patienten der geschützten Akutstation sind bei Aufnahme nicht in der Lage Fragebögen auszufüllen. Entsprechend könnte eine Erfassung der Hilfebedarfe mittels Screening-Instrument im Behandlungsverlauf sinnvoller sein. Es lässt sich somit keine abschließende Aussage darüber treffen, ob die Erfassung der psychosozialen Hilfebedarfe mit Hilfe des PSH-7 für diese Patientengruppe geeignet ist.

1.5.3 Implikationen für die Versorgungspraxis und Forschung

Aufgrund der kleinen Stichprobe und den daraus resultierenden Einschränkungen, sollte der PSH-7 im nächsten Schritt weiter validiert und in der Praxis erprobt werden. Möglicherweise ist eine gesonderte Betrachtung für Patienten der geschützten Station notwendig, weil die kognitiven Einschränkungen in akuten Krankheitsphasen deutlicher ausgeprägt sein können. Der PSH-7 ist für diese Patientengruppe gegebenenfalls nicht hinreichend verständlich.

Neben der händischen Version des Screening-Instrumentes wäre ein digitales Äquivalent eine sinnvolle ökonomische Alternative. Dies würde eine Ressourcenersparnis im Sinne des Eingabe- und Auswertungsaufwandes auf Seiten der Behandler mit sich bringen.

Der PSH-7 ist ein Novum innerhalb der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie und versteht sich als Reaktion auf die veränderten Arbeitsbedingungen bei gleichzeitiger Sicherstellung höchstmöglicher Versorgungsqualität innerhalb des professionsspezifischen Arbeitsfeldes. Durch die Simplizität des PSH-7 wird eine strukturierte Arbeitsweise gefördert und die konsequente Subjektorientierung wird unterstützt.

Die Soziale Arbeit neigt bisweilen dazu, Komplexität herzustellen und den Fokus auf das Wesentliche zu verlieren. Die klinische Erfahrung in der Sozialarbeit zeigt, dass es Fachkräften teilweise schwerfällt klare Zieldefinitionen herauszuarbeiten und konkrete Handlungsschritte einzuleiten. Es bleibt nicht zu selten bei der ausgedehnten und detaillierten Erfassung vielschichtiger Problemlagen und dem Verharren in emotionaler Resonanz, wodurch

die Erarbeitung und Umsetzung von (eventuell unbequemen) Lösungsstrategien behindert und im schlimmsten Fall verhindert wird. Die handlungsleitenden Maximen wie Empowerment, Hilfe zur Selbsthilfe, Fördern und Fordern und Aktivierung von Veränderungspotenzialen geraten in Anbetracht der Hilflosigkeit gegenüber (welt-) politischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Konflikte allzu häufig in den Hintergrund. Gleichzeitig ist bei der nachwachsenden Fachkräftegeneration sehr viel Innovationspotenzial, Offenheit gegenüber alternativen Versorgungsstrukturen und Engagement zu erkennen. Dies bildet eine gute Grundlage, um die psychosoziale Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen weiter zu verbessern. Die klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie sollte einen eigenen Beitrag zur patienten- und bedarfsorientierten Versorgungsforschung leisten. In diesem Arbeitsfeld liegt ein wertvoller praxisnaher Wissens- und Erfahrungsschatz, der maßgeblich zur Weiterentwicklung von Behandlungsangeboten für psychische Erkrankungen beitragen kann, bisher aber noch viel zu wenig wissenschaftlich untersucht wurde. Die Herausforderung besteht zukünftig darin, eine sehr praxisorientierte Berufsgruppe für einen wissenschaftlichen Feldzugang zu gewinnen und zu befähigen, das eigene Berufsfeld aus einer anderen Perspektive zu betrachten und weiterzuentwickeln.

2. Literaturverzeichnis

1. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.. Online- Atlas "Hilfen der Gemeindepsychiatrie", Bonn [online im Internet] URL: <https://dvgp.mapcms.de/> [Stand: 17.11.2023, 15:20].
2. Gahleitner SB, Pauls H. Klinische Sozialarbeit. In: Lexikon Socialnet. Bonn [Online im Internet] URL: <https://www.socialnet.de/lexikon/640> [Stand: 26.7.2024, 17:00] 2019
3. Thiersch H, Grunwald K, Köngeter S. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole W, Hrsg. Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012: 175-196. doi:10.1007/978-3-531-94311-4_7
4. Bischof J, Deimel D, Walther C et al. Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch: utb GmbH; 2022
5. Egger J. Das biopsychosoziale Modell. Bulletin des Médecins Suisses 2018. doi:10.4414/bms.2018.06861. doi:10.4414/bms.2018.06861
6. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136. doi:10.1126/science.847460
7. Egger J. Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell. 2015: 53-83. doi:10.1007/978-3-658-06803-5_3
8. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ICF. Bonn [online im Internet] URL: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html, [Stand 12.08.2024, 10:43] 2024
9. Fehr R. Ökologische und humanökologische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden 2020 doi:[10.17623/BZGA:Q4-i082-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i082-2.0)
10. Faltermaier T. Salutogenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023 doi:[10.17623/BZGA:Q4-i104-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i104-3.0)
11. Kolip P. Lebenslagen und Lebensphasen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention.

- Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. doi:[10.17623/BZGA:Q4-i071-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i071-2.0)
12. Sellach B, Enders-Dragässer U, Libuda-Köster A. Geschlechtsspezifische Besonderheiten der Zeitverwendung - Zeitstrukturierung im theoretischen Konzept des Lebenslagen-Ansatzes. In: Bundesamt S, Hrsg. Alltag in Deutschland : Analysen zur Zeitverwendung; Beiträge zur Ergebniskonferenz der Zeitbudgeterhebung 2001/02 am 16/17 Februar 2004 in Wiesbaden; 2004
 13. Ditton H, Maaz K. Sozioökonomischer Status und soziale Ungleichheit. In: Reinders H, Ditton H, Gräsel C et al., Hrsg. Empirische Bildungsforschung: Gegenstandsbereiche. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011: 193-208. doi:10.1007/978-3-531-93021-3_17
 14. Fryers T, Melzer D, Jenkins R et al. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; 1: 14. doi:10.1186/1745-0179-1-14
 15. Miech RA, Caspi A, Moffitt TE et al. Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood. American Journal of Sociology 1999; 104: 1096-1131. doi:10.1086/210137
 16. Lampert T, Schneider S, Klose M et al. Schichtspezifische Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen. Public Health Forum 2005; 13: 7-8. doi:10.1055/s-2005-920623
 17. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950010008002
 18. Gößwald A, Lange M, Kamtsiuris P et al. DEGS: German Health Interview and Examination Survey for Adults. A nationwide cross-sectional and longitudinal study within the framework of health monitoring conducted by the Robert Koch Institute. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2012; 55: 775-780
 19. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. Psychische störungen in der allgemeinbevölkerung. Nervenarzt 2014; 85: 77-87

20. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 337-349. doi:10.1007/s00127-004-0762-4
21. Mernyi L, Hölzle P, Hamann J. Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 197-205. doi:10.1055/s-0043-101901
22. Bäuml J, Baur B, Brönnert M et al. Die SEEWOLF-Studie: Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag; 2017
23. Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS et al. Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2013; 48: 5-13. doi:10.1007/s00127-012-0515-8
24. Domènech-Abella J, Mundó J, Haro JM et al. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *J Affect Disord* 2019; 246: 82-88. doi:10.1016/j.jad.2018.12.043
25. Homfeldt HG, Sting S. Soziale Arbeit und Gesundheit: eine Einführung: Reinhardt; 2006
26. Lorant V, Deliège D, Eaton W et al. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 98-112. doi:10.1093/aje/kwf182
27. Kent S, Yellowlees P. The Relationship between Social Factors and Frequent Use of Psychiatric Services. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 1995; 29: 403-408. doi:10.3109/00048679509064947
28. Kent S, Yellowlees P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45: 347-350. doi:10.1176/ps.45.4.347
29. Sommerfeld P, Dällenbach R, Rügger C et al. Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Springer VS Wiesbaden; 2016. doi:10.1007/978-3-658-11617-0
30. Management DGfCuC, GmbH mV. Case Management Leitlinien: Rahmenempfehlung, Standards und ethische Grundlagen: medhochzwei; 2020
31. Wills C, Kraft V, Lauterbach B et al. Case Management: Grundlagen und Organisation in RECOVER. UKE 2020
32. Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F et al. Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen.

- Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2015; 58: 408-419. doi:10.1007/s00103-015-2123-8
33. Gahleitner SB. Psychosoziale Beratung. In: Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e V, Hrsg. Fachlexikon der Sozialen Arbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; 2011. doi:10.5771/9783748911784
 34. Geissler-Piltz B, Mühlum A, Pauls H. Klinische Sozialarbeit: UTB GmbH; 2005
 35. Heiner M. Psychosoziale Diagnostik. In: Otto HU, Thiersch, H. ed, Handbuch Sozialarbeit/ Sozialpädagogik. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag; 2005: 254-265
 36. Galuske M. Methoden der Sozialen Arbeit: Eine Einführung: Beltz Juventa; 2013
 37. Friedrich S. Arbeit mit Netzwerken. In: Möbius T, Friedrich S, Hrsg. Ressourcenorientiert Arbeiten: Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010: 63-105. doi:10.1007/978-3-531-92380-2_5
 38. Bundesministerium für Gesundheit. Entlassmanagement. Bonn [online im Internet] URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html>; [Stand: 20.11.22, 16:55]
 39. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. Fachkonzeption Soziale Arbeit in der Psychiatrie. [online m Internet] URL: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Themen/Handlungsfelder/Psychiatrie/DVSG-Fachkonzeption-Psychiatrie-2011.pdf; [Stand: 22.12.24, 12:05] 2011
 40. Richter D. Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften; 2003. doi:10.1486/9783884143513
 41. Adebisi MO, Mosaku SK, Irinoye OO et al. Socio-demographic and clinical factors associated with relapse in mental illness. International Journal of Africa Nursing Sciences 2018; 8: 149-153. doi:10.1016/j.ijans.2018.05.007.
 42. Saß H. Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR: Hogrefe, Verlag für Psychologie; 2003
 43. Guy W. Clinical global impression. Assessment manual for Psychopharmacology 1976. 217-222

44. Trauer T, Tobias G, Slade M. Development and evaluation of a patient-rated version of the Camberwell Assessment of Need short appraisal schedule (CANSAS-P). *Community Ment Health J* 2008; 44: 113-124. doi:10.1007/s10597-007-9101-z
45. de Weert-van Oene GH, Havenaar JM, Schrijvers AJ. Self-assessment of need for help in patients undergoing psychiatric treatment. *Psychiatry Res* 2009; 167: 221-230. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.001
46. Brewin CR, Wing JK. The MRC Needs for Care Assessment: progress and controversies. *Psychol Med* 1993; 23: 837-841. doi:10.1017/s0033291700026325
47. Phelan M, Slade M, Thornicroft G et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 589-595. doi:10.1192/bjp.167.5.589
48. Kilian R, Bernert S, Matschinger H et al. The standardized assessment of the need for treatment and support in severe mental illness: the development and testing of the German version of the Camberwell assessment of Need-EU. *Psychiatr Prax* 2001; 28 Suppl 2: S79-83. doi:10.1055/s-2001-17789
49. Jansson L, Wennström E, Wiesel FA. The Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ): a brief scale to assess needs in clients with long-term mental disabilities. *Nord J Psychiatry* 2005; 59: 465-472. doi:10.1080/08039480500360716
50. Jenkins GT, Janich N, Wu S et al. Social isolation and mental health: Evidence from adults with serious mental illness. In: Educational Publishing Foundation; 2023: 148-155. doi:10.1037/prj0000554
51. Dell NA, Pelham M, Murphy AM. Loneliness and depressive symptoms in middle aged and older adults experiencing serious mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2019; 42: 113-120. doi:10.1037/prj0000347
52. Slade M, Thornicroft G. *Camberwell Assessment of Need*: Cambridge University Press; 2020
53. Wills C. Die standardisierte Erfassung psychosozialer Hilfebedarfe innerhalb der psychiatrischen Akutbehandlung im sozialpädagogischen Beratungskontext. *Psychiatr Prax* 2024. doi:10.1055/a-2229-7919
54. Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R et al. Needs for care of former long-stay-patients living outside of the psychiatric hospital. *Psychiatr Prax* 2006; 33: 23-29. doi:10.1055/s-2004-828385

55. Becker T, Knapp M, Chisholm D et al. Die EPSILON-Studie: Versorgung von Patienten mit Schizophrenie in fünf europäischen Zentren. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of public health 2002; 10: 72-94. doi:10.1007/BF02962494
56. Elisha D, Castle D, Hocking B. Reducing Social Isolation in People with Mental Illness: The role of the Psychiatrist. Australasian Psychiatry 2006; 14: 281-284. doi:10.1080/j.1440-1665.2006.02287.x
57. Slade M, Phelan M, Thornicroft G et al. The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996; 31: 109-113. doi:10.1007/bf00785756

3. Veröffentlichung 1

Artikel online veröffentlicht: 24.01.2024

Übersicht

Thieme

Die standardisierte Erfassung psychosozialer Hilfebedarfe innerhalb der psychiatrischen Akutbehandlung im sozialpädagogischen Beratungskontext

The Standardised Recording of Psychosocial Help Needs within Psychiatric Acute Treatment in a Socio-Educational Counselling Context

Autorinnen/Autoren
Christin Wills

Institute

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Schlüsselwörter

Bedarfserhebung, psychosoziale Diagnostik, psychische Erkrankung, Soziale Arbeit, psychosozialer Dienst

Key words

needs assessment, psychosocial diagnostics, mental illness, social work, psychosocial service

eingereicht 03.10.2023

akzeptiert 14.12.2023

Artikel online veröffentlicht 2024

Bibliografie

Psychiat Prax

DOI 10.1055/a-2229-7919

ISSN 0303-4259

© 2024. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Christin Wills, M.A.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Martinistraße 52

20246 Hamburg

Deutschland

c.wills@uke.de

ZUSAMMENFASSUNG

Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen liegen häufig komplexe soziale Problemlagen vor. Bisher gibt es in der akut-psychiatrischen Versorgung keine systematisierte/standardisierte Erfassung von sozialen Hilfebedarfen. Ein Grund hierfür ist der Mangel an adäquaten Instrumenten und die zunehmende Arbeitsverdichtung. Die Übersichtsarbeit analysiert etablierte Bedarfserhebungsinstrumente hinsichtlich der Eignung zur Bearbeitung der Fragestellung. Es wird deutlich, dass diese Instrumente ungenügend geeignet für eine strukturierte Erfassung des psychosozialen Hilfebedarfs sind. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit für die Entwicklung eines kurzen und standardisierten Instruments zur Erfassung des psychosozialen Hilfebedarfs, welches als Teil der multiprofessionellen Diagnostik innerhalb der psychiatrischen Versorgung eingesetzt werden kann.

ABSTRACT

People with mental illness often have complex social problems. Up to now, there has been no systematised/standardised recording of social assistance needs in acute psychiatric care. One reason for this is the lack of adequate instruments and the increasing workload. The review analyses established needs assessment instruments with regard to their suitability for addressing the question. It becomes clear that these instruments are insufficiently suitable for a structured assessment of the need for psychosocial support. This results in the need for the development of a short and standardised instrument for the assessment of psychosocial support needs, which can be used as part of multiprofessional diagnostics within psychiatric care.

Einleitung

Die Lebensbedingungen von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen sind häufig gekennzeichnet von Einschränkungen in Bereichen der sozialen, materiellen und beruflichen Teilhabe. Diese Personengruppe ist beispielweise besonders häufig von

Obdachlosigkeit, Armut und einer unterdurchschnittlichen Beschäftigungsrate betroffen. Marwaha und Johnson konnten in einer Metaanalyse eine Beschäftigungsrate von ca. 10–20 % bei Menschen mit Schizophrenie im europäischen Raum feststellen [1]. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Mernyi et al. bei einer Befragung

von stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. Nur 21 % von 815 untersuchten Patienten gaben an in einem festen Arbeitsverhältnis zu sein [2]. Auch die Rückfallrate ist signifikant mit soziodemografischen Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Bildungsstatus, Wohnsituation und Medikamenten Compliance verknüpft [3].

Darüber hinaus sind Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrem sozioökonomischen Status schlechter gestellt. In einer Befragung (n = 138) von Gühne et al. gaben ca. 2/3 der Patienten in (teil-)stationärer Behandlung an, über ein monatliches Haushaltseinkommen zu verfügen, das unter dem der Allgemeinbevölkerung angesiedelt ist [4]. Bäuml et al. kamen in der SEEWOLF-Studie von 2017 zu dem Ergebnis, dass 93,3 % der wohnungslosen Menschen im Laufe ihres Lebens unter mindestens einer psychiatrischen Erkrankung leiden [5]. Eine repräsentative Befragung (n = 178) von wohnungslosen Menschen in München von Meller et al. kam zu dem Ergebnis, dass 53,3 % der Männer und 93,7 % der befragten Frauen an mehr als einer psychischen Erkrankung (Lebenszeitprävalenz) litten [6]. Neben Alkohol- und Drogenabhängigkeit traten Erkrankungen aus dem schizophrenen und affektiven Formenkreis am häufigsten auf [6]. Insgesamt lassen sich also zirkuläre Bedingungskonstellationen aus dem sozioökonomischen Status und psychischer Gesundheit feststellen [7, 8]. Psychische Erkrankungen führen häufig zu schwerwiegenden Einschränkungen in allen Teilhabebereichen (Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Finanzen, Sozialleben) und umgekehrt: Einschränkungen in gesellschaftlichen Teilhabebereichen erhöhen die Wahrscheinlichkeit eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Ein hoher sozioökonomischer Status mit beispielsweise guter materieller Absicherung wirkt sich als Schutzfaktor gegen die Entwicklung einer psychischen Erkrankung aus [9]. Folglich wird deutlich, dass die gleichzeitige Behandlung von psychischen Erkrankungen und sozialen Problemlagen (hierunter fallen alle oben genannten Teilhabebereiche) notwendig ist, um die Wechselwirkung zwischen psychischen Krankheitssymptomen und sozialen Problemlagen zu unterbrechen und somit einen möglichst nachhaltigen Behandlungserfolg sicherzustellen. Der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie kommt dementsprechend eine zentrale Rolle in der psychiatrischen Versorgung zu.

Zentrale Aspekte der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie sind die möglichst globale Erfassung der Lebens- und Problemlagen von Patienten und die Einleitung adäquater Unterstützungsmaßnahmen [10]. Je nach Problemfeld können unterschiedlich komplexe (psycho-) soziale oder wirtschaftliche Interventionen notwendig sein.

Im Rahmen einer multiprofessionellen und interdisziplinären Diagnostik und Indikationsstellung ergibt sich die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung der unterschiedlichen Aufgabengebiete und professionsspezifischen Teilbereiche einer psychosozialen Diagnostik. Für den Bereich der klinisch-psychiatrischen Patientenversorgung sind keine standardisierten Instrumente zur Erfassung der psychosozialen Hilfebedarfserhebung und -planung vorhanden. Zudem werden soziale Problemlagen in der Praxis meist von anderen Berufsgruppen (in der Regel durch den zuständigen Arzt/ Psychologen oder die aufnehmende Pflegekraft) erfasst und daraus resultierend sozialarbeiterische Arbeitsaufträge zugewiesen. Hierfür steht nach aktuellem Wissensstand kein daten- oder kriteriengeleitetes Verfahren zur Verfügung und in der Regel verfügen diese Mitarbeiter nicht über das umfangreiche sozialarbeiterische

Fachwissen, um eine adäquate Falleinschätzung mit den zugrundeliegenden Hilfebedarfsdimensionen durchführen zu können. Dieser Aufnahmeprozess und Arbeitsablauf ist entsprechend fehleranfällig (z. B. in Bezug auf Verlust von Informationen) und kann weitreichende Folgen für die Versorgung der Patienten haben. Wird beispielsweise zu spät erkannt, dass die finanzielle Absicherung (z. B. Lohnersatzleistung und damit verbundener Krankenversicherungsschutz) des Patienten nicht gewährleistet ist, kann es zu monetären Einbußen auf Seiten der Klinik (fehlende Übernahme der Behandlungskosten) und existentiellen Notlagen für Patienten nach der Entlassung kommen. Da Ressourcen im klinischen Kontext knapp sind und es kaum die Möglichkeit gibt, allen Patienten eine umfangreiche psychosoziale Diagnostik zukommen zu lassen, empfiehlt es sich, ein basales Screening der Problemlagen dem Erstgespräch bzw. der Interventionsplanung vorzulegen [11]. Dieses kann eine erste Risikoeinschätzung der vorliegenden sozialen Hilfebedarfsdimensionen ermöglichen.

Der komplexe Hilfebedarf schwer psychisch erkrankter Menschen und die daraus resultierenden Teilhabebedarfe, die strukturellen Vorgaben innerhalb des klinischen Entlassungsmanagements [12] und der Versorgungsauftrag der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie [13] machen eine strukturierte Bedarfserhebung notwendig. Die vorliegende Übersichtsarbeit untersucht vorhandene und etablierte Instrumente zur psychosozialen Bedarfserhebung hinsichtlich ihrer Eignung zur Beantwortung folgender Fragestellung: Wie können psychosoziale Hilfebedarfe innerhalb der psychiatrischen Akutbehandlung systematisch, standardisiert, ressourcenschonend, vollständig und patientenorientiert erfasst werden und welche Merkmale muss ein solches Instrument aufweisen?

Methoden

Es wurde nach etablierten Instrumenten zur strukturierten und ressourcensparenden psychosozialen Bedarfserhebung gesucht. Mit Hilfe des PICO- Schemas (► Infobox 1) wurde zunächst eine Suchstrategie erarbeitet, um einen Überblick über etablierte Instrumente zu erhalten.

► Infobox 1: PICO-Schema	
P-Population: psychisch erkrankte Menschen	<i>mentally ill people, people with mental illness, clinical, mental health conditions, severe mental health</i>
I-Intervention: psychosoziale Bedarfserhebung	<i>psychosocial needs assessment, psycho-social, assistance needs, assistance requirements, assessment, clinical need</i>
C-Comparison/control: /	-
O-Outcome:	<i>instrument, tool, questionnaire, schedule, scale</i>
Suchbegriffe: <i>mentally ill people, people with mental illness, clinical, mental health conditions, severe mental health, assessment, need *, psychosocial needs assessment, psycho * social *, assistance needs, assistance requirements, clinical need, tool, questionnaire, instrument, schedule, scale</i>	

Diese Begriffe wurden in unterschiedlichen Kombinationen in den Datenbanken PubMed/Medline, Psynex und DZI SoLit angewendet. Ergänzend hierzu wurde eine Internetrecherche mit Google Scholar und spezifischer Fachliteratur zum Thema „soziale Diagnostik“ und „Soziale Arbeit in der Psychiatrie“ hinzugezogen. Weiterhin wurden die Literaturlisten der relevantesten Artikel gescreent und die in PubMed unter der Kategorie „ähnliche Artikel“ vorgeschlagenen Beiträge überprüft. Die Auswahl der Literatur erfolgte auf Basis von zwei Oberkategorien: Psychische Erkrankung und (psychosozialer) Hilfebedarf. Unter „psychosozialer Hilfebedarf“ wurden Begriffe wie „Ressourcen“, „Probleme“, „Bedürfnisse“, „Bedarf“, „assessment“, „screening“, „assistance“, „need“, „support“, „social“, „sozial“, „social work“ subsumiert. Unter der Kategorie „psychische Erkrankung“ wurden Begriffe wie „severe mental illness“, „mental health“, „psychiatry“, „clinical“, „mentally ill“, „mental health conditions“ zusammengefasst.

Alle Suchergebnisse, die mindestens im Abstract einen Hinweis auf Begriffe wie „Instrument“, „tool“, „questionnaire“, „schedule“, „scale“, „assessment“ aufwiesen, wurden einer Volltextanalyse unterzogen. Ein ähnliches Verfahren wurde für die Begriffe „soziale Diagnostik“ und „soziale Arbeit in der Psychiatrie“ angewendet. Hier beschränkte sich die Suche zu einem Großteil auf Fachliteratur, da dies das vorrangige Publikationsverfahren in der Sozialen Arbeit ist. Alle so selektierten Instrumente wurden in ► **Tab. 1** zusammengefasst.

Ergebnisse

Es existieren Instrumente zur strukturierten Erfassung von (psycho-sozialen) Hilfebedarfen (► **Tab. 1**). Das Camberwell Assessment of Need (CAN) gilt als etabliertes und valides Instrument zur Erhebung der Versorgungs- und Bedarfslage von psychisch erkrankten Menschen [14]. Es ist ein in Großbritannien entwickeltes, gemeindepsychiatrisch ausgerichtetes Fremdbeurteilungsinstrument mit dem der komplexe Hilfebedarf von psychisch erkrankten Menschen strukturiert erfasst werden soll. Neben verschiedenen Versionen (z. B.: short appraisal schedule CANSAS-P 2nd edition [15], Versionen für die Gerontopsychiatrie oder Forensik), existiert unter anderem eine deutsche Version (CAN-EU), die 2001 von Kilian und Kollegen veröffentlicht wurde [16]. Diese Version erfasst neben der Patienten- zusätzlich die Behandlerperspektive. Das Instrument besteht aus 22 Domänen, die in 5 Bereiche gegliedert und mit einer Ratingskala von 0 (kein Problem) bis 2 (ernstes Problem) versehen sind.

Basierend auf oder angelehnt an CAN sind der Montreal Assessment and Need Questionnaire (MANQ [17, 18]) und die Needs Assessment Scale (NAS [19]), welche alle 22 CAN Domänen enthalten und jeweils um 4 Kategorien ergänzt wurden. Sie können im gemeindepsychiatrischen Kontext oder als Bedarfsanalyseinstrument eingesetzt werden.

2005 entwickelten Jansson und Kollegen in Schweden ein Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ), um Fachkräften ein Instrument zur Erfassung des Unterstützungsbedarfs psychisch erkrankter Menschen an die Hand zu geben [20]. Der Medical Research Council Needs for Care Schedule (MRC) wurde 1987 von Brewin und Kollegen entwickelt und ist ein sehr umfangreiches Erfassungsinstrument zum Einsatz im gemeindepsychiatrischen Versorgungskontext. Dieser besteht aus 6 Einzelinstrumenten wie z. B.

dem Mini Mental State [21]. Basierend auf dem MRC und insgesamt stark eingekürzt wurde der Cardinal Needs Schedule (CNS) entwickelt, welcher sowohl in der Forschung als auch für Versorgung eingesetzt werden kann [22].

Zwei weitere Verfahren zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung für Menschen mit psychischen und/ oder geistigen Behinderungen sind der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und die daraus abgeleiteten Verfahren, wie beispielsweise die Erfassung des Hilfebedarfs für Menschen mit Behinderung (HMB-W (Wohnen), -T (Tagesstruktur)) [23]. Beide Instrumente wurde nach Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG 2017–2023) durch am ICF orientierte neue Bedarfserhebungsinstrumente weitestgehend abgelöst. Jedes Bundesland entwickelt eigene Formen eines Teilhabeplans, welche im Rahmen der Bedarfsermittlung innerhalb der Eingliederungshilfe genutzt werden [24].

Ein interviewbasiertes und ebenfalls an CAN angelehntes Instrument zur Bedarfserhebung ist das Berliner Bedürfnis Inventar (BeBI), welches für den Einsatz in der klinischen Praxis gedacht ist [25, 26]. Die psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik (PREDI) erfasst umfangreich Ziele, Veränderungswünsche, Ressourcen und Problemlagen psychisch erkrankter Menschen in unterschiedlichsten Settings (ambulant, voll- und teilstationär, komplementärer Versorgungssektor) [27]. Sommerfeld und Kollegen veröffentlichten 2006 ein Diagnostikinstrument zur deskriptiven Systemmodellierung (DeskSM), das in 5 Module unterteilt ist und laut Autoren interessant für die Klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie sein kann [28].

Diskussion

Einordnung und Bewertung der Instrumente

Die Zusammenstellung der genannten und etablierten Instrumente zeigt, dass ein Großteil dieser nicht zur Bearbeitung der vorliegenden Fragestellung geeignet ist, weil 1) keine oder keine adäquate Version eines Patientenfragebogens existiert, 2) nicht alle Teilaspekte erfasst werden (z. B. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, rechtliche Situation etc.), 3) es an einer Praktikabilität (zeitintensiv) mangelt, 4) der Fokus der Anwendungsbereiche in den meisten Fällen auf der Hilfebedarfsplanung und der gemeindepsychiatrischen Versorgung liegt (Eingliederungshilfe, ambulante Hilfen) und 5) keine ausreichende inhaltliche Abgrenzung zu anderen Professionen in der Psychiatrie (v. a. Psychologen, Ärzte, Pflege) besteht. Es werden beispielsweise die Einnahme von Medikamenten oder aktuelle Symptome abgefragt.

Das Berliner Bedürfnis-Inventar (BeBI) erfasst beispielsweise 15 Domänen (► **Tab. 1**). Dabei ist ein Großteil der erfassten Domänen jedoch nicht oder nicht vorrangig relevant für die sozialarbeiterische Anamnese im Kontext der klinischen Sozialarbeit in der Psychiatrie (z. B. Sexualität). Das Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (self-report version) (CANSAS-P) ist nach intensiverer Analyse ebenfalls nicht geeignet, da keine spezifischen Aspekte wie beispielsweise Teilhabe am gesellschaftlichen Leben/ Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragestellungen erfasst werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vorhandenen Bedarfserhebungsinstrumente entweder zu umfangreich und dadurch ressourcen- und zeitintensiv sind oder (Lebens-)Bereiche abfragen, die in der Priorität einer Akutversorgung nachrangig zu be-

Übersicht

Thieme

► Tab. 1 Übersicht Bedarfserhebungsinstrumente.										
Instrument	Inhalt	Einsatzgebiet	SR	FR	Items/ Domänen	Dt. Über- setzung	Vali- diert	Cut off	Ska- liert	Domänen
CAN [14] Camberwell Assess- ment of Needs	Umfassende Erhebung des Hilfsbedarfs von psychisch erkrankten Menschen (Entwickelt aus MRC)	Gemeindepsychiatrie/ Forschung, kann von Behandler und Patient ausgefüllt werden, ist aber grundsätzlich für Behandler konzipiert		x	110/22	j	j	n	j	Wohnen, Ernährung, Wohnungspflege, Körperpflege, Tagesstruktur, Körperl. Gesundheit, psychotische Symp., Informationen über Krankheit/Behandlung, seel. Gesundheit, Selbstgefährd., Fremdgefährd., Drogen/Medikamente, Alkohol, soziale Kontakte, Partnerschaft, Sexualeben, Kinderbetreuung, Telefonieren, Mobilität, Geld, Inanspruchnahme von Unterstützungen, offene Bereiche
CANSAS (-P) [15] Camberwell Assess- ment of Need Short Appraisal Schedule (self-report version)	Screening-Instrument zur Erfassung des Hilfsbedarfs	Klinische Praxis, Forschung, Gemeindepsychiatrie	x	x	22/-	n	j	n	n	Alle CAN-Domänen nur ohne Unteritems
MANQ [17, 18] Montreal Assessment of Need Questionnaire	Bedarfserhebungsinstru- ment (Auf Basis des CAN)	Gemeindepsychiatrie	x	x	-/26	n	j	-	j	Alle 22 CAN-Domänen ergänzt um: Stressbewälti- gung, Soziale Ausgrenzung, Mitwirkung bei Behandlungen, Arbeitsintegration
NSSQ [20] Need of Support and Service Questionnaire	Instrument zur Erfassung des Unterstützungs- und Dienstleistungsbedarfs	Psychiatrische Versorgung, Soziale Dienste in der Gemeinde		x	33/3	n	j	-	j	1. Socio-demographic information and present living situation, 2. Need of support in activities of daily living, 3. Need for service provided by the public health and social service sector
NAS [19] Needs Assessment Scale	Bedarfsanalyse von psychiatrischen Patienten (angelehnt an CAN)	Gebiete der psychosozialen Versorgung (kann als Ergänzung zu CAN genutzt werden)	x		44/22	n	j	n	j	Alle CAN-Domänen ergänzt um 4 Subskalen: daytime activity, health, social interactions, social participation
CNS [22] Cardinal Needs Schedule	Instrument zur Erhebung des psychiatrischen und sozialen Versorgungsbe- darfs (entwickelt aus MRC)	Gemeindepsychiatrie, Forschung		x	15/15	n	j	j	j	Angelehnt an MRC Systematik insgesamt gekürzt auf 3 Ebenen: 1. Stage 1: Identifying Problems 2. Stage 2: Identifying cardinal Problems 3. Stage 3: Identifying needs
MRC [21] Medical Research Council Needs for Care Schedule (auch NFCAS genannt)	Instrument zur Bedarfser- hebung von chronisch psychisch erkrankten Menschen, die gemein- depsychiatrisch versorgt werden. Besteht aus 6 Einzelinstrumenten (u. a. Mini Mental State Examination und Social Behavioral Schedule).	Gemeindepsychiatrie Sehr umfangreich		x	-	n	j	j	j	Areas of Symptomatology or behavior problems: Positive psychotic symptoms, slowness and underacti- vity, tardive dyskinesia and other side effects, neurotic symptoms, dementia or organic psychosis, physical symptoms of disease, dangerous or destructive behavior, socially embarrassing behavior, distress Areas of skills or ability: Personal hygiene, household shopping, get meals, household chores, use public transport, use of public amenities, basic educational skills, occupational skills, communication skills, weekly budget

Heruntergeladen von: Bibliothekssystem Universitäts Hamburg. Urheberrechtlich geschützt.

► Tab. 1 Fortsetzung										
Instrument	Inhalt	Einsatzgebiet	SR	FR	Items/ Domänen	Dt. Über- setzung	Vali- diert	Cut off	Ska- liert	Domänen
BEBI [25, 26] Berliner Bedürfnis Inventar	Erfassung der Bedürfnisse nach Hilfe und Unterstüt- zung von psychiatrischen (Langzeit-) Patienten. Patienten- und Behandler- version vorhanden, in Anlehnung an CAN, interviewbasiert	Klinische Praxis (voll- und teilstationär, u.U. auch ambulant)	x	x	49/16	j	j	j	j	Wohnen, Arbeit, körperliche und seelische Gesund- heit, Abhängigkeit, Eigen- oder Fremdgefährdung, Information, Ernährung, Körperpflege, Finanzen, Geldenteilung, soziale Kontakte, Partnerschaft, Sexualität (+ offener Bereich)
IBRP [23] Individuelle Behand- lungs- und Rehabilitati- onsplanung	Instrument zur Erfassung von Problemen und Ressourcen des Patienten, Behandlungsplanung. Offene Fragen und Ratingskalen kombiniert	Gemeindepsychiatrie	x	x	-	j	n	n	n	Sozialdaten, bisherige und aktuelle Behandlungs-/ Betreuungssituation, Übersichtsbogen (Wohn- und Arbeitssituation), abweichende Sicht des Klienten, Beteiligung an der Erstellung des IBRP, weitere zur Behandlungsplanung genutzte Bögen, Vereinbarung zur Durchführung d. Behandlungsplans, Unterschrif- ten, Datenschutz
PREDI [27] Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik	Erfassung der Ziele und Veränderungswünsche sowie Fähigkeiten, Ressourcen und Problem- bereiche der Patienten. Es liegen ein Erstkontakt-, Kurzdiagnose- und Feindiagnosebogen und störungsspezifische Zusatzmodule vor	Alle Bereiche der Sozialpsychia- trie (inkl. Suchthilfe), Voll- und teilstationär, ambulant	x	x	Je nach Erhebungsbö- gen unterscheidet sich die Anzahl der Items. Es werden immer 9 Domänen abgefragt.	j	j	j	j	Alltagssituation, Wohnsituation, Finanzielle Situation, Rechtliche Situation, Arbeits- und Ausbildungssitua- tion, Körperliche Situation (Gesundheitszustand, -verhalten, Gebrauch psychotroper Substanzen, Psychische Situation (Selbstwert, -realisierung, -kon- trolle, Realitätsbezug), Beziehungssituation (Partner, Familie, soz. Netz), Soziokulturelle Situation
DeKSM [28] Deskriptive System- modellierung	Diagnostikinstrument zur Erfassung von Lebensfüh- rungssystemen, in 5 Module unterteilt Modul 1: Kurzassessment	Lt. Autoren interessant für klinische Sozialarbeit in der Psychiatrie	x	x	5/23	j	j	-	j	1. Allgemeine Fragen (5 Unterfragen), 2. Wohnen (2 Unterfragen), 3. Arbeit/Ausbildung/Alltag (5 Unterfragen), 4. Finanzen/Administration/ kurzfristige Termine und Verpflichtungen (6 Unterfragen), 5. Soziales Netz (Familie, Freunde, Beziehungen, Bekannte) (5 Unterfragen)
SR: Selbstrating, FR: Fremdrating										

werten sind. Neben der Erfassung von soziodemografischen Daten werden oft zusätzlich Berufs- und Beschäftigungsperspektiven und in Teilen Ressourcen und (psychiatrische) Vorbehandlungen erfragt. Die entwickelten Instrumente beziehen sich vornehmlich auf den ambulanten psychiatrischen Versorgungssektor, d. h. die entsprechenden (außerstationären) psychiatrischen Einrichtungen, Dienste und Projekte der sozialen und beruflichen Rehabilitation und Integration. Diese Instrumente sind zur Eruiierung und Bewertung des psychosozialen Hilfebedarfs eines Menschen, der im gemeindepsychiatrischen Kontext versorgt werden soll, als adäquat einzustufen.

Schlussfolgerungen

Für die psychosoziale Bedarfserhebung und die erste Erfassung von sozialen Problemlagen innerhalb des akut-psychiatrischen Versorgungsektors (voll- oder teilstationäre Behandlung) wird ein Fragebogen benötigt, der (1) übersichtlich und für Patienten verständlich gestaltet ist, (2) in Abgrenzung zu den anderen Professionen nur soziale Lebens- und Problemlagen erfasst, (3) im Sinne der Bearbeitung zeit- und ressourcensparend konzipiert ist und (4) als Ausgangsbasis für weitere psychosoziale Diagnostik genutzt werden kann. Dieser Fragebogen kann als Screening-Instrument im Rahmen der sozialarbeiterischen Orientierungs- und Risikodiagnostik eingesetzt werden, um existenzielle Notlagen auf Seiten der Patienten möglichst frühzeitig zu erkennen. Eine strukturierte Erfassung des Hilfebedarfs dient weiterhin übergeordnet betrachtet dazu, frühe soziale Folgen zu erfassen und die Möglichkeit zu erhalten, frühzeitig zu intervenieren, schwerwiegende Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau zu mindern und langfristig eine Behinderung zu verhindern oder einer Chronifizierung präventiv entgegenzuwirken. Eine standardisierte Bedarfserhebung ermöglicht eine strukturierte Überleitung von Informationen an interne und externe Systeme, die an der Behandlung beteiligt sind. Wichtige Informationen können personenunabhängig erfasst und die Fehleranfälligkeit durch Lücken im Erhebungsprozess kann so minimiert werden.

Berufs- und sozialpolitisch wird in den letzten Jahren immer spürbarer wie herausfordernd eine bedarfsgerechte Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen ist, weil sie sich im Spannungsfeld zwischen Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und den Bedürfnissen der Patienten bewegt.

Die Einführung des DRG-Verfahrens (Diagnosis related Groups, fall-pauschalisiertes Vergütungssystem, das psychiatrische PEPP-System ist analog hierzu) im deutschen Krankenhausfinanzierungssystem führte dazu, die im internationalen Vergleich sehr hohe Verweildauer zu senken [29]. Dieses System bringt nicht nur die Notwendigkeit einer struktureller Neuausrichtung im Sinne einer Effektivitäts- und Effizienzoptimierung für alle Professionen mit sich, sondern eröffnet auch ein neues Spannungsfeld zwischen patientenorientierter, bedarfsgerechter Behandlung und Ökonomisierung der Versorgungsprozesse [30].

Gleichzeitig wurde 2012 mit Hilfe des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes das Krankenhausentlassungsmanagement reformiert. Seit 2017 sind Krankenhäuser dazu verpflichtet, eine möglichst nahtlose Anschlussversorgung sicherzustellen. Die patientenindividuellen Bedarfe sollen auf Grundlage eines geeigneten Assessments erfasst und frühzeitig in den Entlassungsplan integriert werden [12]. Die Sozialdienste in den Krankenhäusern stehen so vor der Herausforderung,

fallbezogene soziale (Einzelfall-)Hilfe zu leisten und gleichzeitig ein möglichst umfassendes Entlassungsmanagement durchzuführen. Für die Sozialdienste, unabhängig davon welchem Fachbereich sie zugeordnet sind, hat gegenwärtig die Aufgabe eines zügig zu erstellenden Entlassungsmanagements Priorität gegenüber komplexen psychosozialen System- und Einzelinterventionen.

Das Anforderungsprofil der psychosozialen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stimmt nicht mehr mit der Versorgungsrealität innerhalb der komplexen Krankenhausstrukturen überein. Die Navigation durch den ambulanten Versorgungsdschungel und die Koordination bedarfsgerechter Hilfen muss innerhalb eines festgelegten Behandlungszeitraumes erfolgen. Die möglichst frühzeitige Erfassung sozialer Hilfebedarfsdimensionen, aber auch individueller Ressourcen, sind notwendige Schritte bei der systematischen Überleitung an das Hilfesystem. Die Unterteilung der komplexen Problemlagen in Lebensbereiche oder Kategorien (wie z. B. Arbeit, Finanzen, Wohnsituation) ermöglicht eine gezielte Verweisung an weiterversorgende Netzwerkpartner. In der somatischen Medizin entstehen in der Regel kaum solche versorgungsrelevanten Schnittstellenproblematiken wie in der psychiatrischen Behandlung. Ein Grund hierfür ist die fragmentierte Verteilung der Versorgungsstrukturen in verschiedenen Sozialgesetzbüchern. Es ist nicht möglich eine nahtlose ambulante Weiterversorgung nach einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung zu installieren, wenn hierfür ein Antrag notwendig oder ein anderer Leistungsträger als das SGB V zuständig ist. Entsprechend kann die kleinschrittige und früh im Behandlungsprozess platzierte psychosoziale Bedarfserhebung im ersten Schritt dafür sorgen, dass alle Informationen erfasst und in die Behandlungsplanung integriert werden können. Wie eingangs dargestellt ist die psychosoziale Versorgung maßgeblich an einem nachhaltigen Behandlungserfolg beteiligt und sollte, vor allem im Rahmen einer multiprofessionellen und interdisziplinären Diagnostik, als fester Bestandteil in die Behandlung integriert werden. Um den Versorgungsprozess sinnvoll abzuschließen, würde ein Schnittstellenmanagement nach der Entlassung des Patienten dafür Sorge tragen, dass weitere Unterstützung und Begleitung im Beantragungsprozess und bei der Implementierung der Versorgungsstrukturen gewährleistet sind.

Grundsätzlich kommt erschwerend hinzu, dass die Angebotsdichte des komplementären Versorgungsektors je nach Region in Deutschland stark variiert. In Ballungszentren findet man in der Regel ausreichend Leistungsträger bspw. der Eingliederungshilfe. In ländlichen Gebieten hingegen ist das Versorgungsangebot unvollständig oder schlicht nicht vorhanden [31]. Der Versorgungsprozess, also die Erfassung der Hilfebedarfe, die nachgehende Versorgungsplanung und die Umsetzung der Unterstützungsleistungen, lässt sich in Teilen der Bundesrepublik nur unvollständig umsetzen. Mit Hilfe einer strukturierten Erfassung von Hilfebedarfen lassen sich jedoch Versorgungslücken identifizieren, in übergeordneten Gremien zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung platzieren und im besten Fall zukünftig schließen.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen neben medizinischer und psychotherapeutischer Versorgung bedarfsgerechte psychosoziale Unterstützungsangebote.

- Um die Hilfebedarfe von psychiatrischen Patienten strukturiert zu erfassen, wird ein Erhebungsinstrument benötigt, welches für Patienten verständlich gestaltet, zeit- und ressourcenschonend konzipiert ist und als Basis für weitere psychosoziale Diagnostik genutzt werden kann.
- Aufgrund mangelnder Passung etablierter Fragebögen wird die Entwicklung eines Instruments für den akuten psychiatrischen Versorgungssektor empfohlen.

Danksagung

Ein herzlicher Dank gebührt Frau Prof. Dr. Anne Karow, Frau Dr. phil. Lisa Tlach und Herrn Prof. Dr. Martin Lambert für ihre strukturelle und inhaltliche Unterstützung beim Erstellen dieser Übersichtsarbeit sowie für ihre wertvollen Ratschläge und konstruktive Kritik.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 337–349. DOI: 10.1007/s00127-004-0762-4
- [2] Mernyi L, Hölzle P, Hamann J. Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 197–205. DOI: 10.1055/s-0043-101901
- [3] Adebisi MO, Mosaku SK, Irinoye OO et al. Socio-demographic and clinical factors associated with relapse in mental illness. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2018; 8: 149–153. DOI: 10.1016/j.ijans.2018.05.007
- [4] Gühne U, Richter D, Breilmann J et al. Genesungsbegleitung: Inanspruchnahme und Nutzenbewertung aus Betroffenenperspektive. Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2021b 71: 499–507. DOI: 10.1055/a-1667-9966
- [5] Bäuml J, Baur B, Brönnner M et al. Die SEEWOLF-Studie: Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag; 2017
- [6] Meller I, Fichter M, Quadflieg N et al. Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Nervenarzt* 2000; 71: 543–551. DOI: 10.1007/s001150050624
- [7] Richter D. Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2003. DOI: 10.1486/9783884143513
- [8] Homfeldt HG, Sting S. Soziale Arbeit und Gesundheit: eine Einführung. München, Basel: E. Reinhardt; 2006
- [9] Klauer T, Knoll N, Schwarzer R. Soziale Unterstützung: Neue Wege in der Forschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2007; 15: 141–142. DOI: 10.1026/0943-8149.15.4.141
- [10] Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen; 2019
- [11] Buttner P, Röhl D, Gahlleitner SB et al. Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus Verlag; 2020
- [12] Bundesministerium für Gesundheit. Entlassmanagement. Im Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/entlassmanagement.html>; Stand: 20.11.22
- [13] Geissler-Piltz B, Geißler-Piltz B, Mühlem A et al. *Klinische Sozialarbeit*. München, Basel: E. Reinhardt; 2005
- [14] Phelan M, Slade M, Thornicroft G et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 589–595. DOI: 10.1192/bjp.167.5.589
- [15] Trauer T, Tobias G, Slade M. Development and evaluation of a patient-rated version of the Camberwell Assessment of Need short appraisal schedule (CANSAS-P). *Community Ment Health J* 2008; 44: 113–124. DOI: 10.1007/s10597-007-9101-z
- [16] Killian R, Bernert S, Matschinger H et al. The standardized assessment of the need for treatment and support in severe mental illness: the development and testing of the German version of the Camberwell assessment of Need-EU. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 579–583. DOI: 10.1055/s-2001-17789
- [17] Tremblay J, Bamvita J, Grenier G et al. Utility of the Montreal assessment of need questionnaire for community mental health planning. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 677–687. DOI: 10.1097/nmd.0000000000000180
- [18] Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM et al. Adequacy of help received among individuals with severe mental disorders. *Adm Policy Ment Health* 2014; 41: 302–316. DOI: 10.1007/s10488-013-0466-8
- [19] de Weert-van Oene GH, Havenaar JM, Schrijvers AJ. Self-assessment of need for help in patients undergoing psychiatric treatment. *Psychiatry Res* 2009; 167: 221–230. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.02.001
- [20] Jansson L, Wennström E, Wiesel FA. The Need of Support and Service Questionnaire (NSSQ): a brief scale to assess needs in clients with long-term mental disabilities. *Nord J Psychiatry* 2005; 59: 465–472. DOI: 10.1080/08039480500360716
- [21] Brewin CR, Wing JK, Mangan SP et al. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC needs for care assessment. *Psychol Med* 1987; 17: 971–981. DOI: 10.1017/s003329170000787
- [22] Marshall M, Hogg LI, Gath DH et al. The Cardinal Needs Schedule—a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule. *Psychol Med* 1995; 25: 605–617. DOI: 10.1017/s0033291700033511
- [23] Gromann P, Cramer M, Peukert R. Individuelle Behandlungs- und Rehaplanung. Im Internet: <https://archive.ph/ZmtEH>; Stand: 20.11.2023
- [24] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Eingliederungshilfe: Instrumente der Bedarfsermittlung. Im Internet: <https://www.bar-frankfurt.de/themen/weiterentwicklung-und-forschung/eingliederungshilfe-instrumente-der-bedarfsermittlung/deutschlandkarte-der-instrumente.html>; Zugriff am 17.11.2023
- [25] Hoffmann K, Priebe S. What needs following treatment have long-term schizophrenic patients? The problem of self- and external assessment of "needs". *Fortschr Neurol Psychiatr* 1996; 64: 473–481. DOI: 10.1055/s-2007-996593
- [26] Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R et al. Needs for care of former long-stay-patients living outside of the psychiatric hospital. *Psychiatr Prax* 2006; 33: 23–29. DOI: 10.1055/s-2004-828385
- [27] Küfner H, Coenen M, Indlekofer W. PREDI- psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik. Pabst Science Publishers; 2006
- [28] Sommerfeld P, Dällenbach R, Rüggeger C et al. *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie*. Springer VS Wiesbaden; 2016. DOI: 10.1007/978-3-658-11617-0
- [29] Bundesministerium für Gesundheit. Krankenhausfinanzierung. Im Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankhausfinanzierung.html>; Stand: 01.05.2023
- [30] Menzel R. Case Management im Krankenhaus – eine Aufgabe der klinischen Sozialarbeit. In: Brinkmann V, Hrsg. *Case Management: Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen*. Wiesbaden: Gabler; 2010: 259–276. DOI: 10.1007/978-3-8349-8589-7_11
- [31] Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Online-Atlas „Hilfen der Gemeindepsychiatrie“ im Internet: <https://dvgp.mapcms.de/>; Stand: 17.11.2023

4. Veröffentlichung 2

Artikel online veröffentlicht: 08.01.2025

Originalarbeit

Thieme

Die Entwicklung und Erprobung eines Screening-Instruments zur psychosozialen Bedarfserhebung innerhalb der akutpsychiatrischen Versorgung

The development and testing of a screening instrument for psychosocial needs assessment within acute psychiatric care

Autorinnen/Autoren
Christin Wills

Institute

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Schlüsselwörter

Soziale Belastungsfaktoren, Klinische Sozialarbeit, Psychische Erkrankung, Fragebogen, psychosoziale Hilfebedarfe

Keywords

social stress factors, clinical social work, mental illness, questionnaire, psychosocial support needs

eingereicht 25.08.2024

akzeptiert 09.12.2024

Artikel online veröffentlicht 08.01.2025

Bibliografie

Psychiatr Prax 2025; 52: 158–165

DOI 10.1055/a-2499-1943

ISSN 0303-4259

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Christin Wills, M.A.

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Martinistraße 52

20246 Hamburg

Deutschland

c.wills@uke.de



Zusätzliches Material finden Sie unter
<https://doi.org/10.1055/a-2499-1943>

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel Zur standardisierten Erfassung von psychosozialen Hilfebedarfen in der akutpsychiatrischen Versorgung wurde ein neues Instrument (PSH-7) entwickelt und in der praktischen Anwendung getestet.

Methode Auf Basis eines mixed-methods Ansatzes wurde dieses Instrument in einer Querschnittstudie (N = 84), mittels quantitativer (deskriptive Auswertung und univariate Varianzanalyse) und qualitativer Methoden (qualitative Inhaltsanalyse) auf seine Praxistauglichkeit geprüft.

Ergebnis Der PSH-7 zeigt sich als ein geeignetes Instrument zur Erfassung der Hilfebedarfe. Einsamkeit, fehlende Tagesstruktur und Arbeitslosigkeit sind die am häufigsten genannten Hilfebedarfe im Rahmen der akutpsychiatrischen Versorgung.

Schlussfolgerung Die Studie ergänzt die internationale Befundlage zum Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungsfaktoren und der Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen. Es sollte frühzeitig eine Fokussierung auf die Perspektivplanung und die Organisation eines tragfähigen ambulanten Hilfenetzes gelegt werden.

ABSTRACT

Aim A new instrument (PSH-7) was developed and tested in practice for the standardised assessment of psychosocial support needs in acute psychiatric care.

Methods Based on a mixed-methods approach, this instrument was tested in a cross-sectional study (N = 84) using quantitative (descriptive evaluation and univariate analysis of variance) and qualitative methods (qualitative content analysis) for its suitability for practical use.

Result The PSH-7 proved to be a suitable instrument for recording the need for help. Loneliness, lack of daily structure and unemployment are the most frequently mentioned needs for help in the context of acute psychiatric care.

Conclusion The study supplements the international findings on the connection between psychosocial stress factors and the maintenance of mental illness. There should be an early focus on perspective planning and the organisation of a sustainable outpatient support network.

Heruntergeladen von: Bibliothekssystem Universität Hamburg. Urheberrechtlich geschützt.

Einleitung

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stellen mit ihren vielfältigen und komplexen (sozialen) Problemlagen eine wichtige Zielgruppe für das psychiatrisch-psychosoziale Versorgungssystem dar. Sie leiden häufig über lange Zeiträume und in verschiedenen Teilhabebereichen unter den Einschränkungen und Auswirkungen ihrer Erkrankung. Das allgemeine Funktionsniveau ist dabei oftmals stark herabgesetzt, was komplexe soziale Problemlagen impliziert. Der Mangel an sozialen Kontakten, sozialer Unterstützung, Arbeitslosigkeit und den damit verbundenen finanziellen Problemen und konfliktbehaftete Wohnbedingungen führen zu einer vermehrten Inanspruchnahme des psychiatrischen Hilfesystems, insbesondere vollstationärer Behandlungsangebote [1–3]. Dem gegenüber steht eine sinkende durchschnittliche Verweildauer in psychiatrischen Kliniken in Deutschland (von 40,7 Tagen (1994) auf 27,1 Tage (2021)) [4]. Als Folge ergibt sich eine steigende Arbeitsverdichtung für die behandelnden Fachkräfte und oft eine Entlassung aus der (teil-) stationären Behandlung unter zwangsläufigem Fortbestand ungelöster Versorgungsfragen und persistierendem komplexem Hilfebedarf. Angesichts dieser Ausgangslage kommt der psychosozialen Bedarfserhebung und der daraus resultierenden Entlassungsplanung während der klinisch-psychiatrischen Behandlung eine zentrale Rolle zu. Middleboe und Kollegen stellten am Beispiel von Patienten mit schizophrenen Störungen fest, dass das psychiatrische Gesundheitssystem in vielen Fällen keine strukturierte Bedarfserhebung durchführt und nicht adäquat auf den Unterstützungsbedarf der Patienten reagiert [5]. Dies deckt sich mit den Erfahrungen des klinischen Behandlungsalltages. Soziale Problemlagen werden in der Versorgungspraxis meist von anderen Fachkräften erfasst und der Sozialen Arbeit überwiesen, ohne dass diesen Berufsgruppen dafür ein standardisiertes Verfahren zur Verfügung steht. Eine systematische Erhebung ist jedoch essenziell, um die Hilfebedarfsdimensionen adäquat zu erfassen und einen strukturierten psychosozialen Maßnahmenplan ableiten zu können. Bisherige Instrumente zur Erfassung des (sozialen) Hilfebedarfs konnten, nach Überprüfung auf Vollständigkeit in Bezug auf vordefinierte Problembereiche, Praktikabilität, Zeit- und Ressourcenökonomie, für die vorliegende Fragestellung als nicht zweckmäßig eingestuft werden [6].

Vor diesem Hintergrund wurde am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE), in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Screening-Instrument zur psychosozialen Hilfebedarfserhebung (PSH-7) in Form eines Selfassessments entwickelt. Mit Hilfe von quantitativen und qualitativen Methoden wurde dieser auf seine Eignung im akutenpsychiatrischen Behandlungsrahmen geprüft. Im nächsten Schritt wurde anhand von Patienteninterviews die subjektive Perspektive der Betroffenen bezüglich psychosozialer Hilfebedarfe und nachstationärer Unterstützungsleistungen evaluiert. Die vorliegende Arbeit diskutiert die Ergebnisse dieser Studie, in der untersucht wurde (1) welche psychosozialen Hilfebedarfe Patienten innerhalb der akutenpsychiatrischen Versorgung zu Beginn der Behandlung haben, (2) die Zusammenhänge zwischen dem Hilfebedarf und soziodemografischen und klinischen Charakteristika, (3) die Eignung des PSH-7 zur Einschätzung des Hilfebedarfs und (4) eine Ableitung, wie eine bedarfsgerechte Unterstützung nach der Entlassung aus der psychiatrischen Akutbehandlung gefördert werden kann.

Methode

Im nachfolgenden Abschnitt wird 1) die theoretische und praktische Entwicklung des PSH-7 skizziert. Daran anschließend wird 2) das Studiendesign der Pilottestung zur inhaltlichen Validierung des PSH-7 (qualitativ und quantitativ) mit den zugehörigen Messinstrumenten beschrieben.

Entwicklung des PSH-7

Das theoretische Konstrukt des Screening-Instruments ist eine Kombination aus sozialpädagogischem Expertenwissen und den Analyseergebnissen bereits etablierter Instrumente zur Erfassung psychosozialer Hilfebedarfe (vgl. hierzu [6]). Auf Basis bisheriger Veröffentlichungen (vgl. [6]) zu bereits bekannten Hilfebedarfen in der akutenpsychiatrischen Versorgung wurden sieben Lebensbereiche, die potenziell problembelastet sein können, identifiziert (Beschäftigung/Arbeit, Wohnsituation, materielle Absicherung/rechtliche Situation, Teilhabe am gesellschaftlichen/kulturellen Leben, persönliche Beziehung und Kontaktgestaltung, Selbstversorgung/körperliche Gesundheit, Inanspruchnahme von Hilfen). Nachfolgend wurden die Z-Diagnosen 55–76 (Potentielle Gesundheitsrisiken, die im Zusammenhang mit psychosozialen oder sozioökonomischen Faktoren stehen) [7] den einzelnen Kategorien zugeordnet und die erste Rohfassung des PSH-7 erstellt. Diese Version bestand aus 7 Domänen (s. o.) die mit „zutreffend“ und „kein Bedarf“ zu beantworten waren. In einem an die Delphi-Methode [8] angelehnten Verfahren wurde die Rohfassung in einer Gruppe von Sozialarbeitern auf Vollständigkeit, Verständlichkeit und Praktikabilität diskutiert. Sprachliche Anpassungen und ein Ergänzungsfeld „Sonstiges“ wurden in die Rohfassung integriert. Die zweite Version des Fragebogens wurde in einem multiprofessionellen Team (inkl. Perspektive der Genesungsbegleitung) erneut diskutiert. In einer 1-monatigen Testphase in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE wurde der Bogen abschließend auf Praktikabilität überprüft. Nach Abschluss der Testphase gab es keine Itemergänzungen oder Adaptionen und die Bearbeitungszeit des Fragebogens betrug im Schnitt zwischen 2–4 Minuten. Der PSH-7 kann somit als akzeptiertes und inhaltsvalides Verfahren bewertet werden. Auf eine Skalierung, z. B. mit einer Likert-Skala, des Fragebogens wurde verzichtet, weil nur eine binäre Ausprägung der Items eine Handlungsrelevanz impliziert.

Studiendesign (Pilottestung)

In einer Querschnittstudie (Pilotstudie) wurden die psychosozialen Hilfebedarfe von Patienten, welche in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE im Rahmen einer akutenpsychiatrischen Versorgung sektorenübergreifend (stationär, teilstationär, ambulant) behandelt wurden, mit dem PSH-7 erhoben. Die Studie wurde von der Lokalen Psychologischen Ethikkommission am Zentrum für Psychosoziale Medizin im UKE genehmigt (LPEK-0444). Alle Probanden wurden über Inhalt und Zweck der Studie aufgeklärt und gaben ihre schriftliche Einverständniserklärung ab. Die Datenerhebung erfolgte auf Basis eines Mixed-Methods-Ansatzes. Im ersten Teil wurden die psychosozialen Hilfebedarfe von psychiatrischen Patienten quantitativ mit dem PSH-7 erfasst. Im zweiten Teil wurde ein teilstrukturiertes Patienteninterview durchgeführt, um die subjektive Perspektive bezüglich psychosozialer Hilfebedarfe und Unterstützungsmaßnahmen abzubilden.

Eingeschlossen wurden alle Patienten, die im Zeitraum vom 01.04.2021 bis 31.12.2023 am festgelegten Stichtag (jeden 3. Donnerstag im Monat) neu aufgenommen (voll- und teilstationär) wurden und/oder ein Erstgespräch (in der Psychiatrischen Institutsambulanz) erhielten und ≥ 18 Jahre alt waren. Ausschlusskriterium waren unzureichende Deutschkenntnisse.

Messinstrumente

Zur Erfassung des Allgemeinen Funktionsniveaus wurde die Global Assessment of Functioning Skala (GAF) verwendet [9]. Sie erfasst neben psychischen auch soziale und berufliche Funktionsbereiche. Die Funktionsbeeinträchtigungen werden mittels Zahlenwerten von 1–100 kodiert (1 = ständige Gefahr sich oder andere zu verletzen, 100 = keine Symptome, hervorragende Leistungsfähigkeit (eingeteilt in 4 Cluster: 1) 100–61 = max. leichte Beeinträchtigungen, 2) 60–51 = mittelschwere Einschränkungen, 3) 50–31 = schwere Einschränkungen, 4) ≤ 30 = sehr schwere Einschränkungen)). Körperliche Erkrankungen und umgebungsbedingte Einschränkungen sind von der Beurteilung ausgeschlossen [9]. Der klinische Gesamteindruck und die Krankheitsschwere wurde mit der Clinical Global Impression Scale of Severity (CGI-S) erfasst. Die sieben-Punkte-Skala misst die Krankheitsschwere (1 = nicht krank, 7 = sehr schwer krank) zum aktuellen Zeitpunkt [10] (eingeteilt in 2 Cluster: 1. 1–4 = leicht bis mittelschwer erkrankt, 2. 5–7 = schwer bis sehr schwer erkrankt). Potenzielle Gesundheitsrisiken, die im Zusammenhang mit psychosozialen oder sozioökonomischen Faktoren stehen, wurden mit Hilfe der Z-Diagnosen (Kapitel XXI ICD-10 GM) erhoben [7].

Quantitative und qualitative Datenerhebung

Zum Erhebungszeitpunkt wurden, im Rahmen der psychiatrischen Routinediagnostik (innerhalb des Aufnahmegesprächs), die soziodemografischen Daten (Alter, Geschlecht), das allgemeine Funktionsniveau mittels GAF-Skala, die Krankheitsschwere mit Hilfe der CGI-S-Skala, die F-Diagnose (dezimal kategorisiert) und die Z-Diagnosen durch die aufnehmende Person (Arzt oder Psychologen) erfasst. Zeitgleich erhielt der Patient das Selbstratinginstrument PSH-7, auf welchem er seinen Unterstützungsbedarf kennzeichnen konnte. Eine Substichprobe wurden mit Hilfe eines halbstrukturierten Interviews nach 4 Wochen erneut zu ihrem psychosozialen Hilfebedarf befragt. Demnach wurden alle Patienten, die nach 4 Wochen noch in Behandlung waren, gebeten, an der zweiten Befragung teilzunehmen. Die Stichprobengröße wurde anhand einer a priori Poweranalyse mittels $G^* \text{ Power}$ berechnet [11]. Die Analyse mit einer festgelegten Power von $1-\beta = ,80$ und einem Alpha-Fehler-Niveau von $\alpha = ,05$ ergab, bei einer mittleren erwarteten Effektstärke von Cohens $f^2 = 0,15$, eine Gesamtstichprobe von $N = 92$ Versuchspersonen. Die Daten wurden in IBM SPSS Statistics (Version 27) analysiert. Es erfolgten deskriptive Auswertungen über Häufigkeiten und Mittelwerte (mit Standardabweichung) und eine univariate Varianzanalyse (ANOVA), um den Zusammenhang zwischen Hilfebedarfen und soziodemografischer und klinischer Charakteristika zu bestimmen. Bei der ANOVA war die Anzahl der Hilfebedarfe die abhängige Variable; Alter, Geschlecht, Diagnose, GAF und CGI die unabhängigen Variablen.

Im Rahmen der qualitativen Datenerhebung wurde eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse [12] durchgeführt. Mit Hilfe eines semistrukturierten Interviewleitfadens [13] wurden die Studienteilnehmer gefragt a) in welchen Lebensbereichen sie aktuell Unterstützung benötigen und b) was sie benötigen, um ihre sozialen Problemlagen nach dem (teil-) stationären oder ambulanten Aufenthalt langfristig und selbstständig zu lösen.

Die digital aufgezeichneten Audiodateien wurden mit Hilfe der Dragon Software transkribiert, pseudonymisiert und mit MAXQDA 2022 (VERBI Software 2021) inhaltsanalytisch-strukturierend bearbeitet. Das Textmaterial wurde anhand der Fragen des halbstrukturierten Interviewleitfadens in zwei Abschnitte eingeteilt. Zu jedem Abschnitt wurden Kategorien und Subkategorien gebildet. Das Textmaterial von Abschnitt a) wurde anhand der Kategorien des PSH-7 eingeteilt (deduktives Kodieren). Die Kategorien des Textmaterials zum Abschnitt b) wurden induktiv entwickelt. Die so entwickelten Kategorien wurden nach 2 Monaten erneut überprüft und als konsistent bewertet (Intrarater-Reliabilitätsprüfung). Das kodierte Datenmaterial wurde mittels Code- und Subcode-Statistiken, Code-Häufigkeiten, Zusammenhangsanalysen und Code-Konfigurationen quantitativ untersucht.

Ergebnisse

Soziodemografische und klinische Charakteristika

In der Studie wurden die Daten von insgesamt $N = 84$ Patienten erhoben. An der zweiten Befragung (nach 4 Wochen) nahmen 36 Patienten (42,8 % der Gesamtstichprobe) teil. Die soziodemografischen und klinischen Charakteristika (Alter, Geschlecht, F-Diagnose, GAF, CGI, Anzahl der Hilfebedarfe, Anzahl der Z-Diagnosen) zum Erhebungszeitpunkt sowie die dazugehörige prozentuale Verteilung und die Mittelwerte mit Standardabweichung sind in ► **Tab. 1** dargestellt.

Deskriptive Darstellung der Hilfebedarfe

Zu 1.

Eine ausführliche Darstellung der prozentualen Verteilung auf die einzelnen Kategorien findet sich in ► **Tab. 2**. Nachfolgend werden nur Kategorien beschrieben, die mehr als 25 % der Befragten angegeben haben. Bei Studieneinschluss gaben 28,6 % der Probanden an, von Arbeitslosigkeit betroffen zu sein. 38,1 % definierten fehlende soziale Kontakte als Problemfeld, 50 % gaben an, unter Isolation und Einsamkeit zu leiden und 40,5 % berichteten, dass sie im Bereich „Hobbys“ Unterstützung benötigen. Partnerschaft (31,1 %), Familie (36,9 %) und das soziale Netz (26,8 %) wurden als weitere Problembereiche beschrieben. Unter mangelnder Fähigkeit zur Selbstversorgung litten 35,7 % der Befragten und 48,8 % gaben an, dass ihnen eine Tagesstruktur fehle. Probleme bei der Beantragung von Hilfen hatten 25 % der Probanden.

Einfluss soziodemografischer und klinischer Charakteristika auf den Hilfebedarf

Zu 2:

Die Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse (ANOVA) zeigen, dass die Faktoren Alter, Geschlecht, Schweregrad der Erkrankung (CGI) und die Art der F-Diagnose (F 10–99) keinen Einfluss auf die

► **Tab. 1** Übersicht der soziodemografischen und klinischen Charakteristika.

Soziodemografische und klinische Charakteristika			
	N		M (SD) %
Alter	84		29,43 (12,44)
Geschlecht	Weiblich	44	52,4 %
	Männlich	39	46,4 %
	Divers	1	1,2 %
Diagnose	F 10–19	3	3,6 %
	F 20–29	10	11,9 %
	F 30–39	29	34,5 %
	F 40–49	24	28,6 %
	F 60–69	15	17,9 %
	F 80–99	3	3,6 %
	61–100	5	6 %
GAF	51–60	24	28,6 %
	31–50	37	44 %
	≤ 30	18	21,4 %
	1–4	21	25 %
CGI-S	5–7	63	75 %
	1–4	21	25 %
Anzahl Hilfebedarfe (t1)	N = 84		5,38 (3,78)
Anzahl Z-Diagnosen	N = 63 (21 fehlend)		2,54 (1,52)

Anmerkung: Angegeben sind Mittelwerte (SD) oder Häufigkeiten (%), GAF = Global Assessment of Functioning, CGI-S = Clinical Global Impression-severity scale.

Anzahl der Hilfebedarfe haben (Alter: $F(1) = 0,488$; $p = ,487$; Geschlecht: $F(1) = 0,759$; $p = ,387$; CGI: $F(1) = 0,509$; $p = ,478$; F-Diagnose: $F(3) = 0,578$; $p = ,632$). Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Funktionsniveau (GAF) und der Anzahl der Hilfebedarfe ($F(3) = 3,533$; $p = ,019$). Der Tukey post-hoc Test zeigt einen signifikanten Unterschied ($p < ,035$) in der durchschnittlichen Anzahl der Hilfebedarfe zwischen den Gruppen mit einem sehr hohen (61–100) und einem sehr niedrigen Funktionsniveau (≤ 30) ($-5,42$; 95 %-CI [$-10,46$; $-0,38$]). Patienten mit einem hohen GAF-Wert (61–100) haben im Mittel 3,49 Hilfebedarfe und mit einem niedrigen GAF (≤ 30) im Mittel 8,91 Hilfebedarfe.

Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitativen Daten wurden induktiv und deduktiv kategorisiert. Es wurden Subcode-Statistiken und Code-Häufigkeiten berechnet und in absoluten Nennungen (in Klammern) wiedergegeben.

Zu a)

Alle angegebenen, aktuellen Problemlagen/Hilfebedarfe wurden den Kategorien des PSH-7 zugeordnet. Problemlagen, die keiner Kategorie sinnvoll zugeordnet werden konnten, wurden unter „Sonstiges“ erfasst. In den Kategorien „Beschäftigung/Arbeit“ und „Wohnsituation“ wurden zwei neue Items ergänzt (Berufs- und Wohnperspektive). Der Kategorie „Selbstversorgung/körperliche

Gesundheit“ mit den Items „Selbstversorgung“ und „fehlende Tagesstruktur“ konnten die meisten Nennungen zugeordnet werden (19), der Kategorie „Inanspruchnahme von Hilfen“ (6) die wenigsten.

Zu b)

Folgende Kategorien ließen sich aus den Transkripten der Teilnehmer zur Frage nach dem poststationären Unterstützungsbedarf ableiten: Institutionelle Unterstützung (27), Struktur (8), unklare Unterstützung (6), informelle Unterstützung/Soziales (4), Eigenverantwortung (4) und Wohnraum (1). Innerhalb der Kategorie „Institutionelle Unterstützung“ wurden folgende Unteritems besonders häufig benannt: Ansprechpartner amb. undefiniert (15), Psychotherapie (13).

Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie ergänzen die internationale Befundlage zur dysfunktionalen Interaktion von psychosozialen Multiproblemlagen und der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen. Themen wie Einsamkeit, Isolation, fehlende Tagesstruktur und Arbeitslosigkeit werden in psychosozialen Beratungssituationen sehr häufig als potenziell problembelastete Lebensbereiche und krankheitsstabilisierende Faktoren genannt. In der Literatur wird Einsamkeit mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen in Verbindung gebracht [14, 15]. Eine vorhandene Tagesstruktur, das Nachgehen einer Tätigkeit und die damit verbundenen sozialen Kontakte wirken sich wiederum positiv auf die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden aus [16, 17]. Der Befund, dass psychische Erkrankungen signifikant mit einer geringeren Beschäftigungsrate einhergehen, zeigen auch die vorliegenden Ergebnisse (vgl. ► **Tab. 2**) [18]. Die quantitativen Studienergebnisse bestätigen ebenfalls den bereits beschriebenen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der psychosozialen Hilfebedarfe und dem allgemeinen Funktionsniveau (GAF) [19, 20].

Bezugnehmend auf eine vorangegangene Veröffentlichung der Autorin zum Thema der standardisierten Erfassung psychosozialer Hilfebedarfe und der dort herausgearbeiteten Kriterien, ist der PSH-7 ein geeignetes Instrument zur Erfassung der psychosozialen Hilfebedarfe. Er ist übersichtlich und für Patienten verständlich gestaltet, er erfasst nur soziale Lebens- und Problemlagen, ist zeit- und ressourcensparend in der Bearbeitung und kann als Ausgangsbasis (als Screeninginstrument) für weitere psychosoziale Diagnostik genutzt werden [6]. Alle Probanden gaben an, den Fragebogen inhaltlich verstanden zu haben. Als Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse ergaben sich lediglich zwei Itemergänzungen, alle anderen Problemlagen konnten den Kategorien des PSH-7 zugeordnet werden. Dies legt die grundsätzliche Vollständigkeit und inhaltliche Richtigkeit der vordefinierten Lebensbereiche des PSH-7 nahe. Wichtig zu beachten ist, dass das Screening-Instrument nicht den persönlichen Kontakt und das sozialarbeiterische Erstgespräch ersetzt. Es soll unter anderem eine schnelle, soziale Risikoeinschätzung ermöglichen und den Zeitraum von Informationserhalt zu Interventionsplanung verkürzen, mit dem Ziel, soziale Notlagen frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu intervenieren. Die Einschätzung des Hilfebedarfs kann je nach Perspektive durchaus

► Tab. 2 Prozentuale Verteilung der Hilfebedarfe zu t1.

Hilfebedarfe zu t1	N	%
Beschäftigung/Arbeit		
drohende Kündigung	3	3,6%
Arbeitslosigkeit	24	28,6%
Konflikte am Arbeitsplatz	16	19,0%
Wohnsituation		
drohender Wohnungsverlust	5	6,0%
Obdachlosigkeit	2	2,4%
Unstimmigkeiten mit den Nachbarn	4	4,8%
Wohnungspflege (Saubерkeit)	18	21,4%
Bewohnbarkeit (Strom, Wasser, Ausstattung, ausreichend Wohnraum, Telefon/Internet)	7	8,3%
Materielle Absicherung/rechtliche Situation		
Lohnersatzleistung, Bezug oder Beantragung (z. B. ALG I/II, Krankengeld, Rente)	18	21,4%
Schulden/ Pfändungen	7	8,3%
gesetzliche Betreuung	4	4,8%
Einteilung monatl. Einnahmen (Rechnungen bezahlen/ mit Geld auskommen)	15	17,9%
Laufende Verfahren	3	3,6%
Teilhabe am gesell. Leben		
Fehlende soziale Kontakte	32	38,1%
Isolation/ Einsamkeit	42	50,0%
Probleme im Zusammenhang mit Migration	5	6,0%
Hobbies	34	40,5%
Mobilität	5	6,0%
Persönliche Beziehung/Kontaktgestaltung		
Partnerschaft	27	32,1%
Familie	31	36,9%
Soziales Netz	20	23,8%
Versorgung minderjähriger Angehöriger	5	6,0%
Selbstversorgung/körperliche Gesundheit		
Selbstversorgung (Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Trinken, angemessene Ernährung)	30	35,7%
Unbehandelte körperliche Erkrankungen	7	8,3%
Körperpflege/Kleidung	6	7,1%
Fehlende Tagesstruktur	41	48,8%
Inanspruchnahme von Hilfen		
Probleme mit der Beantragung von Hilfen	21	25,0%
Fehlender Zugang zu Unterstützungsangeboten	12	14,3%
Bestehende Hilfen werden nicht genutzt oder als nicht hilfreich angesehen	8	9,5%
Gesamt	84	100,0%

unterschiedlich ausfallen, weswegen ein persönliches Gespräch unabdingbar ist [21]. Für die Bearbeitung des PSH-7 haben die Patienten zwischen 2 und 4 Minuten benötigt. Dies legt die Praktikabilität, im Sinne einer Zeit- und Ressourcenschonung, im klinischen Behandlungsalltag nahe.

Die berichteten aktuellen Hilfebedarfe, die innerhalb der Interviews erfasst wurden, weisen Überschneidungen mit jenen der quantitativen Erhebung auf. Hilfebedarfe mit den häufigsten Nen-

nungen waren „fehlende Tagesstruktur“ und „Isolation/Einsamkeit“. Mit dem Vorliegen einer (schweren) psychischen Erkrankung gehen häufig sozialer Rückzug, verminderte Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit und in sehr vielen Fällen der Verlust von Beschäftigungsmöglichkeiten einher [18, 22, 23]. Dies bestätigte sich in den Interviews und war mit einem hohen subjektiven Belastungs-erleben seitens der Probanden verbunden.

Der Bedarf der Probanden nach einer Anschlussversorgung in Form einer „institutionellen Unterstützung“ beschreibt ein bekanntes Phänomen und kann als Ausdruck der vorhandenen Schnittstellenproblematik zwischen den Sozialgesetzbüchern interpretiert werden. Die Implementierung von Angeboten mit Schnittstellenfunktion kann dabei helfen, Behandlungserfolge sicherzustellen und Teilhabe zu ermöglichen [24, 25].

Trotz der großen Bandbreite von bereits etablierten Instrumenten zur psychosozialen Bedarfs- oder Bedürfniserhebung ließ sich, im Rahmen der Vorarbeiten, kein Instrument identifizieren, welches zur Bearbeitung vorliegender Fragestellung als hinreichend geeignet erschien. Entsprechend war die Entwicklung eines spezifischen und kontextbezogenen Instruments notwendig, um den Besonderheiten der akuten psychiatrischen Versorgungsstrukturen adäquat begegnen zu können. Makivić und Kollegen empfehlen in einer aktuellen Übersichtsarbeit, in der 29 Instrumente zur Bedarfs-ermittlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen untersucht wurden, das Instrument nach dem spezifischen Ziel oder dem Schwerpunkt der Bedarfsermittlung, also kontextbezogen, auszuwählen [26].

Schlussfolgerungen

Soziale Probleme (u. a.: fehlende Beschäftigung, Teilhabemöglichkeiten und Tagesstruktur) sind wesentliche Ursachen für die häufige Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungssysteme, wirken sich krankheitsstabilisierend aus und begünstigen das Auftreten von erneuten Krankheitsepisoden [27]. Interventionen, die an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung ansetzen oder eine sektorübergreifende Behandlungs- und Beziehungskontinuität sicherstellen sollen (und somit auch die Unterstützung bei psychosozialen Multiproblemlagen) (z. B. ACT, Intensive Case Management), sind in Deutschland kaum, und wenn dann nur über Selektivverträge, implementiert [28, 29]. Ansätze, die mittels strukturierter Verfahren zu einer Effektivitätssteigerung des Entlassungsprozesses, unter Berücksichtigung von individuellen Bedarfen und einer Optimierung von sektoraler Kooperation, beitragen sollen, zeigen positive Ergebnisse, werden nach aktuellem Wissensstand jedoch nicht umgesetzt [30, 31]. Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass sich eine intensivere Berücksichtigung der Integration sozialer Teilhabeaspekte in den gesamten Behandlungs- und Beratungsverlauf bedarfsgerecht und gesundheitsförderlich auswirken kann. Darüber hinaus sollte, insbesondere beim Vorliegen komplexer sozialer Problemlagen, frühzeitig die Überleitung in nachfolgende Versorgungseinheiten geplant und, z. B. durch Netzwerkaktivierung und -aufbau, sichergestellt werden. Aus klinisch-psychiatrischer Perspektive ist eine strukturierte Überleitung und Anbindung an den komplementären Versorgungssektor unabdingbar, um zum einen Behandlungserfolge möglichst nachhaltig sicherzustellen und zum anderen den psychosozialen Versorgungsprozess sinnvoll weiterzuführen. Die positiven Effekte einer strukturierten Entlassungsplanung konnten in einer Metaanalyse von Steffen et. al in Bezug auf die Reduzierung der Rehospitalisierung und einer höheren Inanspruchnahme ambulante Angebote gezeigt werden [32].

Gleichzeitig sind die Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren eine fortwährende Herausforderung, die allzu oft Über-

forderungserleben und Hilflosigkeit bei Betroffenen und Behandlern hinterlässt. Um der sozialpsychiatrischen Forderung nach sektorübergreifenden, personenindividuellen und -zentrierten Unterstützungsangeboten nachzukommen, müssen noch viele politische Hürden genommen werden [33]. Mit Hilfe des PSH-7 scheinen sich im ersten Schritt verlässlich die Hilfebedarfe akutpsychiatrisch behandelter Patienten ableiten zu lassen, wodurch eine frühzeitige, präzise und gleichzeitig ressourcenökonomische Bedarfs- und Interventionsplanung unterstützt wird.

Limitationen

Die Studie weist insofern Grenzen auf, als dass trotz des langen Erhebungszeitraums von 28 Monaten die berechnete Zielstichprobe von $N = 92$ nicht erreicht werden konnte und somit keine repräsentative Stichprobe vorliegt. Dies lag am geringen Rücklauf der Fragebögen zum Erhebungszeitpunkt. Nach ca. 18 Monaten wurde das Erhebungsintervall von jedem 3. Donnerstag im Monat zu einer gesamten Woche (3. Woche/Mo.-So.) im Monat mit intensiverer Nachverfolgung (persönliche Ansprache durch die Studienleitung) verändert, um möglichst viele Neuaufnahmen und Erstgespräche einzuschließen. Eine Aussage darüber, ob das Screening-Instrument für bestimmte Behandlungssettings (z. B. die geschützte Station) geeignet ist, lässt sich nicht abschließend treffen. Aufgrund mangelnder Ressourcen konnte eine intensivierte Nachverfolgung (Screening der Neuaufnahme und persönliche Ansprache an die Behandler) nicht auf allen Stationen und in allen Spezialambulanzen durchgeführt werden. Dies hatte zur Folge, dass es bei Stationen, die eine hohe Patientenfluktuation aufwiesen, nur wenige Rückläufer gab (z. B. Sucht- und Akutstation). Im Rahmen der qualitativen Befragung entstanden inhaltliche Zuordnungsschwierigkeiten bezüglich berufsgruppen- und tätigkeitsbezogener Merkmale. Die beispielhafte Darstellung von professionsspezifischen Aufgabengebieten kann zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben.

Die Ergebnisse zeigen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und den psychosozialen Hilfebedarfen. Psychosoziale Hilfebedarfe entwickeln sich über einen längeren Zeitraum und werden meist erst sichtbar, wenn der Betroffene mit dem Hilfesystem in Berührung kommt. Das verdeutlicht, dass über den Schweregrad zu Beginn der akutpsychiatrischen Behandlung nicht auf psychosozialen Hilfebedarf geschlossen werden kann und deshalb ein Screening-Instrument benötigt wird, welches den Bedarf erfasst. In zukünftigen Untersuchungen könnten weitere Differenzierungen zwischen erst- und mehrfacherkrankten Patienten vorgenommen und bei weiteren Auswertungen berücksichtigt werden. Aufgrund der beschriebenen Einschränkungen sollte das Screening-Instrument weiter in der Praxis erprobt und evaluiert werden.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- Der PSH-7 ist geeignet, um psychosoziale Hilfebedarfe von akutpsychiatrisch behandelten Patienten standardisiert zu erfassen, da er verständlich gestaltet und ressourcenschonend konzipiert ist sowie für weitere psychosoziale Diagnostik genutzt werden kann.

- Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass sich eine frühzeitige Perspektiventwicklung und intensivere Fokussierung auf soziale Teilhabe, im Sinne einer Integration in sozialraumorientierte und gemeindenahe Angebote, als gesundheitsförderlich erweisen können.

Danksagung

Ein herzlicher Dank gebührt Fr. Dr. Anja Christine Rohenkohl und Fr. Prof. Dr. Anne Karow für die vielfältige Unterstützung. Ein ganz besonderer Dank gebührt Hr. Prof. Dr. Harald Ansen, der unerwartet im Juli 2024 verstorben ist. Neben der wertvollen fachlichen Hilfestellung bei der qualitativen Datenauswertung, hat er den gesamten Studienverlauf mit seiner einzigartigen Authentizität, Empathie und bedingungslosem Respekt begleitet. Mit tiefem Bedauern wurde Abschied von ihm genommen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Kent S, Yellowlees P. The Relationship between Social Factors and Frequent Use of Psychiatric Services. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29: 403–408. DOI: 10.3109/00048679509064947
- [2] Kent S, Yellowlees P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45: 347–350. DOI: 10.1176/ps.45.4.347
- [3] Ruggeri M, Bisoffi G, Leese M et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 149–155. DOI: 10.1192/bjp.177.2.149
- [4] Statistisches Bundesamt. Gesundheitswesen, Grunddaten der Krankenhäuser 2004. In: Fachserie 12, Reihe 611. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2005
- [5] Middelboe T, Mackeprang T, Hansson L et al. The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 207–214. DOI: 10.1016/S0924-9338(01)00566-1
- [6] Wills C. Die standardisierte Erfassung psychosozialer Hilfebedarfe innerhalb der psychiatrischen Akutbehandlung im sozialpädagogischen Beratungskontext. *Psychiatr Prax* 2024. DOI: 10.1055/a-2229-7919. doi:10.1055/a-2229-7919
- [7] Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification. In: 10. Revision German Modification Version 2023 ed; Im Internet <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/#XXI> Stand: 10.02.2024
- [8] Häder M. Delphi-Befragungen: Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009
- [9] Saß H. Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie; 2003
- [10] Guy W. Clinical global impression. Assessment manual for Psychopharmacology. Rockville: National Institute of Mental Health; 1976: 217–222
- [11] Faul F, Erdfelder E, Lang A-G et al. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007; 39: 175–191. DOI: 10.3758/BF03193146
- [12] Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa; 2018
- [13] Niebert K, Gropengießer H. Leitfadengestützte Interviews. In: Krüger D, Parchmann I, Schecker H, Hrsg. Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2014: 121–132. DOI: 10.1007/978-3-642-37827-0_10
- [14] Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS et al. Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 5–13. DOI: 10.1007/s00127-012-0515-8
- [15] Domènech-Abella J, Mundó J, Haro JM et al. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *J Affect Disord* 2019; 246: 82–88. DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.043
- [16] Goodman WK, Geiger AM, Wolf JM. Leisure activities are linked to mental health benefits by providing time structure: comparing employed, unemployed and homemakers. *J Epidemiol Community Health* 2017; 71: 4–11. DOI: 10.1136/jech-2016-207260
- [17] Waters L, Moore K. Self-Esteem, Appraisal and Coping: A Comparison of Unemployed and Re-Employed People. *J Organiz Behav* 2002; 23: 593–604. DOI: 10.1002/job.156
- [18] Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 337–349. DOI: 10.1007/s00127-004-0762-4
- [19] Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R et al. Needs for care of former long-stay-patients living outside of the psychiatric hospital. *Psychiatr Prax* 2006; 33: 23–29. DOI: 10.1055/s-2004-828385
- [20] Becker T, Knapp M, Chisholm D et al. Die EPSILON-Studie: Versorgung von Patienten mit Schizophrenie in fünf europäischen Zentren. *Z f Gesundheitswiss* 2002; 10: 72–94. DOI: 10.1007/BF02962494
- [21] Slade M, Phelan M, Thornicroft G et al. The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 109–113. DOI: 10.1007/bf00785756
- [22] Jenkins GT, Janich N, Wu S et al. Social isolation and mental health: Evidence from adults with serious mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2023; 148–155. DOI: 10.1037/prj0000554
- [23] Dell NA, Pelham M, Murphy AM. Loneliness and depressive symptoms in middle aged and older adults experiencing serious mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2019; 42: 113–120. DOI: 10.1037/prj0000347
- [24] Elisha D, Castle D, Hocking B. Reducing Social Isolation in People with Mental Illness: The role of the Psychiatrist. *Australas Psychiatry* 2006; 14: 281–284. DOI: 10.1080/j.1440-1665.2006.02287.x
- [25] Biskhopf J, Deimel D, Walther C, Zimmermann RB. Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Stuttgart: utb GmbH – Psychiatrie Verlag; 2022
- [26] Makivić I, Kragelj A, Lasalvia A. Quantitative needs assessment tools for people with mental health problems: a systematic scoping review. *Current Psychology* 2024; 43: 19996–20013. DOI: 10.1007/s12144-024-05817-9
- [27] Roick C, Gärtner A, Heider D et al. Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Psychiatr Prax* 2002; 29: 334–342. DOI: 10.1055/s-2002-34658
- [28] Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F et al. Integrierte Versorgung für erst- und mehrfach erkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2015; 58: 408–419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8

- [29] Quinlivan R, Hough R, Crowell A et al. Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 365–371. DOI: 10.1176/ps.46.4.365
- [30] Rad KV, Steffen S, Kalkan R et al. Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung in einer randomisierten kontrollierten Multizenterstudie. Entwicklung und Beschreibung der Intervention. *Psychiat Prax* 2010; 37: 191–195. DOI: 10.1055/s-0029-1223518
- [31] Jones K, Colson PW, Holter MC et al. Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 884–890. DOI: 10.1176/appi.ps.54.6.884
- [32] Steffen S, Kösters M, Becker T et al. Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120: 1–9. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01373.x
- [33] Steinhart I, Wienberg G. Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. *Psychiat Prax* 2016; 43: 65–68. DOI: 10.1055/s-0042-101534



Fragebogen zur Psychosozialen Hilfebedarfserhebung (PSH-7)

Name, Vorname (Patient:in):

Geb.-Datum:

In diesen Lebensbereichen benötige ich Unterstützung: *Zutreffendes, bitte ankreuzen!*

Beschäftigung/Arbeit
☐ drohende Kündigung ☐ Arbeitslosigkeit ☐ Konflikte am Arbeitsplatz ☐ Suche nach Arbeit/Ausbildung/Beruf/Wiedereingliederung
Wohnsituation
☐ Mietrückstände ☐ drohender Wohnungsverlust ☐ Obdachlosigkeit ☐ Unstimmigkeiten mit den Nachbarn ☐ Wohnungspflege (Sauberkeit) ☐ Bewohnbarkeit (Strom, Wasser, Ausstattung, ausreichend Wohnraum, Telefon/ Internet) ☐ Wohnperspektive
Materielle Absicherung/rechtliche Situation
☐ Lohnersatzleistung, Bezug oder -Beantragung (z.B. ALG I/II, Krankengeld, Rente) ☐ Schulden/Pfändungen ☐ gesetzliche Betreuung ☐ Einteilung monatl. Einnahmen (Rechnungen bezahlen/ mit Geld auskommen) ☐ Laufende Verfahren
Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben
☐ fehlende soziale Kontakte ☐ Isolation/ Einsamkeit ☐ Probleme im Zusammenhang mit Migration ☐ Hobbies ☐ Mobilität
Persönliche Beziehungen und Kontaktgestaltung
☐ Partnerschaft ☐ Familie ☐ soziales Netz ☐ Versorgung minderjähriger Angehöriger
Selbstversorgung/ körperliche Gesundheit
☐ Selbstversorgung (Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Trinken, angemessene Ernährung) ☐ Unbehandelte körperliche Erkrankungen ☐ Körperpflege/Kleidung ☐ fehlende Tagesstruktur
Inanspruchnahme von Hilfen
☐ Probleme bei der Beantragung von Hilfen ☐ Fehlender Zugang zu Unterstützungsangeboten ☐ bestehende Hilfen werden nicht genutzt oder als nicht hilfreich angesehen
Sonstige nicht genannte Probleme (bitte hier in Stichworten benennen):

5. Erklärung des Eigenanteils an den Publikationen

Die Arbeit wurde in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf unter Betreuung von Prof. Dr. Anne Karow durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Anne Karow und Dr. phil. Lisa Tlach (leitende Psychologin der FePs Tagesklinik).

Die Studie wurde von mir eigenständig durchgeführt. Die Erhebung der soziodemografischen und klinischen Charakteristika der Probanden erfolgte mit Unterstützung durch die Assistenzärzte, Psychologen und Psychotherapeuten in Ausbildung, die zum Erhebungszeitraum in der Klinik für Psychiatrie tätig waren.

Die statistische Auswertung erfolgte nach Beratung und Anleitung durch Anne Daubmann vom Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf durch mich.

Ich versichere, die Manuskripte nach Rücksprache mit Prof. Dr. Anne Karow, Prof. Dr. Harald Ansen und Dr. Anja C. Rohenkohl selbstständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Hamburg, den 10.01.25

6. Danksagung

7. Lebenslauf

Der Lebenslauf entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

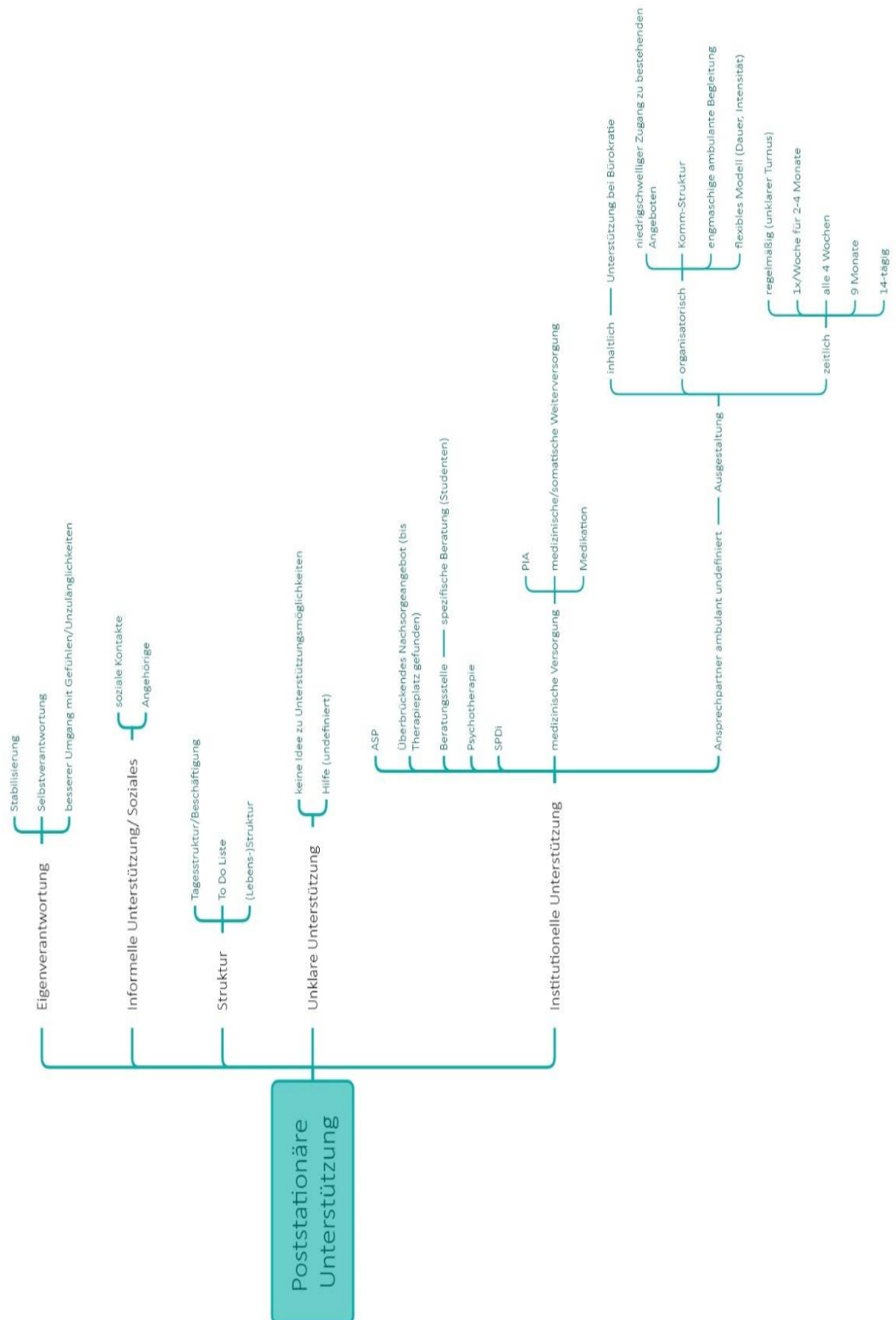
8. Anhang

	N
Beschäftigung/Arbeit	
drohende Kündigung	
Arbeitslosigkeit	3
Konflikte am Arbeitsplatz	1
<i>Suche nach Arbeit/Ausbildung/Beruf/Reintegration</i>	11
Wohnsituation	
drohender Wohnungsverlust	
Obdachlosigkeit	1
Unstimmigkeiten mit den Nachbarn	
Wohnungspflege (Sauberkeit)	8
Bewohnbarkeit (Strom, Wasser, Ausstattung, ausreichend Wohnraum, Telefon/Internet)	
<i>Wohnperspektive</i>	6
Materielle Absicherung/rechtliche Situation	
Lohnersatzleistung, Bezug oder Beantragung (z.B. ALG I/II, Krankengeld, Rente)	9
Schulden/ Pfändungen	1
gesetzliche Betreuung	
Einteilung monatl. Einnahmen (Rechnungen bezahlen/ mit Geld auskommen)	3
Laufende Verfahren	
Teilhabe am gesell. Leben	
Fehlende soziale Kontakte	10
Isolation/ Einsamkeit	2
Probleme im Zusammenhang mit Migration	
Hobbies	3
Mobilität	
Persönliche Beziehung/Kontaktgestaltung	
Partnerschaft	3
Familie	5
Soziales Netz	
Versorgung minderjähriger Angehöriger	3
Selbstversorgung/körperliche Gesundheit	
Selbstversorgung (Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Trinken, angemessene Ernährung)	8
Unbehandelte körperliche Erkrankungen	
Körperpflege/Kleidung	

Fehlende Tagesstruktur	11
Inanspruchnahme von Hilfen	
Probleme mit der Beantragung von Hilfen	5
Fehlender Zugang zu Unterstützungsangeboten	
Bestehende Hilfen werden nicht genutzt oder als nicht hilfreich angesehen	1
Sonstiges	
Krankheitsbewältigung	2
Motivation	2
Perspektiven	2
Selbstständigkeit (Unabhängigkeit)	1
Überforderungserleben mit eigenem Leben	1

Tabelle 8: Subcodes PSH-7

Hilfebedarfe aus Interview zur Fragestellung F2, dem PSH-7 Kategorien zugeordnet. Subcodestatistik, induktive Kategorienbildung (QualF3)



Presented with xmind

Abbildung 7: Subcodes zur "Poststationären Unterstützung"

9. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten, verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen.

Soweit beim Verfassen der Dissertation KI-basierte Tools („Chatbots“) verwendet wurden, versichere ich ausdrücklich, den daraus generierten Anteil deutlich kenntlich gemacht zu haben. Die „Stellungnahme des Präsidiums der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zum Einfluss generativer Modelle für die Text- und Bilderstellung auf die Wissenschaften und das Förderhandeln der DFG“ aus September 2023 wurde dabei beachtet.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Datum

Unterschrift