

Zusammenfassung

A Einleitung

Die vorliegende Arbeit zur Qualitätskontrolle stellt den Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellversuch "Sozialpädagogisch - psychiatrische Modellstation für Schwere Adoleszentenstörungen (SOMOSA)", Winterthur, zuhanden des "Eidgenössischen Justiz - und Polizeidepartements, Fachausschuss für Modellversuche", Bern, dar. Sie umfasst die Periode vom 1.1.1994 bis zum 31.12.1998.

Die Finanzierung erfolgte durch das "Bundesamt für Justiz" und die Stiftung "Entwicklungspsychiatrie des jungen Erwachsenenalters", Winterthur.

Das Ziel der 1994 neu eröffneten SOMOSA ist, (vorerst nur männliche) Jugendliche und junge Erwachsene mit schwersten psychischen, zum Teil sozial sehr auffälligen Adoleszenzkrise verschiedenster Genese zu behandeln, die in anderen Institutionen der Fürsorge, Justiz, Pädagogik oder Psychiatrie und Psychologie nicht oder nur sehr mangelhaft betreut werden können.

Die vorliegende Qualitätskontrolle gliedert sich nach den zusammenhängenden Teilaspekten "Struktur - ", "Prozess -" und "Ergebnisqualität" (vgl. Donabedian, 1966).

Die "Strukturqualität" einer Institution oder Organisation umfasst die gesellschaftlichen, d.h. ökonomisch und weltanschaulich vorgegebenen Voraussetzungen zur Erbringung einer Leistung innerhalb eines normativen, etwa demokratischen Konzepts.

Sie lässt sich in zwei Aspekte unterteilen:

- Die "äussere" Strukturqualität bezieht sich besonders auf die materiellen Voraussetzungen eines "Betriebs" wie Baulichkeiten und Einrichtungen.
- Zur "inneren" Strukturqualität wird die Entstehungsgeschichte einer Institution (eines "Betriebes"), die Organisation und personelle Ausstattung gezählt. Zentral sind die (oft nicht explizit formulierten) theoretischen, weltanschaulich mitbedingten Leitlinien des Behandlungskonzeptes einschliesslich Ein- und Ausschlusskriterien von Patienten bzw. Klienten.

Zur "inneren" Struktur gehört auch das Ausmass, in wie weit eine wissenschaftliche Begleitung ("Qualitätskontrolle") im Gesamtkonzept vorgesehen und möglich ist.

Die "Prozessqualität" überlappt sich mit der "Strukturqualität".

Bei der Prozessqualität geht es um die Entwicklung einer Institution innerhalb eines definierten Zeitraumes, d.h. um Veränderungen der "Strukturqualität".

Hierher gehören also für die "äussere" Strukturqualität auch Veränderungen der ökonomischen Randbedingungen.

Besonders wichtig bezüglich der "inneren" Qualität sind Modifikationen des Behandlungskonzeptes und das Ausmass der konkreten Realisierung von solchen Konzepten. Wichtig sind auch die Entwicklung der "Atmosphäre" der Institution (bzw. des "Betriebs") für Klienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den verschiedenen hierarchischen Niveaus sowie deren Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit.

Zur "Prozessqualität" gehört auch, ob und wie die wissenschaftliche Begleitung solcher Prozesse (falls sie in der "Strukturqualität" überhaupt nennenswert vorgesehen ist) selbst eine Veränderung erfährt.

Letztliches Ziel von "Struktur-" und "Prozessqualität" ist eine Maximierung der "Ergebnisqualität".

Diese Ergebnisqualität hat vielfältige Aspekte, deren Gewichtung von weltanschaulichen, d.h. konkretisiert von politischen - ökonomischen Standpunkten, abhängt.

Durch Untersuchungen zur "Ergebnisqualität" sollen empirisch begründete Aussagen gemacht werden, welche Ergebnisse (je nach Wertvorstellungen als positiv oder negativ bewertet) vorliegen. Hierzu gehören einmal entsprechende Veränderungen bei den Klienten selbst ("Patienten", "Kunden" i.w.S.) sowie die Konsequenzen für deren näheres soziales Umfeld.

Hierher gehören auch, in der vorliegenden Arbeit nicht behandelte, Aspekte zur ökonomischen Kosten/Nutzen-Analyse.

Äussere Struktur der SOMOSA

Die SOMOSA befindet sich in Winterthur in einem freistehenden zweistöckigen Haus mit einer grossen Grünfläche. Es enthält zehn Klientenzimmer, von denen drei auch als Doppelzimmer verwendet werden können. Neben Büros finden sich verschiedene gut ausgestattete Therapiezimmer. Im Keller befindet sich eine Holz- und Metallwerkstatt sowie ein Mal- und Gestaltungsatelier.

Innere Struktur der SOMOSA

Nach mehrjährigen Vorarbeiten der Stiftung "Entwicklungspsychiatrie des jungen Erwachsenenalters" konnte mit finanzieller Unterstützung durch die Boveri-Stiftung und durch das "Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartment" der Betrieb des Modellprojektes SOMOSA schliesslich am 1.1.1994 aufgenommen werden. Die beiden ersten Klienten konnten am 15.8.1994 durch die wissenschaftliche Begleitung erfasst werden.

Das therapeutische Konzept der SOMOSA soll einen neuen Ansatz bei der Behandlung von schwer dissozialen Jugendlichen darstellen. Im Zentrum des differenzierten Behandlungskonzeptes stehen folgende Prinzipien:

- a) nach therapeutischen Gesichtspunkten genügend langes Schonen der Klienten in der Anfangsphase,
- b) frühzeitig störungsadäquat eingesetzte sozialpädagogische Förderung und
- c) allmähliches Angehen des Gestörtseins im therapeutischen Einzelbezug je nach individuellen Gegebenheiten.

Neben Einzel- und Gruppentherapien kommen verschiedene Trainingsmethoden (kognitiv, autogenes, körperbezogenes Training) zur Anwendung. Nötigenfalls werden auch Psychopharmaka eingesetzt.

Ziel der Behandlung ist es, bei den Klienten - selbst bei teilweisem Fortbestehen der psychopathologischen Symptomatik - die Bindungs- und Belastungsfähigkeit zu stärken. Die Bereitschaft und Fähigkeit zum Zusammenleben mit Einzelnen und Gruppen soll so herangebildet werden, dass die Klienten im Anschluss an die SOMOSA selbständiger leben können. Ein Austritt der Klienten aus der SOMOSA soll in eine andere Institution, WG oder sogar einer eigenen Wohnung erfolgen können. Zentral ist dann auch eine weitere berufliche Qualifizierung (z.B. Abschluss einer Lehre).

Die Ein- und Ausschlusskriterien der SOMOSA können folgendermassen zusammengefasst werden:

Aufgenommen werden schwergestörte dissoziale männliche Jugendliche und Jungerwachsene ab 16 bis maximal 25 Jahre, die einer stationären Intervention bedürfen. Dies wegen Art und Ausmass ihres Gestörtseins und Störens, das jedoch weder in bestehenden sozialpädagogischen noch in psychiatrischen Einrichtungen getragen werden können. Sie werden in der Regel von Justiz, Vormundschaftsbehörden, psychiatrischen Kliniken oder anderen sozialpädagogischen Einrichtungen angemeldet. Ausschlusskriterien sind vor allem Hochakutsymptomatik (Selbst- und Fremdgefährdung, Psychoseexazerbation, Substanzabusus) und Massnahmen nach Art. 100bis StGB.

B Methodik

B1 Prozessqualität

Als Untersuchungsverfahren zur Prozesserfassung dienten allgemeine Angaben über die Klienten (Alter, Daten bei Eintritt, Verläufe und besondere Vorkommnisse sowie Unterlagen bei Austrittsdaten).

Auch wurden Informationen über die Mitarbeiter (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Anstellungen und Kündigungen) regelmässig erhoben.

Die Mitarbeiter wurden alle drei Monate mit einem Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit (AZ) anonym befragt.

Zusätzlich wurde erfasst, wie gut das theoretische Behandlungskonzept der SOMOSA in der Praxis realisiert wird, indem die Mitarbeiter halbjährlich einen speziell entwickelten Fragebogen (FKS) ausfüllten.

Um ihre Erwartungen ("Vorurteile") über die kurz- und langfristigen Effizienz der Behandlung in der SOMOSA zu erfassen, füllten die wissenschaftlichen Begleiter (A.D. und C.F) wöchentlich den Fragebogen FWB aus. Auch wurde die Zusammenarbeit mit der SOMOSA beurteilt.

Um die Stationsatmosphäre zu erfassen, wurde der nach testtheoretischen Gesichtspunkten konstruierte und normierte Stationsbeurteilungsbogen SBB (Engel et al., 1983) verwendet.

Der SBB wurde halbjährlich sowohl den Klienten als auch den Mitarbeiter zum Ausfüllen gegeben.

Der SBB umfasst die folgenden 10 Skalen:

1. Anteilnahme (Ausmass der Beteiligung aller Gruppen am Stationsleben),
2. Unterstützung (Ausmass der gegenseitigen Unterstützung aller Stationsmitglieder),
3. Spontaneität (Inwieweit regt die Umgebung zu spontanem und offenem Verhalten an?),
4. Autonomie (Inwieweit werden die Klienten ermutigt, selbstständig zu handeln und dafür Verantwortung zu übernehmen ?)
5. Praxisorientiertheit (Wie intensiv bereitet die Behandlung auf die Entlassung und die Zeit danach vor?),

6. Persönliche Problemorientiertheit (Inwieweit werden die Klienten ermutigt, offen über ihre Probleme und Gefühle zu reden mit dem Ziel, ihre Selbsteinsicht und ihr Problemverständnis zu erhöhen ?),
7. Aerger und Aggression (Ausmass von offenem Aerger und Aggression),
8. Ordnung und Organisation (Funktionalität des Stationsbetriebes)
9. Klarheit des Behandlungskonzeptes (Wie klar ist allen Stationsmitgliedern das Behandlungskonzept, sowohl generell als auch im einzelnen Fall?) und
10. Kontrolle durch das Personal (Wie stark übt das Personal Kontrollfunktionen aus?).

Um zudem Zielvariablen zu diesem Aspekt der Prozessqualität zu erhalten, wurden zwei Experten, die wesentlich zum Aufbau von SOMOSA beigetragen haben (A. Andreae und T. Berthel) gebeten, je die ideale Stationsatmosphäre für Klienten und Mitarbeiter mittels des SBB abzubilden.

B2 Ergebnisqualität

Der zentrale Aspekt der vorliegenden Untersuchung ist die Ergebnisqualität, d.h. Qualität und Ausmass von Veränderungen der Klienten im Verlaufe der Behandlung in der SOMOSA.

Dazu wurden folgende Hypothesen, Versuchspläne und Untersuchungsverfahren angewandt:

Die zentralen Hypothesen sind:

1. Nach Abschluss der Behandlung in der SOMOSA zeigen die Klienten durchschnittlich eine bedeutsame Verbesserung in ihrem psychopathologischen Zustandsbild, in ihrem subjektiven Befinden und bezüglich der sozialen Bewährung.
2. Diese Veränderungen stellen einen Behandlungsfortschritt gegenüber den gängigen Behandlungsmassnahmen bei einer derartigen Klientengruppe dar.

Zur Überprüfung dieser Hypothesen, wurde zunächst ein Versuchsplan mit randomisierter Zuordnung zur SOMOSA- und Kontrollgruppe gewählt. Das konkrete Vorgehen sieht folgendermassen aus:

1. Die Leitung der SOMOSA trifft aufgrund ihrer Aufnahmekriterien die Vorauswahl aller Anmeldungen.
2. Für einen freien Therapieplatz in SOMOSA wird der Klient, welcher die Aufnahmekriterien erfüllt, zum Vorstellungsgespräch durch die Co-Leitung der SOMOSA und zur Erstuntersuchungen durch die wissenschaftliche Begleitung eingeladen.
3. Ist der Bewerber nach diesem Vorstellungstag von der Leitung der SOMOSA angenommen, wird randomisiert entschieden, ob der Klient der SOMOSA-Gruppe oder der Kontrollgruppe zugewiesen wird.
Die Kontrollgruppe erfährt die gängige Behandlung ausserhalb der SOMOSA.

Dieser ursprüngliche Versuchsplan ging davon aus, dass die Anmeldungen die Kapazitäten von der SOMOSA um ein Vielfaches überschreiten. Leider konnte er nur sehr begrenzt realisiert werden. Dies erklärt sich folgendermassen:

Aus betriebswirtschaftlichen Gründen benötigt die SOMOSA eine Belegung mit etwa 10 Klienten. Anfangs wurde versucht, diesen Versuchsplan einzuhalten. Dies führte dazu, dass erst nach einem gewissen Belegungsprozent angemeldete Klienten, die den Aufnahmekriterien der SOMOSA entsprachen, auch in die wissenschaftliche Begleitung aufgenommen und damit zu 50% der Kontrollgruppe zugewiesen werden konnten.

Im Verlaufe der Zeit zeigte sich, dass sehr viel weniger Klienten zur Aufnahme in die SOMOSA angemeldet wurden als erwartet. Nicht zuletzt dürfte dies auch an der deutlichen Verschlechterung der finanziellen Lage der öffentlichen Hand und dort besonders der Gemeinden während des Untersuchungszeitraumes liegen. So wurden aus finanziellen Gründen zunehmend Klienten von bestehenden Institutionen aufgenommen, die sie sonst abgelehnt hätten. Auch wurden im gleichen Zeitraum spezielle Angebote für Adoleszenzstörungen von anderen Institutionen eröffnet, sodass sich der erwartete Überschuss an Anmeldungen markant verringerte.

Die Bekanntmachung der besonderen Leistungsangebote der SOMOSA erwies sich als schwieriger als erwartet. Die Aufbauphase der SOMOSA bis zur vollen Betriebsbereitschaft brauchte fast zwei Jahre.

Unter dem ökonomischen Druck zeigte sich zunehmend im Kontakt mit den Mitarbeitern sowie mit zuweisenden Personen und Behörden, dass Kriterien einer wissenschaftlichen Begleitung auf wenig Akzeptanz stossen. So wurde Unmut geäußert, dass auch schwierigste Klienten nicht bedingungslos aufgenommen, sondern mit einer Wahrscheinlichkeit von 50% abgelehnt wurden. Ebenso spielten wohl weitverbreitete mangelnde methodische Kenntnisse eine Rolle, welche die Notwendigkeit einer adäquaten Kontrollgruppe zur Beurteilung der Ergebnisqualität eines neuen Konzeptes nicht einsehen können (vgl. auch die derzeitige Diskussion zur "Ärztlichen Abgabe von Heroin" (Uchtenhagen, A., 1997) in der Schweiz).

Der Versuchsplan wurde deshalb so ergänzt (Dittrich & Fischer, 1997b), dass auch Pbn zur Erhöhung der Aussagekraft der Resultate miteinbezogen wurden, die nach der ursprünglichen Version des Versuchsplanes mit einer randomisierten Kontrollgruppe nicht berücksichtigt werden konnten.

Die Hypothese, dass SOMOSA einen Fortschritt gegenüber gängigen Verfahren darstellt, konnte deshalb nicht untersucht werden.

B3 Datenerhebung und Messinstrumente Klienten

Für das Assessment der Klienten, die in die wissenschaftliche Begleitstudie (i.e.S.) aufgenommen wurden, wurden folgende Daten erhoben:

Die **Basisdaten** werden beim Eintritt der Klienten in die wissenschaftliche Begleitung erhoben (z.B. Alter, Geschlecht und weitere allgemeine Angaben).

Die **anamnestischen Daten** werden durch die jeweiligen Unterlagen und in den Gesprächen erhoben.

Bei der Eintrittsuntersuchung wurden folgende psychologischen Messinstrumente eingesetzt:

Fluide und kristallisierte Intelligenz: LPS und MWT

Aus dem computerunterstützten Testsystem LEILA (Leistungsdiagnostisches Labor, 1994) von Hogrefe wurden die zwei folgenden Intelligenztests ausgewählt :

- Mit dem Leistungsprüfsystem wird die logisch-abstrakte (fluide) Intelligenz gemessen. Es wird also die Problemlösefähigkeit erfasst, welche eine Neuorientierung erfordert und nicht alleine auf gelerntem bildungsabhängigem Wissen beruht.
- Mit dem Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest wird die verbale (kristalline, bildungsabhängige) Intelligenz gemessen. Mit diesem Test wird eine Schätzung des verfügbaren Wortschatzes vorgenommen.

Persönlichkeitsfragebogen: FPI-ARIG

Dieser Fragebogen besteht aus zwei Teilen, nämlich den Rigiditätsfragebogen RIG und einer speziellen Version des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI:

Der Fragebogenkatalog RIG umfasst 40 Items zur faktorenanalytisch gesicherten Dimension der Rigidität, unterteilbar in zwei Subdimensionen: eine mehr sthenische Komponente, die sich in Leistungsorientierung, Pflichtbewusstsein und streng geregelter Lebensführung manifestiert, und eine mehr asthenische Komponente, die sich in Abneigung gegen Änderung von Gewohnheiten, Widerstand gegen Ungewisses und Neues und im Bedürfnis nach Sicherheit durch feste Verhaltensprinzipien, Gewohnheiten und Schematismus äussert.

Die verwendete Fassung des FPI entspricht derjenigen, die von der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli in epidemiologischen Studien eingesetzt wird.

Das FPI erfasst die folgenden Persönlichkeitsdimensionen:

Nervosität, Spontane Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit, Geselligkeit, Gelassenheit, Reaktive Aggression, Gehemmtheit und Offenheit.

Als übergeordnete Faktoren erfasst es die Zusatzskalen Extraversion-Introversion, Emotionalität resp. Neurotizismus im Sinne Eysencks und Eysencks (1966).

Das FPI erweist sich in breitester klinischer und allgemeinspsychologischer Verwendung als sehr reliables und valides Selbstratinginstrument.

Zur Untersuchung von Veränderung der Klienten wurden folgende Untersuchungsverfahren verwendet:

Ratingverfahren zur Diagnostik Adolescentärer Dissozialisation: DIAD

Beim Merkmalinventar DIAD (Andreae, 1994, 1997) handelt es sich um ein reliables und valides Fremdratingsystem mit 148 randomisiert angeordneten Items zur phänomenologisch-syndromalen Beurteilung adolescentärer Verhaltensauffälligkeiten. DIAD wird mit Vorteil über das EDV-Expertensystem CIDD mit integriertem Manual, Datenspeicherung, automatischer Skalenwertrechnung und Profilgrafik verwendet (Knecht & Andreae, 1994). Das DIAD umfasst neun Skalen, welche nach bisherigem Wissen für unsere Kultur fundamentale treibende und hemmende Individuations- und Sozialisationskräfte als typische adolescentäre Prozessgrössen beschreiben:

LIMP ("Lustprinzip und Impulsivität") deckt das adolescentär akzentuierte Prinzip rauschhafter Erlebnissucht und Sich-treiben-Lassens, der Verweigerung von Zeitlichkeit und geschichtlichem Raum, der Ekstase, der Bindungslosigkeit, des lustvollen Probierens, des Sich-bestimmen-Lassens von Gefühlen und Stimmungen ab.

GRAL ("Grösse und Allmacht") vertritt Aspekte typischer adolescentärer Grössenphantasien, Verstiegenheiten, Egozentrität und Omnipotenz.

MOPP ("Opposition und Missmut") umfasst Aussagen zum adolescentären Eigensinn, Widerstand, Trotz, Negativismus, Jähzorn und Hass.

WET ("Weltbezug und Transzendieren") beschreibt die adolescentäre Auseinandersetzung nach dem Idealitätsprinzip mit "WELT" im philosophischen Sinne in ihrem natürlich-kreatürlichen wie transzendentalen Bezugsrahmen.

FIT ("Tradition und Fitness") hat Aussagen zum adolescentären Konformitätspotential zum Inhalt, d.h. es werden sozialisatorische Anpassungswerte wie Tradition und Familienbezug, Körpertüchtigkeit und soziale Kollektivbildung berücksichtigt.

KID ("Kindlichkeit und Dependenz") bringt den Aspekt fehlender adolescentärer

Propulsion resp. von regressiven Tendenzen der Adoleszenz zum Ausdruck, der sich in enger abhängiger, unsicher-unreifer Zugewandtheit zu elterlichen und anderen beschützenden Figuren zeigt.

NIL ("Nichtigkeit und Lähmung") umfasst das ganze Spektrum depressogener Vitalhemmung in der Adoleszenz, sei es in Form zwischenmenschlicher Gehemmtheit, geistiger Entfaltungsunlust oder primär resignierter Lebensentmutigung.

BANG ("Beklemmung und Angst") fokussiert das Phänomen Angst in seinen verschiedenen seelischen und körperlichen Ausdrucksformen.

VEX ("Verfremdung und Exzentrik") formuliert ein ganzes Spektrum diskreter bis massiver Realitätsverlust-Phänomene, welche sich typischerweise in der Adoleszenz zeigen, aber auch in psychotische Störungen übersteigen können.

Über die einheitlich normierten und T-transformierten neun DIAD-Skalen lassen sich Profile berechnen. Eine solche visuelle Darstellungsweise erlaubt die rasche Beurteilung der Dissozialisationsqualität nach dem DIAD-Konzept.

Dissozialisations-Index: DINX

Das Instrument DINX zur quantitativen Charakterisierung adolescentärer Dissozialisierung wurde im Rahmen des Nationalfondsprojektes DIAD (Andreae, 1994) entwickelt. Das Instrument bewertet diagnoseunabhängig möglichst objektiv sozialisatorisch relevante konforme und abweichende Verhaltensweisen von Heranwachsenden in sechs Betrachtungsräumen sozialen Verhaltens:

"Zivilalltag", d.h. die Alltagsselbständigkeit im Umgang mit zivilen Gepflogenheiten und Pflichten (Finanzumgang, Hygiene, Lebensgrundversorgung, Ämterverkehr, Bürgerpflichten),

"Nahe Beziehungen", d.h. die Verankerung in nahen mitmenschlichen Beziehungen und Bezügen (tragende Freundschaften, Lebenspartnerschaften, Familienloyalität),

"Freizeitgestaltung", d.h. die nicht-erwerbsbezogenen Eigenaktivitäten, die Interessenspflege, die Entspannungs- und Mussefähigkeit, das freizeitliche Gruppenverhalten,

"Arbeit/Schule", d.h. die ausbildungs- und erwerbsbezogene Leistungsbereitschaft, gemessen an Konstanz und Produktionskraft,

"Substanzkonsum", d.h. das substanzgebundene Genussverhalten, (Alkohol, Haschisch, Drogen, Medikamente), und

"Legalverhalten", d.h. Bereitschaft und Fähigkeit zur Anpassung an strafrechtlich sanktionierte sozialmoralische Normen (Delinquenz).

Im Rahmen der **Globalbeurteilung** (Global Clinical Impression) und dem vorliegenden Eintritts- und Austrittsblatt für stationäre Patienten (Deutscheschweizer Standard für Kliniken, 1996) wird für jeden Klienten, der aus der SOMOSA austritt, sein Zustand bei Austritt im Vergleich zum Eintritt von der Leitung global bewertet und eingetragen (s. Anhang 1.2).

B4 Mitarbeiter

Die Mitarbeiter der SOMOSA erhalten in regelmässigen Zeitabständen vorgehend beschriebene Fragebogen.

Die Basisdaten (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Funktion in der SOMOSA, Stellenantritt

und -austritt) werden durch die Unterlagen aller eingestellten Mitarbeiter (Lebenslauf, Anstellungsvertrag, Kündigung) der SOMOSA erhoben.

Tabelle : Übersicht Datenerhebung

Erfassungsinstrumente Klienten

Aufnahme in die wissenschaftliche Begleitung im engeren Sinne, Erstuntersuchung:

- Basisdaten und anamnestische Daten anhand der Eintrittsunterlagen und ergänzt durch das Erstgespräch.
- Unterbreitung des Fragebogens FPI-ARIG
- PC-Intelligenztest (LPS 3 A/B, MWT A/B)
- DIAD-Erstinterview mit anschließendem Rating und DINX-Bewertung.

Wiederholungsuntersuchung alle 3 Mt.

- DIAD-Wiederholungsinterview mit anschließendem Rating.

Abschluss der wissenschaftlichen Begleitung bei regulärem Austritt

- DIAD-Interview mit anschließendem Rating und DINX-Bewertung
- Unterbreitung des Fragebogens FPI-ARIG

Austrittsbewertung der Klienten durch die SOMOSA Co-Leitung

- Zu jedem Austritt eines Klienten bewertete die Co-Leitung die Situation bei Austritt (im Vergleich zum Eintritt) mittels des Global Clinical Impression (GCI).

Eintritts- und Austrittsbewertung (DINX) der Gesamtstichprobe der SOMOSA

- Anhand aller verfügbaren Unterlagen und ergänzt durch weitere klinische Informationen wurde die Eintritts- und die Austrittssituation mit dem DINX bewertet.

Fragebogenuntersuchung mit dem SBB

- Ab 30.8.95 alle sechs Monate (gleichzeitig mit der Fragebogenumfrage bei den Mitarbeitern) wurde mit Einzelbetreuung der Fragebogen SBB den Klienten der SOMOSA unterbreitet.

Erfassungsinstrumente der Mitarbeiter

- Basisdaten: Anstellungsunterlagen (Lebenslauf, Anstellungsvertrag) und Kündigungen

Fragebogenuntersuchungen bei den Mitarbeitern

- Ab 30.8.95 wurde alle drei Monate der Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit (AZ) und alle sechs Monate wurde der Fragebogen zur Konzeptumsetzung der SOMOSA (FKS) und Stationsatmosphäre (SBB) abgegeben.

Die Dokumentation der Daten erfolgte mittels einer PC - "Datenbank". Die teilweise komplexen statistischen Analysen (vgl. Bortz, 1999) berücksichtigen neben dem üblichen Signifikanz - Niveau auch Masse der praktischen Bedeutung ("klinische Relevanz", "effect size" nach Cohen, 1988).

C Beschreibung der Stichproben

C1 Mitarbeiter

Im Untersuchungszeitraum wurden insgesamt 58 Mitarbeiter (31 Männer und 27 Frauen) während unterschiedlicher Dauer beschäftigt, wovon 37 bis zum Abschluss der Untersuchung gekündigt hatten. Das Durchschnittsalter bei Stellenantritt betrug 34.7 Jahre ($s = 8.3$ Jahre). Die durchschnittliche Anstellungszeit betrug 17.7 Monate ($s = 14.9$ Monate). In der Zeit vom 1.1.94 bis 30.9.98 haben 37 Personen gekündigt.

An den Umfrageterminen mit den Fragebogen (AZ, FKS, SBB) waren insgesamt $N = 47$ Mitarbeiter anwesend. 38 von ihnen haben mindestens einmal einen Fragebogen ausgefüllt.

C2 Klienten der SOMOSA

Im Untersuchungszeitraum vom 18.4.94 bis 30.9.98 sind 50 Jugendliche in die SOMOSA eingetreten, von denen 41 bis zum Untersuchungsabschluss ausgetreten sind. Das Alter beim Eintritt betrug im Durchschnitt 18.9 Jahre ($s = 2.2$ Jahre).

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 10.1 Monate ($s = 8.7$).

Von allen 50 Klienten ist das Clinical Global Impression (CGI) bei Austritt von der Co-Leitung eingeschätzt worden. Es liegen von 49 Klienten die Krankengeschichten zum Verlauf ihrer Behandlung in der SOMOSA vor.

Zu den halbjährlichen Umfragezeitpunkten mit dem Stationsbeurteilungsbogen (SBB) waren insgesamt 34 Klienten in der SOMOSA, von denen $N = 30$ bei mindestens einer Umfrage mitmachten.

C3 Klienten der wissenschaftliche Begleitung im engeren Sinne (i.e.S.)

Insgesamt wurden 14 Klienten der SOMOSA und 4 Jugendliche als Kontrolle über einen längeren Zeitraum in die wissenschaftliche Begleitung (i.e.S.) einbezogen. Die Klientenstichprobe setzt sich aus 10 regulären Klienten und 4 Klienten, die gemäss dem ursprünglichen Konzept randomisiert der Therapiegruppe (SOMOSA) zugeteilt wurden, zusammen.

Das Durchschnittsalter der 14 Klienten der SOMOSA bei Eintritt betrug 19.5 Jahre ($s = 2.2$ Jahre). Das Durchschnittsalter der Kontrollgruppe betrug 18.4 Jahre ($s = 3.0$ Jahre).

Bei der Kontrollgruppe konnten drei von vier DIAD-Verläufen vollständig erhoben werden. Der Vierte verweigerte nach der Erstuntersuchung jegliche weitere Zusammenarbeit.

Nach dem alle 14 Klienten der SOMOSA bei der Eintrittsuntersuchung mit dem DIAD erfasst werden konnten, liegen Daten von 10 Klienten für die erste Nachuntersuchung, acht für die zweite, fünf für dritte und vier für die vierte Nachuntersuchung vor.

Von der Gesamtstichprobe (N = 18) konnten ein Intelligenztest mit N = 15 durchgeführt werden (N = 3 Verweigerungen). Es zeigte sich, dass bei diesen Jugendlichen die logisch-abstrakte Intelligenz über dem Normbereich liegt, die bildungsabhängige, verbale Intelligenz jedoch unter die Norm abfällt.

14 Jugendliche füllten den FPI-ARIG aus (N = 4 Verweigerungen). Ein signifikant von der Normpopulation abweichender Wert mit grosser praktischer Signifikanz (ES) zeigte sich nur in wenigen Skalen des FPI: Nervosität (erhöht), Depressivität und Emotionale Labilität (Neurotizismus; erhöht), Maskulinität (erniedrigt). Keine wichtigen Unterschiede zeigten sich in den Skalen für Aggression, Geselligkeit, Gehemmtheit, Offenheit und Extraversion. Auch bezüglich Rigidität unterscheidet sich unsere Stichprobe nicht wesentlich von den Normstichproben.

D ERGEBNISSE

Die "Strukturqualität" der SOMOSA wurde einleitend bereits dargestellt. Es folgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse zur Prozess- und Ergebnisqualität.

D1 Prozessqualität

Die Arbeitssituation und -Zufriedenheit der Mitarbeiter - erfasst mit dem Fragebogen AZ - stellt sich aus deren Sicht insgesamt folgendermassen dar:

Mit der **Arbeitssituation** sind die Mitarbeiter mehrheitlich in fast allen erfassten Aspekten während des gesamten Untersuchungszeitraums eher zufrieden. Dies betrifft: die Umweltbedingung am Arbeitsplatz, die Möglichkeit, sich die Arbeit selbst einteilen zu können, das Verhalten von Vorgesetzten, wenn Probleme auftauchen, die Möglichkeit, sich neue fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben, die Gehalt- und Sozialleistungen, Möglichkeiten, die Arbeit so zu verrichten, wie es ihnen liegt, Möglichkeiten ihre Fähigkeiten bei ihrer Tätigkeit einzusetzen, das Vertrauen, das die Vorgesetzten entgegenbringen, die Verfügbarkeit von Arbeitsmitteln, sowie das Vertrauensverhältnis und die Zusammenarbeit untereinander. Eher skeptisch wird die Möglichkeit gesehen, in eine höhere Gehaltsgruppe zu gelangen oder befördert zu werden.

Untersuchungen zu Veränderungen dieser Beurteilungen im Vergleich von (etwa) erster und zweiter Hälfte des Untersuchungszeitraum (Periode P1 und P2) erbrachten das folgende Ergebnis:

Die Umweltbedingungen am Arbeitsplatz haben sich bei P2 im Vergleich zu P1 eher leicht verschlechtert. Dies gilt auch für die Möglichkeiten, sich die Arbeit selbst einteilen zu können, das Verhalten von Kolleg/Innen und die Zusammenarbeit untereinander.

Untersuchungen zur **Arbeitszufriedenheit** der Mitarbeiter/Innen, ergaben folgende Ergebnisse:

Die Arbeitszufriedenheit ist insgesamt hoch. Es besteht eine positive Zuversicht, dass Erwartungen und Ziele erreicht werden. Eine resignative Anpassung an die Arbeitssituation kommt praktisch nicht vor.

Diese positiven Ergebnisse überraschen, da die Mitarbeiter der SOMOSA eine sehr schwierige Aufgabe zu bewältigen haben. Inwieweit bei den Antworten Beschönigungstendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit eine Rolle spielen, lässt sich nicht abklären. Der Fragebogen dürfte wegen seiner Kürze auch Reliabilitätsmängel aufweisen. Für eine gewisse Validität spricht andererseits, dass die Arbeitszufriedenheit während eines Zeitraumes am schlechtesten eingeschätzt wurde, in dem viele Kündigungen der Mitarbeiter erfolgten.

Konzeptumsetzung (FKS)

Die Realisierung und die Kenntnisse der Mitarbeiter wurde mit dem speziell entworfenen Fragebogen FKS erfasst. Es zeigte sich eine gute Kenntnis des Behandlungskonzeptes. Lediglich der Begriff "Schontechnik" wurde von den Mitarbeitern in der Periode 1 bis zum Zwischenbericht überwiegend falsch (85%) verstanden. In der Periode 2 bis Abschluss der Untersuchung wurde diese Frage bedeutend öfters richtig (33%) beantwortet. Die Mitarbeiter schätzten die praktische Realisierung des theoretischen Konzeptes als ziemlich gut ein.

Statistisch bedeutende Unterschiede in der Bewertung zwischen der Periode 1 und der Periode 2 zeigen sich in folgenden Bereichen:

Die wissenschaftliche Begleitung wird in Periode 2 als störender und überflüssiger bewertet.

Die eingetretenen Klienten entsprechen stärker dem Zielklientel der SOMOSA. Die Arbeit wird kreativer umgesetzt, die Abgrenzungsfähigkeit wurde höher eingeschätzt. In der Periode 2 wurde die gezielte und differenzierte Abgabe von Psychopharmaka schlechter eingestuft.

Die Unterschiede (rund 1 Differenzpunkt) sind im Verhältnis zur Bewertungsskala (1-5 Punkte) relativ gering.

Schliesslich wurden Aspekte der **wissenschaftlichen Begleitung** selbst untersucht (FWB).

Es wurden regelmässig die Erwartungen der wissenschaftlichen Begleitung über den Erfolg der SOMOSA im Vergleich zu gängigen Institutionen mit ähnlichen Klienten erhoben. Es zeigte sich, dass die wissenschaftliche Begleitung bis zum Zwischenbericht (Periode 1) einen etwas grösseren Erfolg der SOMOSA sowohl kurz- wie langfristig erwartet. In der folgenden Zeit bis zum Abschluss der Untersuchung (Periode 2) wurde der kurzfristige sowie der langfristige Erfolg tendenziell noch etwas höher eingeschätzt. Die Zusammenarbeit zwischen den SOMOSA-Mitarbeitern und der wissenschaftlichen Begleitung wurde von dieser in der Periode 1 bis zum Zwischenbericht als mässig bis gut eingeschätzt, in der Zeit nach dem Zwischenbericht bis zum Abschluss der Untersuchung (Periode 2) als mässig, d.h. einen Bewertungspunkt tiefer.

Grössere Verfälschungen der Ergebnisse zur "Ergebniskontrolle" durch die Erwartungshaltungen der wissenschaftlichen Kontrolle sind eher unwahrscheinlich.

Zur Beurteilung der **Stationsatmosphäre** der SOMOSA mittels des standardisierten Fragebogens **SBB** wurden folgende drei Aspekte untersucht:

1. "Ideal versus Real"

Die "ideale" Stationsatmosphäre wurde durch Andreae und Berthel sowohl für Klienten wie auch Mitarbeiter mittels des SBB abgebildet.

Die Übereinstimmung zwischen den "Idealprofilen" der beiden Experten betrug für die Mitarbeiter $r = 0.87$ und für die Klienten $r = 0.52$.

Die Werte der beiden Experten wurden dementsprechend gemittelt.

Die "reale" Einschätzung der SOMOSA durch die Mitarbeiter zeigte eine hohe Korrelation mit dem "idealen" Expertenprofil.

Dies trifft für die Klienten nicht zu, deren "reale" Einschätzungen grosse Unterschiede zum "idealen" Expertenprofil zeigen.

2. SOMOSA und andere Institutionen

Die Erhebung in der SOMOSA wurde mit 12 publizierten Untersuchungen in anderen Institutionen verglichen.

Für die Gesamtpopulation finden sich die grössten Ähnlichkeiten zu psychotherapeutischen Stationen (und Institutionen) und solchen mit vorwiegend "Suchtpatienten".

Die geringste Ähnlichkeit findet sich durchgängig zu den Normen von "Universitätskliniken". Insgesamt entspricht die "Stationsatmosphäre" im gemeinsamen Urteil von Klienten und Mitarbeitern kaum derjenigen von offenen Stationen und solchen mit vorwiegend "Psychotikern".

Die Klienten sehen die SOMOSA-Atmosphäre im Vergleich zu den Mitarbeitern eher als die von geschlossenen Stationen. Sie sehen SOMOSA viel ähnlicher zu (deutschen) Landeskrankenhäusern.

Vergleichsweise geringe Ähnlichkeiten sehen die Klienten auch zu psychotherapeutisch oder somatotherapeutisch arbeitenden Stationen bzw. Institutionen.

Aus der Sicht der Klienten entspricht die Atmosphäre der SOMOSA im Vergleich zu den Mitarbeitern keineswegs einer psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierten Station. Die Klienten schätzen die SOMOSA-Atmosphäre im Vergleich zu den Mitarbeitern in Periode 1 sowie auch in Periode 2 als eher untypisch für Stationen mit vorwiegend Neurotikern und als eher typisch für solche mit vorwiegend Psychotikern ein.

3. Vergleiche innerhalb der SOMOSA

Für jede der 10 Skalen des SBB wurden mögliche Unterschiede zwischen Mitarbeitern und Klienten für zwei verschiedenen Zeitperioden (4 Gruppen) statistisch verglichen (Varianzanalyse).

Skala 1: "*Anteilnahme*", d.h. im Ausmass der Beteiligung aller Gruppen am Stationsleben, unterscheiden sich die vier Gruppen statistisch signifikant und klinisch sehr bedeutsam. Die Mitarbeiter geben für beide Perioden höhere Werte für "Anteilnahme" an als die Klienten. Für die Mitarbeiter nimmt die "Anteilnahme" von der ersten zur zweiten Periode zu, während sie für die Klienten durchschnittlich gleich bleibt.

Skala 2: "*Unterstützung*", d.h. im Ausmass der gegenseitigen Unterstützung aller Stationsmitglieder, zeigt sich kein zeitlicher Einfluss. Die Mitarbeiter schätzen insgesamt die "Unterstützung" bedeutend höher ein als die Klienten.

Skala 3: "*Spontaneität*", d.h. inwieweit SOMOSA zu spontanem und offenem Verhalten anregt, finden sich analoge Ergebnisse wie zur Skala "Unterstützung". Zeitliche Veränderungen lassen sich nicht feststellen. Die Mitarbeiter schätzen die "Spontaneität" höher ein als die Klienten.

Skala 4: "*Autonomie*". Die Skala betrifft die Frage, inwieweit die Patienten ermutigt werden, selbständig zu handeln und dafür Verantwortung zu übernehmen.

Die Mitarbeiter schätzen die "Autonomie" insgesamt höher ein als die Klienten. Ein signifikanter Unterschied findet sich für den zweiten, nicht aber für den ersten Zeitraum.

Die Streuung der Klienteneinschätzungen ist in dieser Skala beträchtlich höher als diejenige der Mitarbeiter.

Skala 5: Bezüglich der Beurteilung der *"Praxisorientiertheit"*, d.h. der Vorbereitung durch die SOMOSA auf die Entlassung und die Zeit danach, finden sich global signifikante und klinisch bedeutsame Unterschiede. Mitarbeiter beurteilen die *"Praxisorientiertheit"* höher als die Klienten. Die Klienten streuen auch hier in ihrem Urteil stärker als die Mitarbeiter.

Skala 6: Auch in der Skala *"persönliche Problemorientiertheit"* finden sich global signifikante und klinisch bedeutsame Unterschiede. Dabei geht es darum, offen über Probleme und Gefühle zu reden, mit dem Ziel, Selbsteinsicht und Problemverständnis zu erhöhen. Die Einschätzungen der Mitarbeiter auch dieser Variable sind beträchtlich höher als die der Klienten. Im zeitlichen Verlauf zeigen sich keine Veränderungen.

Skala 7: In der Skala *"Ärger und Aggression"* geht es um die Beurteilung des Ausmasses von offen geäussertem Ärger und deutlichen Aggressionen. In dieser Skala finden sich die geringsten Unterschiede zwischen den vier Gruppen.

Skala 8: In *"Ordnung und Organisation"*, d.h. der Funktionalität des Stationsbetriebes. Hier zeigt sich nur ein kleiner Effekt, indem aus Sicht der Mitarbeiter *"Ordnung und Organisation"* im Verlaufe zugenommen hatte.

Skala 9: Die Unterschiede in der Beurteilung der *"Klarheit des Behandlungsprogrammes"* sind global signifikant und von grosser klinischer Bedeutsamkeit. Hier handelt es sich darum, wie klar bei allen Stationsmitgliedern das Behandlungskonzept ist, sowohl generell als auch im einzelnen Falle.

Für die Mitarbeiter ist das Behandlungsprogramm sehr viel klarer als für die Klienten. In beiden Gruppen ist keine Veränderung im Zeitverlauf feststellbar. Die Urteile der Klienten sind variabler als die der Mitarbeiter.

Skala 10: In der *"Kontrolle durch das Personal"*, d.h. in welchem Ausmasse die Mitarbeiter der SOMOSA Kontrollfunktionen ausüben, finden sich global signifikante Mittelwertsdifferenzen, welche von praktischer Bedeutsamkeit sind.

Die Mitarbeiter sind im Gegensatz zu den Klienten der Ansicht, dass wenig Kontrollfunktionen ausgeübt werden. Veränderungen zwischen den beiden Untersuchungsperioden lassen sich für keine der beiden Stichproben nachweisen.

D2 Ergebnisqualität (Outcome)

Bei allen Klienten der SOMOSA (N = 49) wurde die Dissozialisation mit dem **Erhebungsinstrument DINX** sowohl bei Eintritt als auch bei Austritt erfasst.

Zusammenfassend nimmt der DINX-Gesamtwert zwischen Eintritt und Austritt statistisch signifikant mit einer grossen praktischen Signifikanz (ES) ab. Die Streuung (s) der einzelnen Werte nimmt dabei zu. Was bedeutet, dass die Unterschiede zwischen den einzelnen Klienten bei Austritt wesentlich grösser sind als bei Eintritt in die SOMOSA.

Auf die einzelnen Sozialisationsbereiche bezogen nehmen die Dissozialisationswerte in allen Bereichen ausser dem "Legalverhalten" statistisch signifikant ab. Die Korrelationen zwischen den beiden Erhebungen zeigen in allen Bereichen einen mittleren Zusammenhang.

Bei der Stichprobe der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne (N = 14) zeigt sich ein ähnliches Ergebnis wie oben, wobei die Streuung (s) der Werte bei Austritt noch stärker zunimmt.

Auf die einzelnen Sozialisationsbereiche bezogen nehmen die Dissozialisationswerte in allen Bereichen ausser "Substanzkonsum" und "Legalverhalten" statistisch signifikant ab. Die Korrelationen zwischen den Messwiederholungen zeigen ausser im Bereich "Legalverhalten" einen mittleren Zusammenhang. Im Bereich "Legalverhalten" ist dieser Zusammenhang schwach.

Die Einschätzung aller Klienten (N = 50) mit dem **Global Clinical Impression (GCI)** zeigt, dass der Zustand bei Austritt aus der SOMOSA im Vergleich zum Eintrittszustand zwischen wenig besser und sehr viel besser bewertet wird. Sieben Klienten wurden als nicht beurteilbar eingeschätzt.

Der Zustand bei Austritt der Stichprobe der SOMOSA-Gruppe der wissenschaftlichen Begleitung (i.e.S.; N = 14) wurde im Vergleich zum Eintrittszustand zwischen unverändert / wenig besser und sehr viel besser eingeschätzt.

Diagnostisches Inventar differentieller Adoleszentenstörungen DIAD

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

In den neun DIAD - Skalen ergaben sich drei signifikante Verlaufsveränderungen. Dies sind in der Reihenfolge des Ausmasses: NIL, FIT und LIMP.

Inhaltlich bedeuten diese Veränderungen:

Die initialen Werte in FIT ("Tradition und Fitness") steigen innerhalb von drei Monaten und erreichen das Maximum nach 6 Monaten, um dann relativ konstant zu bleiben. Das adolescentäre Konformitätspotential steigt also an. Es erfolgt eine Anpassung an Traditionen. Soziale Kollektivbildung und auch Körpertüchtigkeit erhöhen sich.

Die Werte in der Skala LIMP ("Lustprinzip und Impulsivität") gehen innerhalb von drei Monaten deutlich zurück, um danach ziemlich konstant zu bleiben. Die rauschhafte Erlebnissucht und das Sich-treiben-lassen, die Bindungslosigkeit, das lustvolle Probieren, das Sich-bestimmen-lassen von Gefühlen und Stimmungen nimmt also ab.

Besonders finden sich klare Veränderungen in der Skala NIL ("Nichtigkeit und Lähmung"). Die depressive Vitalhemmung, in Form zwischenmenschlicher Gehemmtheit, geistiger Entfaltungsunlust und primär resignierten Lebensentmutigung nimmt innerhalb von drei Monaten in der SOMOSA ab und stabilisiert sich dann auf relativ niedrigem Niveau.

DIAD Zielprofilvergleiche

Für jeden Klienten der wissenschaftlichen Begleitung (i.e.S.) inklusive Kontrollgruppe (N = 18) wurden individuelle DIAD-Zielprofile (durch T. Berthel) prognostiziert. Aufgrund des anonymen DIAD-Profiles der Ersterhebung, ergänzt durch die schriftlichen Notizen (anonym), wurden Prognosen für 1 Jahr (ZP 1) und fünf Jahre (ZP 5) erstellt.

Die individuell prognostizierten Zielprofile für ein und fünf Jahre korrelieren sehr hoch miteinander ($r = 0.77$), was bedeutet, dass in diesem Zeitraum kaum mehr Veränderungen erwartet werden.

Zusätzlich wurde das Normprofil für Gesunde der DIAD-Studie (Andreae, 1994) als Zielprofil betrachtet. Dieses zeigt kaum einen Zusammenhang zu den individuell prognostizierten Zielprofilen, wenn auch die Korrelation mit ZP 5 (nicht aber mit ZP 1) statistisch signifikant wird ($r = 0.39$).

Sowohl eine "quantitative" wie auch "qualitative" Annäherung an die alters- und geschlechtsspezifische Norm wird nicht vor fünf Jahren nach dem Erstinterview und in nicht sehr starkem Ausmass erwartet.

Empirische DIAD-Profile im Vergleich mit den Zielprofilen

Die DIAD-Interviewprofile korrelieren zwischen den fünf Messzeitpunkten durchweg hoch miteinander ($r > 0.50$).

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Korrelationen der Interviews 1-5 mit den Zielprofilen ZP 1 und ZP 5 zeigt sich, dass sich hier ebenso hohe Zusammenhänge zeigen, wie zwischen den Interviewprofilen.

Betrachtet man das Normprofil, so zeigt sich, dass die Profilähnlichkeit der DIAD-Interviews mit der Norm von Interview 1 zu Interview 5 tendenziell zunimmt. Parallel dazu zeigt sich, dass die Euklidischen Distanzen abnehmen. Ob sich im weiteren Verlauf Annäherungen an die vorgegebenen Zielprofile zeigen könnten, wäre nur durch Nachuntersuchungen der Klienten festzustellen.

D3 Zusammenhang der Erfolgsmasse

Eine Abnahme der Dissozialisation (Gesamtwert des **DINX**) stimmt am höchsten mit einer Abnahme der Dissozialisationswerten in den Bereichen "Zivilalltag", "Arbeit" und "Nahe Beziehungen" überein, gefolgt von dem Bereich "Freizeitgestaltung" und "Legalverhalten". Der Zusammenhang zwischen einer Abnahme der Dissozialisation (Gesamtwert des **DINX**) und dem Bereich "Substanzkonsum" ist am schwächsten.

Der Zusammenhang der Abnahme der Werte in den Bereichen "Zivilalltag" mit dem Bereich "Arbeit" und "Freizeitgestaltung" ist hoch. Ebenfalls ist der Zusammenhang der Abnahme der Werte im Bereich "Freizeitgestaltung" und "Arbeit" hoch.

Es besteht ein mässiger Zusammenhang in der Abnahme der Werte in dem Bereich "Substanzkonsum" mit dem Bereichen "Legalverhalten".

Die Abnahme der Gesamtskalenwerte des **DINX** und das **GCI** korreliert sehr hoch miteinander ($r = 0.78$; $N = 42$), d.h. die Abnahme im **DINX** zeigt einen klaren Zusammenhang mit der "besseren" Austrittsbewertung im **GCI**.

Für die Stichprobe der wissenschaftlichen Begleitung (i.e.S.; $N = 14$) konnte der Zusammenhang aller drei Erfolgsmasse **DIAD**, **DINX** und **GCI** untersucht werden. Auch in dieser Teilstichprobe wird der Zusammenhang in der Gesamtstichprobe zwischen **DINX** - Total und **GCI** ($r = 0.84$) gefunden.

Von den DIAD-Skalen zeigen nur LIMP ("Lustprinzip und Impulsivität"), NIL ("Nichtigkeit und Lähmung") und FIT ("Tradition und Fitness") einen statistisch signifikanten, wenn auch nicht sehr hohem Zusammenhang mit DINX und /oder GCI. Eine Verbesserung anhand von DINX und GCI geht einher mit einer Abnahme von LIMP und NIL und einer Zunahme von FIT.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung kann aufgrund der Zusammenschau der Resultate vorgeschlagen werden, den "Modellversuch" SOMOSA als Standard fortzusetzen. Um eine rational begründete Aussage darüber machen zu können, ob SOMOSA tatsächlich einen Fortschritt gegenüber gängigen Behandlungsmassnahmen darstellt, ist aber dringend ein konsequenter Vergleich mit randomisiert oder wenigsten parallelisiert erhobenen Kontrollgruppen zu fordern. Erst dann und nach langfristigen Verlaufsuntersuchungen ist eine Aussage über den ökonomischen Aspekt der Ergebnisqualität von SOMOSA möglich.