

**Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung  
zum Modellversuch  
„Sozialpädagogisch-psychiatrische Modellstation  
(SOMOSA)“**

**1.1.1994 - 31.12.1998**

**zuhanden des  
Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements  
Fachausschuss für Modellversuche**

**A. Dittrich  
C. Fischer**

**Zürich, 30.4.1999**

## Danksagung

Wir danken vielen Personen und Institutionen.

Unser Dank gilt zunächst Herrn Dr. med. R. Furger und Herrn Dr. med. A. Andreae, ohne deren jahrelange Vorarbeit das Projekt "SOMOSA" nie zustande gekommen wäre - ein Modellversuch, dessen wissenschaftliche Kontrolle von Anfang an intendiert war.

Mit Herrn Andreae, Vorsitzender des Betriebsrates und Präsident der Trägerstiftung SOMOSA, konnten wir in vielen freundschaftlichen Gesprächen auch die schwierigeren Probleme diskutieren, die sich zwangsläufig ergeben, wenn die "Praxis" einer aussergewöhnlichen Psychotherapie-Station mit der "Theorie" ihrer wissenschaftlichen Begleitung zusammentrifft. Herr Andreae hat in Grenzfällen für wissenschaftliche Stringenz plädiert.

Ein grosser Dank gilt dem "Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartment" (Bundesrat Prof. Dr. jur. A. Koller) und dort der Vorsitzenden des "Fachausschusses für Modellversuche", Frau Dr.rer.pol. P. Schürmann.

Ohne finanziellen Beitrag durch das "Bundesamt für Justiz" und der Stiftung "Entwicklungspsychiatrie des jungen Erwachsenenalters" wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen. Eine solche Unterstützung scheint uns auch deshalb bemerkenswert, da in der heutigen ökonomischen Situation eher kurzfristige "Qualitätskontrollen" als kontinuierliche, erfahrungswissenschaftlich begründete Untersuchungen erwünscht sind.

Bei manchen Problemen haben uns Frau Dr. med. et lic.phil. Maja Maurer, und Herr Dr. med. D. Lamparter beraten. Dafür danken wir sehr.

Unser besonderer Dank gebührt den früheren und heutigen MitarbeiterInnen (\*) der SOMOSA, speziell Frau Dr. med. B. Altorfer, Herrn Dr. med. T. Berthel und Herrn M. Nilsen.

Vor allem aber danken wir den Klienten, die sich zur Teilnahme an dieser Studie bereit erklärten.

\* Aus Gründen der Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen im folgenden gelegentlich nur in männlicher Form verwendet. Alle Aussagen gelten - so inhaltlich gerechtfertigt - auch für Frauen.

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Zusammenfassung</b>	I - XVI
<b>1. Ziel und Aufbau der Arbeit</b>	<b>1</b>
1.1. Allgemeines zum Aufbau von Qualitätskontrollen	1
1.2. Strukturqualität	3
1.3. Prozessqualität	3
1.4. Ergebnisqualität	3
1.5. Probleme der Zielfindung	6
1.6. Probleme der Kriterienbestimmung	6
1.7. Validitätsprobleme von Untersuchungsdesigns	7
1.8. Politische und ökonomische Problembereiche	8
<b>2. Zur Problematik schwerer Adoleszentenkrisen und ihrer Behandlung</b>	<b>10</b>
2.1. Umschreibung schwerer Adoleszentenkrisen	11
2.2. Behandlungsformen schwerer Adoleszentenkrisen	12
<b>3. Qualitätskontrolle der SOMOSA</b>	<b>13</b>
3.1. Zur Strukturqualität der SOMOSA	13
<b>4. Untersuchungsverfahren zur Prozesserfassung der SOMOSA</b>	<b>20</b>
4.1. Allgemeine Unterlagen	20
4.2. Erfassung der Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit bei den Mitarbeitern (AZ)	20
4.3. Erfassung der Konzeptrealisierung bei den Mitarbeitern (FKS)	20
4.4. Variablen der wissenschaftlichen Begleitung (FWB)	20
4.5. Erfassung der Stationsatmosphäre bei den Mitarbeitern und den Klienten (SBB)	21
4.6. Untersuchungszeitpunkte der Mitarbeiter und der Klienten der SOMOSA	22

	Seite
<b>5. Ergebnisqualität der SOMOSA</b>	<b>23</b>
5.1. Grundzüge nach dem ursprünglichen Konzept der wissenschaftlichen Begleitung	23
5.2. Ursprüngliches experimentelles Design	23
5.3. Gründe zur Änderung des ursprünglichen Versuchsplanes	25
<b>6. Qualitätskontrolle anhand von Zielvorgaben DIAD</b>	<b>26</b>
6.1. Vorbemerkungen	26
6.2. Konkretes Vorgehen	26
6.3. Eintritts- und Austrittsbewertung der Klienten der SOMOSA (DINX)	28
6.4. Austrittsbewertung der Klienten durch die Co-Leitung der SOMOSA (GCI)	28
<b>7. Untersuchungsinstrumente zur Operationalisierung</b>	<b>29</b>
7.1. Struktur	29
7.2. Untersuchungsinstrumente zur Prozessqualität	29
7.3. Untersuchungsinstrumente zur Ergebnisqualität	32
<b>8. Assessment und Untersuchungsinstrumente zur Beschreibung der Stichproben</b>	<b>38</b>
8.1. Assessment der Klienten der wissenschaftlichen Begleitung i.e.S.	38
8.2. Basisdaten	38
8.3. Anamnestische Daten	38
8.4. Fluide und kristallisierte Intelligenz: LPS und MWT	38
8.5. Persönlichkeitsfragebogen: FPI-ARIG	38
8.6. Assessment der Mitarbeiter	40
<b>9. Dokumentation der Daten und statistische Auswertung</b>	<b>41</b>
<b>10. Beschreibung der Stichproben</b>	<b>43</b>
10.1. Stichproben der Probanden der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne und der Gesamtstichprobe der Klienten der SOMOSA	43
10.2. Stichprobe nach dem ursprünglichen Konzept der wissenschaftlichen Begleitung	44
10.3. Stichprobe der Mitarbeiter	52
10.4. Wissenschaftliche Begleitung	54

	Seite
<b>11. Ergebnisse</b>	<b>55</b>
11.1. Ergebnisse: Prozessqualität	55
11.2. Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit (AZ)	55
11.3. Konzeptumsetzung (FKS)	65
11.4. Stationsbeurteilung (SBB)	75
11.5. Wissenschaftliche Begleitung (FWB)	86
11.6. Ergebnisse: Ergebnisqualität (Outcome)	89
11.7. DINX, Vergleich Erhebung M1 (Eintritt) und M2 (Austritt, bzw. 30.9.98) aller Klienten der SOMOSA	89
11.8. Globale Erfolgseinschätzung der Klienten der SOMOSA (GCI)	96
11.9. Verlaufsveränderungen pro DIAD - Dimension	97
11.10. Zusammenhang der Erfolgsmasse	107

<b>12. Diskussion</b>	<b>110</b>
-----------------------	------------

<b>Literatur</b>	<b>113</b>
------------------	------------

Unterschriften

## **Anhang**

**Anhang 1: Fragebogen und Erhebungsinstrumente**

**Anhang 2: Abbildungen und Tabellen**

**Anhang 3: Inhaltsverzeichnis (detailliert)**

## 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.

# 1. Ziel und Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich nach den Grundzügen der Qualitätskontrolle. Donabedian (1966) unterscheidet die verschiedenen Bereiche in Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität.

## 1.1. Allgemeines zum Aufbau von Qualitätskontrollen

Die Evaluationsforschung ("wissenschaftliche Begleitung") nahm ihren Aufschwung in den 60er Jahren in den USA. Vor allem Gesetzgebungen initiiert von J.F. und R. Kennedy führten dazu, dass die Evaluationsforschung als explizite Verwendung wissenschaftlicher Forschungsmethodik etabliert wurde.

Sie war und ist eine interdisziplinäre Forschung, die vor allem vier Anwendungsbereiche hat, nämlich:

1. Ausbildungs- und Erziehungswesen,
2. das gesamte System des Gesundheitswesens,
3. der Bereich der Arbeit und Wirtschaft, und
4. das Polizei- und Justizwesen.

Die beträchtlichen methodischen Probleme solcher Begleitforschungen wurden früh diskutiert. Als "Klassiker" gelten Campbell und Stanley (1966), Cook und Campbell (1979). Für den deutschen Sprachbereich liegt eine zusammenfassende Diskussion der Problematik bei Wittmann (1985) vor.

Auf dieser Grundlage beschäftigten sich Lösel, Köferl und Weber (1987) mit einer Meta-Evaluation der Behandlungsforschung in sozial-therapeutischen Anstalten des Justizvollzugs, wobei Institutionen mit jugendlichen Straftätern im Vordergrund stehen.

Die dort diskutierten Gesichtspunkte sind für diesen Bericht von besonderer Bedeutung und hatten (neben Grawe, Donati & Bernauer, 1994) Einfluss auf die Planung und Durchführung dieser Untersuchung.

In Zentrum irgendwelcher Massnahmen zur Veränderungen im psychosozialen Bereich steht die Frage, in wieweit deren Effekte kausal zu interpretieren sind und somit Handlungsanweisungen für weiteres Vorgehen geben können.

Eine Systematik der Validitätsgefährdungen von Untersuchungen zur Kausalität von Massnahmen der besprochenen Art geben Lösel et al. (1987).

Im Rahmen der finanziellen und politischen Diskussion über Gesundheitsversorgung ist der Druck auf Begriffe wie Qualitätssicherung, "new public management" und Wirksamkeit von Behandlungen in den letzten Jahren sehr gewachsen.

Die Qualitätssicherung wurde im industriellen Bereich entwickelt und eingeführt (ISO 9000). Diese Qualitätssicherung normiert, optimiert und prüft die Produktions- bzw. Geschäftsabläufe in Betrieben unabhängig, in welcher Branche diese tätig sind. Dem Kunden werden so die internen Geschäftsabläufe offen gelegt und eine Garantie der Qualität der Ware wie auch der Geschäftsabwicklung gegeben.

Ziel der Einführung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist die Senkung der Kosten, eine Verbesserung der Effizienz und Qualität der gesundheitlichen Versorgung sowie eine grundlegende obligatorische Krankenversicherungs-Gesetzgebung für die Bevölkerung.

Die Einführung einer Qualitätskontrolle im Gesundheitswesen gestaltet sich nun einiges schwieriger als im industriellen Bereich.

Im Gesundheitswesen ist jede Abteilung eines Spitals oder einer Klinik sowie jede Therapiestation oder Praxis geprägt von unterschiedlich gewichteten und gehandhabten Inhalten der Behandlung zur Heilung und administrativen Organisation.

In einer Behandlung, sobald therapeutische und psychiatrisch-psychologische Aspekte eine Rolle spielen, ist -neben der Ausbildung- die individuelle Persönlichkeit, persönliche Fähigkeiten und Werthaltungen sowie die zwischenmenschliche Beziehung von Bedeutung.

Mit dem Wunsch, die Effizienz und Qualität dieser hauptsächlich medizinischen Versorgung mittels einer Qualitätssicherung zu optimieren und einrichtungsübergreifend zu erfassen, stösst man auf Grenzen.

Es wurden verschiedene methodische Ansätze zur Qualitätssicherung gemacht, die jedoch schwer zugänglich, von unterschiedlicher Qualität und begrenzter Übertragbarkeit sind. Ebenfalls fehlt eine schlüssige Theorie, welche die notwendigen und hinreichenden Bedingungen hoher Qualität benennt (Bührlen-Armstrong & Bengel, 1998; Hell, 1998).

Neben dieser grundlegenden Frage, was Qualität ist, kann der Prozess einer Behandlung inhaltlich wegen den verschiedenen Einflussvariablen (z.T. oben erwähnt) nur schwer operationalisiert und einheitlich standardisiert werden. Eine andere Meinung vertritt die Haltung, dass Standards ihre Grenzen am ärztlichen Ermessensbereich der "Therapiefreiheit" haben (Buchborn, 1993). Dieser Entscheidungs- und Handlungsspielraum rechtfertigt seinerseits keine Willkür, aber erlaube eine zu begründende Abweichung von gruppenstatistisch gültigen Behandlungsstandards im individuellen Fall, in dem z.B. neue Behandlungsmöglichkeiten versucht werden (Gaebel & Schwarz, 1998, s. Literatur dort). Einige Therapieverfahren sind empirisch als hoch wirksam nachgewiesen worden, es finden jedoch auch eine Reihe unzureichend evaluierter Methoden klinische Anwendung (Gaebel & Schwarz, 1998; Grawe et al., 1994).

Im Rahmen psychiatrischer, psychotherapeutischer und im weiteren Sinne pädagogischer Einrichtungen wird nachfolgend auf die Umsetzungsprobleme der Qualitätskontrolle in der Praxis eingegangen.

Donabedian (1966) unterscheidet die verschiedenen Bereiche in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität:

- Elemente zur Strukturqualität beinhalten die Voraussetzung zur Erbringung von Leistungen
- Elemente zur Prozessqualität beinhalten die Qualität und Quantität der Behandlung
- Elemente der Ergebnisqualität beinhalten das Resultat (Outcome).

Die inhaltlichen Aspekte aller dieser drei Punkten sind in der praktischen Umsetzung politischer und wirtschaftlicher Diskussionsgegenstand.

Die verschiedenen Interessensgruppen (Klienten, Berufsgruppen, Politiker und Wissenschaftler) können völlig unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe an eine Behandlung anlegen (Bührlen-Armstrong & Bengel, 1998).

## **1.2. Strukturqualität**

### **1.2.1. Äussere Strukturqualität**

Unter äusserer Strukturqualität versteht man den äusseren Rahmen des Betriebes oder Bereiches wie Baulichkeiten, Einrichtung und Apparaturen.

### **1.2.2. Innere Strukturqualität**

Zur inneren Struktur wird hier die Entstehungsgeschichte eines Betriebes, die Organisation und personelle Ausstattung (de Vries, 1998), sowie der Aufbau und Inhalt von Behandlungskonzepten, konzeptuelle Ein- und Ausschlusskriterien von Klienten, weitere involvierte Behandlungen und wissenschaftliche Begleituntersuchungen gezählt.

## **1.3. Prozessqualität**

Zur Prozessqualität gehören die ärztlichen, psychologischen, therapeutischen und pflegerischen auf die Klienten bezogenen Massnahmen. Als Prozessqualität werden z.B. Veränderungen im Verlauf der Massnahmen, Realisierungen des Konzeptes und diesbezüglich mögliche Änderungen, die Arbeitszufriedenheit und die Atmosphäre des Betriebes bei den Mitarbeitern und Klienten und weiterer involvierter Behandlungsbereiche verstanden. Die Prozessqualität und die innere Strukturqualität überlappen sich und sind wegen dieser Verwobenheit nicht gegeneinander abgrenzbar.

Zur Bewertung der Prozessqualität fehlen oft Masstäbe, was als qualitativ hochwertige Arbeit angesehen werden kann. Es bestehen unterschiedliche und zum Teil widersprüchliche Ansichten und Bewertungen, sodass bis jetzt keine Übereinkunft über relevante Qualitätsmerkmale von den verschiedenen Gruppierungen (Klienten, Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflegepersonal, Krankenversicherungen und Politiker) getroffen werden konnten.

Es fehlt teilweise an Wissen um die Eigenschaften spezifischer diagnostischer und therapeutischer Verfahren als Basis für eine rationale Qualitätsbeurteilung (Gaebel & Schwarz, 1998). Ebenfalls fehlen oft gute, standardisierte Erhebungsinstrumente, mit denen diese Qualitätsmerkmale erhoben (operationalisiert) werden können (Bühlren-Armstrong & Bengel, 1998).

## **1.4. Ergebnisqualität**

Mit einer Ergebnisevaluation soll die Wirkung oder das Ergebnis eines Programmes bewertet werden. Auf Aspekte, ob ein wirkungsvolles Programm auch unter dem Gesichtspunkt der Kosten positiv zu beurteilen ist, wird in dieser Arbeit nicht eingegangen. Die Ergebnisqualität ist abhängig von der Fragestellung (Hypothesen), den Erfassungsinstrumenten, mit welchen die Merkmale zur Beantwortung der Fragestellung gemessen werden sollen (Kriterien) und der Verarbeitung der Daten, auf welche sich die Aussage des Erfolges abstützen.

### **1.4.1. Ergebnisqualität im Vergleich zu anderen Behandlungen oder Institutionen**

Der von Donabedian (1966) postulierte Zusammenhang von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität seines normativen Modells ist empirisch kaum belegt.

Zusammenhänge dieser drei Bereiche können methodisch nicht untersucht werden, wenn diese quantitativ innerhalb der jeweiligen Bereiche erfasst werden und nicht mittels Kontrollgruppen verglichen werden.



Neben Problemen und Schwierigkeiten, zu bewertende Programmziele präzise definieren und untersuchen zu können, sind dies Einschränkungen, die die Vorgehensweise limitieren. In vielen Fällen sind Beeinträchtigungen und mögliche Nachteile von vornherein abschätzbar und erkennbar, z.B. wenn ein Untersuchungs-Design so angelegt ist, dass den Personen der Kontrollgruppe aus Gründen einer stringenten wissenschaftlichen Beweisführung bedeutende "Leistungen" im weitesten Sinne vorenthalten werden (Hornung, 1998), d.h. die ethische Vertretbarkeit einer Vorgehensweise muss eingehalten werden. Das randomisierte Zuteilungsverfahren ist ethisch und juristisch nur dann vertretbar, wenn tatsächlich nicht bekannt ist, welche Therapie überlegen ist (vergleichbare Ungewissheit, s. Harms, 1992) und "wenn die Nachfrage einer zu evaluierenden Massnahme grösser ist als das Angebot" (Bortz & Döring, 1995, S. 110).

Um die Methoden, mit denen die Wirkung eines Programmes wissenschaftlich nachgewiesen werden sollen, wird in der Literatur teils gestritten.

Auf der einen Seite ist klar, dass die grosse Stärke des randomisierten Experimentes in der Möglichkeit der Kontrolle oder Elimination störender Einflussgrössen besteht und Effekte sowie Zusammenhänge nachgewiesen werden können.

Es zeigten sich aber in diversen Evaluationsstudien, die dieses Untersuchungs-Design als Grundlage hatten, Schwierigkeiten in der Umsetzung und Übertragbarkeit auf das zu untersuchende Programm auftauchten. Diese Schwierigkeiten führten dazu, dass die experimentellen Evaluationen keine bedeutsamen Effekte nachweisen konnten (Rössler, 1998). Auch können, trotz Randomisierung, zwischen der zugewiesenen Gruppe und der Kontrollgruppe sich zufällige, aber nicht zu vernachlässigende Differenzen (z.B. ungleiche Geschlechtsaufteilung, zufällig einseitig auftretende massive Einflussgrössen, etc..) einschleichen. Sind diese Variablen erfasst, können sie je nach dem z.B. mittels Kovarianzanalysen auspartialisiert werden und ein Vergleich kann, auch unter Einschränkungen, zur Effektbestimmung durchgeführt werden.

Um kausale Zusammenhänge zu untersuchen, wird jedoch nach wie vor experimentellen Evaluations-Designs den Vorzug gegeben (s. auch Bortz & Döring, 1995; Donabedian, 1988; Harms, 1992; Wittmann, 1985).

Weiterführend besteht die Meinung von Cronbach, Ambron, Dornbusch et al. (1981) und Cronbach (1983), dass eine kausale Absicherung von Effekten nicht zwingend notwendig sei, um Handeln aufgrund von Evaluationsergebnisse zu ermöglichen, bzw. dass nach Wittmann (1985) eine Standardisierung der Behandlungsbedingungen weder für machbar noch für wünschenswert gehalten wird. Wittmann (1985) vertritt den Standpunkt, dass bei der Evaluation von sozialen Programmen die inter- und intraindividuellen Unterschiede berücksichtigt werden sollen. Cronbach (1983) wie auch Wittmann (1985) meinen, dass die Effekte von Behandlungen in solchen Programmen eher mit sogenannten repräsentativen Designs untersucht werden sollen (Rössler, 1998). Das repräsentative Design untersucht z.B. die Frage, welche Variablen mit welchen Behandlungseffekten korrelieren. Von der wissenschaftlich experimentellen Seite her ist zu vermerken, dass genau diese Korrelationen nur im experimentellen Untersuchungs-Design als kausal oder nicht kausal interpretiert werden können. Korrelationen von Variablen mit Behandlungseffekten können Hinweise geben, bergen aber zu viele nicht zu berücksichtigende Einflussfaktoren. Die Forderung von Wittmann (1985), gerade in sozialen Programmen den Faktor "Mensch" als wesentliche Programmkomponente miteinzubeziehen, muss mit dieser Forderung als Variable definiert und so ins experimentelle Untersuchungs-Design miteinbezogen werden.

Weitere Vergleichsmöglichkeiten stellen historische oder spontane Verläufe dar. Vorallem in der Medizin können die Patienten der frühere Standardtherapie als Vergleichsgruppe zu denjenigen einer neuen Therapie herangezogen werden. Dieses

Verfahren nennt man historische oder auch natürliche, spontane Kontrolle. "Der Vergleich ist ausreichend, wenn z.B. eine früher fast unheilbare Krankheit jetzt häufig heilbar ist" (Harms, 1992, S. 164). Als konkrete Beispiele dient die Blinddarmentzündung und das Einsetzen der Operationsfähigkeit, das Einsetzen von Desinfektion von Operationswerkzeug und Wunden, das Einsetzen von Antibiotika.

In der Psychopathologie gibt es fast keine Dokumentationen dieser natürlichen Krankheitsverläufe, d.h. der Verlauf einer Krankheit ohne eingreifende Massnahmen, resp. Therapien. Zu erwähnen ist der Verlauf der Depression, bipolar manisch-depressiven sowie schizoaffektiven Psychosen vor und nach Einsetzen von Lithium (z.B. Angst, Dittrich & Grof, 1969).

In der Psychopathologie sind diese Effekte bezüglich therapeutische Massnahmen im Vergleich zum natürlichen Verlauf auch in früheren Jahren nicht dokumentiert. "Behandlungen" irgendwelcher Art gab es schon immer und die Änderungen und Verbesserungen in immer spezifischere Behandlungen waren schleichend.

In wie fern "Verrückten" und Kranken Hilfe oder Strafe zuteil wurde, indem sie teils verbannt, in Siechenhäusern oder Kerkern gesteckt wurden, oder Aufnahme in Klöstern oder als Knecht auf Bauernhöfen fanden, sich als Landstreicher und Gelegenheitsarbeiter oder Bettler herumtrieben und nicht selten so einen frühen Tod fanden, ist historisch wegen mangelnder Datenlage nur schwer untersuchbar.

In diesem Jahrhundert fand eine enorme Entwicklung der psychiatrischen Kliniken statt, sodass Kranke einer immer differenzierteren medikamentösen und/oder therapeutischen Behandlung zugeführt werden. Ebenfalls können erkrankte Personen nicht mehr ohne psychiatrische und juristische Überprüfung verwahrt werden.

Das Massnahmeangebot für Jugendliche und jungen Erwachsenen ist ebenfalls den sich ändernden Störungen über die Jahre angepasst worden. Früher wurden Jugendliche und junge Erwachsene einheitlicher als verwahrlost oder mit einer psychopathologischen Krankheit in Erziehungsanstalten, resp. Kliniken eingewiesen. Mit der Differenzierung der Störungen und zugeordneten Behandlungen auch im Zusammenhang mit dem Jugendstrafrecht und einer Adoleszentenpsychiatrie wurde das Angebot immer mehr ausgeweitet.

#### **1.4.2. Ergebnisqualität anhand des Behandlungsverlaufs oder Aussagen zum Prozess innerhalb einer Institution**

Die Ergebnisqualität eines Behandlungsverlaufs kann anhand von Zielvariablen beurteilt werden.

Die Annäherung an Zielvariablen lassen jedoch alleine keine Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Behandlung zu, da nicht eruierbar ist, welche Einflussgrößen das Ergebnis bewirkt haben (Gaebel & Schwarz, 1998).

Evaluationsstudien gehen oft von einem idealen Untersuchungskonzept aus, das in der realen Durchführung auf vielerlei Probleme stösst. Diese zahlreichen und sehr unterschiedlichen Bereiche werden in einer kaum übersehbaren Anzahl von Veröffentlichungen diskutiert, in denen auch Lösungsvorschläge angeboten werden. Es kristallisieren sich drei grosse Problembereiche heraus, und zwar die Probleme der Zielfindung, der Kriterienbestimmung und der Wirksamkeitsprüfung (Rössler, 1998).

## 1.5. Probleme der Zielfindung

Die empirische Untersuchung der wissenschaftlichen Begleitung überprüft die Realitätsadäquanz der präzisierten Zielformulierung (Hypothesen) (Bortz & Döring, 1995; Rössler, 1998).

Nach Rössler (1998) können Probleme bei der Zieldefinition von geförderten Modelleinrichtungen bei folgenden Punkten entstehen:

Die beteiligten Einrichtungen können versteckte Zielsetzungen haben, die über die fachlichen Ziele hinaus gehen. Nicht explizit genannte Interessen der Träger und Mitarbeiter bei der Aufgabendefinition und Einrichtung können eine nicht unerhebliche Rolle spielen.

„Die vagen und allgemein formulierten Vorgaben der Auftraggeber sind nicht als Rahmenbedingungen einer Modellerprobung zu werten, sondern spielen in der Regel den Stand des politischen Entscheidungsprozesses wieder. Das Expertenwissen, das gelegentlich von Seiten der Entscheidungsträger zur fachlichen Rechtfertigung einer Modelleinrichtung herangezogen wird, entspricht häufig nicht dem neuesten Wissensstand. Dies hängt mit der zeitverzögerten Wissensdiffusion von der Forschungsfront zu den beteiligten Praktikern und der Öffentlichkeit zusammen“ (Rössler, 1998, S.38).

Die über die Zielsetzungen von beteiligten Instanzen und Institutionen hinausgehende, unabhängige Zieldefinition der wissenschaftlichen Begleitung ist aus obengenannten Gründen zentral. Ebenfalls soll die wissenschaftliche Begleitung bemüht sein, die Mittel, mit denen diese Ziele erreicht werden, dem neuesten Forschungsstand anzupassen und entsprechend zu erläutern. Präzise unabhängige Zieldefinitionen „...können Zielkollisionen aufdecken oder die Nebenwirkungen bestimmter Zielsetzungen verdeutlichen; sie kann aber auch verdeutlichen, wenn bestimmte Zielsetzungen keine adäquate Umsetzungsmöglichkeiten gegenüberstehen“ (Rössler, 1998, S. 38).

## 1.6. Probleme der Kriterienbestimmung

Um einen Zusammenhang zwischen Wirkung und Behandlungsmassnahme überhaupt herstellen zu können, ist es empirische Voraussetzung, die Kriterien einer durchzuführende Massnahmen präzise zu bestimmen. Werden in einem Therapieprogramm je nach Fall die Behandlungsmassnahmen individuell verschieden angeordnet und abgestimmt, ist die Bestimmung und Erfassung sehr problematisch (Harms, 1992).

Die präzise Dokumentation der Massnahmen ist ebenfalls hilfreich, um Fehlinterpretationen zu verhindern z.B. in solchen Fällen, in denen ein Programm nicht wegen seiner grundsätzlichen Wirkungslosigkeit, sondern wegen seiner mangelhaften Umsetzung gescheitert ist (Hornung, 1998).

Rössler (1998) referiert über verschiedene Probleme der Kriterienbestimmung, auf deren Basis Schlussfolgerungen gezogen werden. So besteht z.B. ein hoher Zusammenhang zwischen soziodemographischen und biographischen Daten und der Inanspruchnahme von psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen. Die interessierenden Untersuchungsdimensionen jedoch werden nur indirekt abgebildet und haben deshalb eine beschränkte Aussagekraft. Zur Beurteilung des Verlaufs einer Erkrankung und der benötigten Behandlungsbedürftigkeit werden oft die Kriterien von Zahl und Dauer von stationären Aufenthalten herangezogen. Es besteht jedoch eine grosse Uneinigkeit, ab

welcher Dauer oder Häufigkeit der stationärer Behandlung von einem chronischen Verlauf gesprochen wird.

## 1.7. Validitätsprobleme von Untersuchungsdesigns

### A: Statistische Validität

Dies bezieht sich im wesentlichen auf die Zuverlässigkeit der statistischen Prozeduren. Darunter wird nicht nur die sehr häufig falsche Verwendung von statistischen Verfahren verstanden.

Genauso gravierend sind Probleme der Reliabilität und Validität der verwendeten Untersuchungsinstrumente. Es ist unmöglich, Zusammenhänge zwischen nicht ausreichend genau erfassten Variablen zu ermitteln. Allerdings ist es oft so, dass in Evaluationsstudien Instrumente verwendet werden müssen, deren Reliabilität (als notwendige, aber nicht zureichende Bedingung für Validität) unbekannt ist.

### B: Interne Validität

Die interne Validität betrifft die zentrale Frage, ob gefundene Unterschiede zwischen verschiedenen Interventionsstrategien tatsächlich kausal auf die jeweilig unterschiedlichen Massnahmen zurückzuführen sind.

Potentielle Fehlerquellen sind vielfältig. Sie betreffen vor allem die Vergleichbarkeit der untersuchten Stichproben.

Die häufig verwendete Technik parallelisierte ("matched") Stichproben ist problematisch. Derartige nicht randomisierte Versuchspläne ("designs") sind mangels begründeten Wissens über Äquivalenzkriterien zwangsläufig begrenzt.

Es ist heute unbestritten, dass die Anwendung von experimentellen Versuchsplänen mit randomisierter Zuordnung der Probanden zu den verschiedenen "treatment"-Bedingungen die meisten der genannten Probleme löst.

Solche Versuchspläne sind aber in den Sozialwissenschaften vor allem aus ethischen (und ökonomischen) Gründen nur selten durchführbar. Es muss allerdings auch klar gesehen werden, dass manche Fragestellungen kausaler Art durch "weichere" Versuchspläne nur sehr begrenzt beantwortbar sind.

### C: Konstruktvalidität

Diese Art der Validität fragt danach, wie gut Effekte aufgrund der Gesamtkonzeption des Versuchsplans erklärt werden können.

Mängel treten z.B. dadurch auf, dass die Konstrukte der abhängigen Variablen nur unzureichend operationalisiert sind. Fehlerquellen sind weiterhin Erwartungshaltungen von Betreuern und Klienten und schliesslich der wissenschaftlichen Begleitforscher.

### D: Externe Validität

Das Ziel von Modellstationen besteht letztlich darin, Aussagen über die Effizienz neuer Formen sozialtherapeutischer Massnahmen zu machen. Falls sie sich als effizienter als bisherige Treatmentarten erweisen, sollten die gewonnenen Erkenntnisse von anderen Institutionen angewendet werden können. Eine solche Verallgemeinerung hat viele Voraussetzungen. Vor allem sollten -neben hoher Konstruktvalidität und deskriptiver Validität - eine genau Definition von Einschluss- und Ausschlusskriterien gegeben werden, weil diese Klientenselektion wesentlich für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist.

## **E: Deskriptive Validität**

Nur in seltenen Fällen kann bei sozialtherapeutischen Massnahmen davon ausgegangen werden, dass sie ausreichend "standardisiert" und weitgehend bekannt sind. In der Regel ist eine genauere Programm- und Treatment-Beschreibung notwendig. Hier gehören Darstellungen des theoretischen Konzeptes einschliesslich der Behandlungsziele. Es sollte überprüft werden, ob und in welchem Ausmass das theoretische Konzept tatsächlich realisiert wird. Die Verfahren zur Erfassung der Effekte sollten den Zielkriterien entsprechen.

Auch sollten die Rahmenbedingungen, unter denen eine sozialtherapeutische Massnahme stattfindet, genauer dargestellt werden. Hierher gehört die gesamte "Atmosphäre" der jeweiligen Station oder Abteilung aus der Sicht sowohl der Klienten wie auch der Betreuer, deren Teamzusammenarbeit und Arbeitszufriedenheit.

### **1.8. Politische und ökonomische Problembereiche**

Eine Evaluationsstudie, die den Prozess und/oder die Wirksamkeit eines Programmes untersuchen soll, steht oft im Spannungsfeld von politisch, ökonomischen und ethischen Erwartungen. Diese Erwartungen können einen Interessenskonflikt bedeuten, in dem eine unabhängige wissenschaftliche Begleitung eine neutrale Einstellung während der Untersuchung und objektive Interpretationen anhand der Ergebnisse zu wahren hat.

Evaluationsstudien, die einer nachfolgenden Kosten/Nutzen Analyse sowie finanziellen Entscheidungen zu Grunde liegen, können je nach dem spannungsgeladene Konsequenzen bewirken.

"Im schlimmsten Fall wird ein Evaluationsprojekt von den Machern eines Programmes als extern installiertes Fallbein phantasiert, das über Fortbestand oder Abschaffung eines Programmes entscheidet" (Hornung, 1998, S. 31). Vorallem wenn eine Effektivitätskontrolle eine Entscheidungsgrundlage über die Finanzierung eines Modellprojektes darstellt, stellt diese wissenschaftliche Begleitung und deren Abschlussberichte für die Mitarbeiter eine Bedrohung dar (Munsch, 1997).

Ein wichtiger Punkt dabei ist ein Misstrauen der Mitarbeiter, dass kritische Anmerkungen der wissenschaftlichen Begleitung in ihren Berichten oder Publikationen von weiteren Personen oder Instanzen missbraucht werden könnten. Die wissenschaftliche Begleitung hat in ihrem Bericht diese Verantwortung mitzutragen. Deshalb ist hier anzumerken, "...dass keine sozialpädagogische Einrichtung nur Erfolge und eine ganz und gar unkritische Praxis vorzeigen kann" und ein Bericht der wissenschaftlichen Begleitung, "...der ehrlich auf alle Aspekte einer Massnahme eingeht, immer auch kritische Punkte" enthält (Munsch, 1997, S. 61).

Für die Mitarbeiter einer Institution kann es unverständlich sein, dass manche Evaluationsstudien Bestandesaufnahmen oder zeitliche Verläufe liefern und keine praktischen Lösungsansätze, d.h. es lassen sich aus den Ergebnissen keine Handlungsansätze für die Probleme in der Praxis finden (Munsch, 1997).

In diesem Spannungsfeld verschiedener Interessen gilt, dass "Kommunikation und Kooperation zwischen allen Beteiligten keine selbstverständlicher Ausgangspunkt zu Beginn und während eines Evaluationsprojektes ist" (Hornung, 1998, S. 32).

In diesem Sinne muss die Forschung abwägen, was im Interesse der Evaluation der Zielgruppe an Aufwand zugemutet werden kann. In diesem Punkt ist es wichtig, dass involvierte Mitarbeiter einer Institution in die Entscheidungsdiskussion, was an Mitarbeit (z.B. Interviews, Fragebogen etc.) gewünscht wird, miteinbezogen werden und auf ihre Einwände eingegangen wird. Hier wird auch klar, dass eine Kommunikation zwischen wissenschaftlicher Begleitung und Mitarbeitern einer Institution die Motivation zur

Zusammenarbeit erhöht, wenn die Mitarbeiter wissen, aus welchem Grund und zu welchem Zweck Mitarbeiterumfragen oder Daten über ihre Klienten erhoben werden. Dass eine Evaluation zur Effektivität einer Institution von der wissenschaftlichen Seite Vorgaben erfüllen muss, heisst auch, dass die Mitarbeiter dieser Institution nur sehr begrenzt Einfluss auf die Ausgestaltung der wissenschaftlichen Begleitung haben. In diesem Sinne können Mitarbeiter auch das legitime "...Gefühl haben, dass nicht primär ihre Interessen, sondern diejenigen des politisch-administrativen Systems oder ihres Trägers verfolgt werden" (Munsch, 1997, S. 42).

## 2. Zur Problematik schwerer Adoleszentenkrisen und ihrer Behandlung

Die nachfolgenden Darstellungen basieren vor allem auf dem ersten Prospekt der SOMOSA (Winterthur, Januar 1994) und auf dem Forschungsbericht DIAD (Andreae, 1994) und lehnt sich auch sprachlich daran an.

Im Zeichen zeitgenössischen Drogenelends, Selbstzerstörens und Kriminellwerdens junger Menschen in unseren Industrienationen stösst man auf eine Kerngruppe von Betroffenen mit hochgradiger Auffälligkeit.

Solche Jugendliche und Jungerwachsene zeichnen sich aus durch eine eigentümliche Bizarrie, Uneinfühlbarkeit, Unberechenbarkeit und Wechselhaftigkeit ihrer dissozialen Verhaltensart, ohne dass immer von einer Geisteskrankheit gesprochen werden kann. Sehr häufig ist die Problematik von Drogenmissbrauch überdeckt. Viele Betroffene verhalten sich kriminell oder verkehren im Drogenmilieu.

Justiz, Fürsorge, Pädagogik und Psychiatrie beschäftigen sich gleichermaßen mit dieser Kerngruppe hochauffälliger Jugendlicher und Jungerwachsener. Das Ausmass des Fehlverhaltens verlangt nach stationären Interventionen zur Behandlung, aber weder Sozialpädagogik noch Psychiatrie fühlen sich zuständig. Pädagogischer Druck verstärkt die psychischen Auffälligkeiten, im psychotherapeutischen und psychiatrischen Milieu verkümmert die soziale Reifung. Ambulante Intervention ist aussichtslos, die Verelendung im Drogenmilieu bleibt oft einziges Entwicklungsschicksal.

### Versorgungsnotstand am Beispiel des Kantons Zürich

Daten aus dem Kanton Zürich belegen die Problemstellung. Eine 1986 durchgeführte Erhebung stiess allein unter den 15- bis 19-Jährigen auf über 100 Klienten in stationärer Sonderpädagogik oder Psychiatrie, welche eine hochauffällige dissoziale Entwicklung ("Dissozialisation") zeigten und nach Meinung der Institutionsverantwortlichen fehlplaziert waren, d.h. weder einseitig therapeutisch noch erzieherisch angegangen werden konnten (vgl. Andreae & Furger, 1986). Die Problemhäufigkeit vervielfacht sich, rechnet man auf das Alter bis Mitte 20 hoch.

Einige der betroffenen Jugendlichen hatten Schizophrenie-Diagnosen, zeigten aber vorab impulsives dissoziales und delinquentes Verhalten und waren klinisch-psychiatrisch nicht tragbar oder jugendgerecht förderbar. Die Mehrheit wies keine Schizophrenie auf, sondern eine besonders ausgeprägte chaotisch-persönlichkeitsgestörte Art ihres Dissozialeins.

Über ein Viertel der Jahreseintritte in staatliche sozialpädagogische Einrichtungen (Arbeitserziehungsanstalt Uitikon, Jugendstätte Burghof Dielsdorf) sind heute solche Fälle, die im Massnahmeverlauf meist scheitern, aber keine Alternative haben (Berthel, 1990; Burghof 1985-1990; AEA Uitikon, 1987-1990).

Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass trotz allseits registrierter Zunahme dieses Problems staatliche Massnahmeninstanzen von Justiz, Erziehung und Gesundheit nicht bereit oder imstande sind, adäquate neue Interventionsformen zu suchen und einzurichten. Keine der heutigen sozialpädagogischen oder psychiatrischen Einrichtungen vermag dem humanitär und gesellschaftlich dringend geforderten Behandlungsauftrag gerecht zu werden. Diese schwerwiegende Versorgungslücke ist nicht zuletzt auch Ausdruck drogenpolitischer Einseitigkeit heutiger Projektförderungen im Problembereich Dissozialisation junger Menschen.

## 2.1. Umschreibung schwerer Adoleszenten Krisen

Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 16 und 25 Jahren stellen heute psychologisch und soziologisch eine Art eigene Population innerhalb der Gesellschaft dar. Der Begriff der Adoleszenz umfasst diese Altersspanne. Die Population ist v.a. in den Industrienationen mit der immer weiteren Dehnung der adoleszenten Reifungsphase ins Erwachsenenalter hinein angewachsen (vgl. Andreae, 1994, 1997; Erdheim, 1982).

Die Adoleszenz als der Übergang von Kindheit zum Erwachsenenalter stellt einen für manche jungen Menschen schwierigen Schwellenbereich dar. Es ist ein Übergang "ins Nichts", bei der die Orientierungen der Kindheit neu definiert werden müssen. Gleichzeitig muss sich die Persönlichkeit/Identität des Adoleszenten dafür festigen. Viele Adoleszente schaffen diesen Phase in die Selbständigkeit ohne grosse Probleme. Andere Jugendlichen sind vermehrt verunsichert, verletzlich oder verlieren sich in ihrer Identitätsdiffusion. Je nach der individuellen Entwicklung des jeweiligen Jugendlichen kann er durch eine schwierigere Adoleszenz den Weg ins Erwachsenenalter finden oder entgleisen. Die Gruppe der Adoleszenten zeigt heute die höchste psychiatrische Morbidität aller Altersgruppen. Darunter fallen neben den psychiatrischen Störungsbildern auch Aggressivität, Selbstdestruktivität, Suizide und Substanzmissbrauch (vgl. Berthel, 1996). Einen Überblick über Gesundheit, Gesundheitsprobleme und Lebensstil von Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren in der Schweiz gibt Narring, Tschumper, Michaud et al. (1994).

Jugendliche und Jungerwachsene mit schwerauffälliger Dissozialisation rekrutieren sich aus dieser Altersgruppe der ca. 16 bis 25 Jährigen. Sie zeigen eine fehlgeleitete, gesellschaftsunkonforme adoleszente Reifung, indem sie sich nicht in zivilalltäglichen Gepflogenheiten integrieren, keine aufbauenden, halt- und vertrauengebenden tieferen Beziehungen pflegen, in Ausbildung und Arbeit versagen, die Freizeit chaotisch und destruktiv gestalten, Drogen nehmen und in Delinquenz gleiten. Herausragendes Charakteristikum aber ist, dass sich die dissoziale Entwicklung mit unterschiedlichen Bilder starker Gestörtheit verbindet (vgl. Andreae, 1994).

Folgende typischen Bilder starker Gestörtheit lassen sich beobachten, die sich im Einzelfall durchmischen können:

- (1) Verstricktsein in nicht mehr einfühlbare Vorgänge des Innenlebens und daraus resultierendes schwerverständliches Handeln und Verhalten,
- (2) Situativ unabhängige langanhaltende, passiv-depressive Zustände und eigengesetzlich ablaufende schwere Stimmungsschwankungen, mit oder ohne einschliessenden Suizidhandlungen,
- (3) Unruhiges Umhergetriebensein, kombiniert mit Aufmerksamkeitsstörungen und Teilleistungsschwächen,
- (4) Anhaltend kleinkindliches Verhalten mit geringer Belastbarkeit im Rahmen psychophysischer Retardierung,
- (5) Schwere Kontakt- und Arbeitsgehemmtheit bei zutiefst Selbstunsicheren und
- (6) Einschliessende Aggressionen und impulsive Gewalttätigkeit.



## **2.2. Behandlungsformen schwerer Adoleszenten Krisen**

In der langjährigen Auseinandersetzung und Konfrontation mit schweren Adoleszentenstörungen in der Beobachtungsstation Burghof sowie in wissenschaftlichen Projekten zu vertieftem Verständnis und verbesserter Intervention (gefördert durch die Stiftung "Entwicklungspsychiatrie des jungen Erwachsenenalters") hat sich die Indikation einer integrierten pädagogisch-psychiatrischen therapeutischen Einrichtung für dieses Klientel erhärtet.

Bevor längerfristig anzustrebende sozialpädagogische Förderungs- und Ausbildungsprogramme eingeleitet werden können, bedürfen solche schwergestörte dissoziale Jugendliche und Jungerwachsene einer psychischen und psychosozialen Stabilisierung, die weder in bestehenden klinisch-psychiatrischen noch in sozialpädagogischen Einrichtungen möglich ist.

Zusammen mit der Stiftung "Entwicklungspsychiatrie des jungen Erwachsenenalters" wurde das Therapiekonzept der SOMOSA für schwere Adoleszenzstörungen erarbeitet.

## 3. Qualitätskontrolle der SOMOSA

### 3.1. Zur Strukturqualität der SOMOSA

Nachfolgend wird die äussere und die innere Struktur der SOMOSA beschrieben.

#### 3.1.1. Äussere Struktur der SOMOSA: Haus, Infrastruktur und Umgebung

Das Haus ist ein freistehendes Herrschaftshaus mit einer grossen Grünfläche. Es steht an einer Strasse neben dem Sulzer Hochhaus, 5 Min. vom Zentrum Winterthur und Bahnhof entfernt.

Gebaut wurde das Haus 1906-1907. Das Haus besteht aus Parterre, 1. Stock, 2. Stock, Dachstock und Keller.

Im Parterre ist der Eingang, das Esszimmer, eine Stube und "Raucherzimmer", die Küche, ein kleines Büro und ein Therapiezimmer. In der Stube steht ein Klavier. Vom Raucherzimmer aus führt eine Türe direkt in Garten.

Im 1. Stock sind 4 Klientenzimmer, der Betreuerraum mit Balkon und kleinem Pikettzimmer, ein Therapiezimmer mit Computer und Lehrmittel sowie ein weiteres Therapiezimmer. Im quadratischen Gangbereich steht ein Tischfussball.

Im 2. Stock sind weitere 6 Klientenzimmer. Von den 10 Klientenzimmer können 2-3 Zimmer als Doppelzimmer genutzt werden. Der Dachstock wurde in den ersten 1-2 Jahren SOMOSA in Eigenarbeit mit Jugendlichen ausgebaut. Er ist als ein grosser Raum durchgängig und wird für Gruppensitzungen, Therapie und Bewegungstherapie sowie auch je nach Klienten zum Schlagzeug oder Gitarre etc. spielen genutzt.

Sanitäre Anlagen befinden sich auf jedem Stockwerk.

Im Keller, der nicht allzu tief gelegt ist und die Räume etwas Oberlicht haben, befindet sich die Holzwerkstatt, die Metallwerkstatt, ein Mal- und Gestaltungsatelier, ein kleines Büro der Arbeitstherapie sowie die Waschküche. Der Keller hat einen Hinterausgang zum Garten.

Der Vorplatz mit Bäumen gegen die Strasse schirmt das Haus vom Verkehr ab. Hier sind einzelne Metallkunstwerke der Klienten aufgestellt. Längs der einen Seite des Hauses befindet sich hinter Bäumen und etwas Gebüsch ein kleiner Abhang und ein Bach. Längs der anderen Seite sind ebenfalls Rasen und Sträucher, und es findet sich Platz für ein Tischtennis. Hinter dem Haus ist eine grössere Gartenfläche mit Rasen. Ein von Bäumen gedeckter Sitzplatz und Gemüsebeete befinden sich auch dort. Im hinteren Bereich zum Bach ist von der SOMOSA ein Biotop geschaffen worden. Auf der Rasenfläche sind "Totempfähle" aufgestellt, die auch als Volleyballpfosten dienen. In der Nähe der Hausmauer steht ein Basketballkorb.

Der hintere Garten ist von einer weiteren un bebauten Wiese abgetrennt. Vom Haus aus führt ein enger Pfad dem Bach entlang bis an die Waldgrenze. Auf der anderen Seite des Baches befindet sich ein Spazierweg.

Die Büros der Leitung, Sitzungszimmer und Sekretariat sind extern, angrenzend an die Grünfläche im nächsten Haus (1 Min.) untergebracht.

### 3.1.2. Innere Struktur

### 3.1.3. Entstehungsgeschichte der SOMOSA

Der Jugendstätte Burghof mit ihrer sozialpädagogisch-psychiatrischen Beobachtungsstation wurden solche schwergestörte Jugendliche und Jungerwachsene mit aussergewöhnlich auffälliger Begleitsymptomatik in immer grösserer Zahl von straf- und zivilrechtlichen Versorgerinstanzen und von Psychiatrischen Kliniken angemeldet (Berthel, 1990). Einzelerfahrungen der Jugendstätte Burghof gingen dahin, dass eine integrierte pädagogisch-psychiatrische Behandlungskonzeption anzustreben war. Darin sollten neben Therapie v.a. Berufshinführung und -förderung ein Kernstück darstellen. Versuche seit 1987, im Rahmen staatlicher Mittel diese Ansätze systematisch in einer modellhaften und nachfragedeckenden Sonderabteilung auszubauen, scheiterten.

Die Stiftung "Entwicklungspsychiatrie des jungen Erwachsenenalters" hatte seit 1988 wissenschaftliche Projekte zu vertiefterem Verständnis und verbesserter Intervention bei solchen schwergestörten dissozialen Entwicklungen gefördert. U.a. wurde zur Entwicklung einer neuartigen diagnostischen Systematik zu diesen Problemstellungen beigetragen (Differenzielle klinische Diagnostik adolescentärer Dissozialisation, DIAD (Andreae, 1994, 1997).

Die Stiftung "Entwicklungspsychiatrie des jungen Erwachsenenalters" setzte sich auf privater Ebene dafür ein, eine sozialpädagogisch-psychiatrische Modellstation für schwere Adoleszentenstörungen im obigen Sinne zu initiieren, d.h. zu konzipieren und Wege zu einem geeigneten Finanzierungsmodell zu bahnen.

Auf staatlicher Ebene wurde am 28.2.1990 das erste Gesuch der Jugendstätte Burghof, eine Sonderabteilung als Modellversuch zu eröffnen, eingereicht. Aufgrund der Ablehnung wegen Unvollständigkeiten wurde dieses Gesuch ergänzt und am 26.7.1990 erneut eingereicht. Diese neue Fassung wurde als befriedigend bewertet, wobei die Gewährleistung einer unabhängigen wissenschaftlichen Begleitung gefordert wurde. Aufgrund der schlechten Finanzlage zog sich die Stadt Zürich als Trägerschaft zurück. Am 2.2.1993 wurde ein neues überarbeitetes Konzept von der Stiftung für Entwicklungspsychiatrie des jungen Erwachsenenalters eingereicht, das einen eigenständigen Modellbetrieb SOMOSA vorsah. Zu diesem Gesuch wurde positiv Stellung genommen. Im Laufe des Jahres 1993 wurden mehrere Finanzierungsabklärungen notwendig.

In Zusammenarbeit mit der Boveri-Stiftung und dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement konnte die finanzielle Unterstützung realisiert werden, sodass der Betrieb des Modellprojektes SOMOSA per 1.1.1994 aufgenommen werden konnte. Die unabhängige wissenschaftliche Begleitung wurde vom dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement zu 72% pro Jahr finanziell unterstützt.

Der Modellbetrieb wurde für drei Jahre vorgesehen (EJPD, 24.12.1993) und um zwei Jahre verlängert (EJPD, 7.12.1995).

Noch während der Vorbereitungsphase der wissenschaftlichen Begleitung konnten die ersten zwei Klienten am 15.8.1994 untersucht werden, d.h. 7 Monate nach Beginn des Modellprojektes.

### **3.1.4. Das therapeutische Konzept der SOMOSA**

Im Zentrum des Behandlungskonzeptes stehen z.T. widersprüchlich erscheinende Prinzipien (vgl. Andreae, 1994):

- (1) genügend langes Schonen nach therapeutischen Gesichtspunkten,
- (2) frühzeitig störungsadäquat eingesetzte sozialpädagogische Förderung und
- (3) allmähliches aktives Angehen des Gestörtseins im therapeutischen Einzelbezug je nach individuellen Gegebenheiten.

Die Kombination dieser drei Prinzipien lässt sich nur in einem hochspezialisierten Behandlungsrahmen verwirklichen, in welchem das Vorgehen in einem weitgehenden Grade individualisiert werden kann.

### **Gestalten des Schonraumes**

Als Belastung erlebtes Gefordertwerden bewirkt bei manchen Formen und in bestimmten Phasen schweren seelischen Gestörtseins Symptomverstärkung und Verschlechterung der psychischen Verfassung. Diese Erfahrung ruft nach einem bewussten Umgehen mit Schonen in Form allgemeiner Beruhigung, Reizabschirmung und empathisch-verstehenden Gewährs, das Einsicht-anstrebende Auseinandersetzungen zurückstellt.

Schontechniken sind:

- (1) behutsame flexible Strukturierung des Tagesablaufes,
- (2) behutsame flexible Strukturierung von Betätigung und Beschäftigung,
- (3) Festigung des Selbstgefühles durch Körpererleben,
- (4) Schutz vor Gruppendruck, Dosierung von Nähe und Distanz zu den Betreuern und
- (5) medikamentöse Behandlungen.

Forderungsarmer Schonraum gilt nicht als uniformes Prinzip für die Gruppe als Ganzes. Je nach Stand der psychischen Stabilisierung gelten ebenso sehr Prinzipien strukturierender, auch fordernder sozialpädagogischer Förderung, was unweigerlich auf jene zurückwirkt, die noch zu schonen sind.

### **Rechtzeitiges Einsetzen sozialpädagogischer Förderung**

Nach einer im Schonraum erreichten Stabilisierung werden Tages- und Wochenabläufe schrittweise zunehmend strukturiert:

- (1) Vertiefung von Gemeinschaftssinn im Gruppenbezug durch Mitsprache in der Alltagsgestaltung und durch Übernahme einzelner Verantwortlichkeiten,
- (2) Vertiefung des Einzelbezugs zu den zugeordneten Betreuern,
- (3) Belebung der Freizeit durch sportliche, körperbezogene Aktivitäten und durch Anregen persönlicher Interessen,
- (4) Hinführen auf Ausbildungsmöglichkeiten und Arbeitshaltung in Schul- und Beschäftigungsangeboten.

### **Aktives einzeltherapeutisches Angehen des individuellen Gestörtseins**

Mit Erreichen genügenden Selbst- und Realitätsbezuges werden vorsichtig aktive individuumsorientierte Therapien und Trainings zum längerfristigen Aufbau von Persönlichkeitskräften ausgestaltet:

- (1) gesprächsweise Einzeltherapie nach verschiedenen Methoden,
- (2) verschiedene Trainingsmethoden in individueller Anwendung (kognitives, autogenes, körperzentriertes Training),
- (3) Verfeinerung allfällig notwendiger medikamentöser Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der Kooperationsförderung (Compliance).

### **Behandlungsziel**

Ziel der Behandlung ist es, bei den Klienten - selbst bei teilweisem Fortbestehen der psychopathologischen Symptomatik - jene Bindungs- und Belastungsfähigkeit und jene Bereitschaft und Befähigung zu einer Tätigkeit und zum Zusammenleben mit Einzelnen und Gruppen heranzubilden, die notwendig sind, um im Rahmen einer Gruppe eines Heimes oder einer WG bestehen zu können (Anschlussprocedere).

Der Klient soll lernen, sich realistisch in seinen Stärken und Schwächen zu erleben und akzeptieren, sich in verschiedenen Lebenssituationen zu orientieren und mit seiner u.U. verbleibenden "Behinderung" besser umzugehen. Am Ende des Aufenthaltes auf der Modellstation soll es ihm möglich sein, einigermaßen klar zu sehen, was er in nächster Zukunft tun wird.

### **Mittel und Instrumente**

Wie ausgeführt, beinhaltet die Behandlung in der Initialphase individuellen Schonraum, indem durch Empathie, Verstehen und Gewähren allgemeine Stabilisierung und Gewöhnung an Tagesablauf und strukturierte Betätigung resp. Beschäftigung sowie eine Motivation für eine allfällig notwendige Medikamenteneinnahme erreicht werden. In der zweiten Phase wird zunehmend sozialpädagogisch angesetzt und vermehrt in Milieu und Freizeit in der Gruppe gearbeitet. Der individuelle Schonraum bleibt gleichwohl erhalten, um Ressourcen anzulegen, die langsame Integration ins Gruppenleben zu fördern und die individuelle Belastungsfähigkeit und Entfaltungsmöglichkeit herauszuarbeiten. In einer dritten Phase wird der aktive individuelle Einzelbezug in Therapien und Trainings auf- und ausgebaut. Damit wird auch der Berufsfindungsprozess eingeleitet.

Das sozialpädagogisch-therapeutische Konzept basiert auf einem integrativen interdisziplinären Ansatz, welcher vom individuellen Störungsbild ausgeht. Es ist darunter ein psychiatrienahes sozialpädagogisches Vorgehen zu verstehen, dass sich hochindividuell am Bedingungsgefüge des Einzelfalles definiert. Im Zentrum steht eine für alle Mitarbeiter transparente Verflechtung von sozialpädagogischen und therapeutischen Vorgehensweisen. Deren Abgrenzung gegeneinander wird nicht von vornherein angestrebt und ist möglicherweise überhaupt nicht sinnvoll. Der Modellversuch soll mit dazu dienen, die Prinzipien und Fragwürdigkeiten einer solchen engen Synthese herauszuschälen. Jeder Mitarbeiter verbindet in seinem Wirken sozialpädagogische wie therapeutische Ansätze.

Zu den sozialpädagogischen Mitteln gehören schwerpunktmässig unter steter Förderung von Selbst- und Mitverantwortlichkeit:

- Gestaltung und Regelung des Tagesablaufes
- berufswahlorientierte Schnuppereinsätze und allfälliger Beginn von Berufslehren in den Werkstätten der Jugendstätte Burghof oder anderen geeigneten externen Betrieben
- erlebnismässige Anreicherung der Freizeit
- körperbezogene Aktivitäten
- berufsorientiertes Arbeitstraining
- gemeinschaftsfördernde Gruppenaktivitäten
- gezielter schulischer Einzel- und Gruppenunterricht
- Förderung selbständiger Gestaltung der Aussenbeziehungen
- Motivation zur Medikamenteneinnahme

Zu den therapeutischen Mitteln gehören schwerpunktmässig unter Förderung einer durchgehenden verständnisorientierten Kommunikation:

- Einzelgespräche im Dienste der Selbstwahrnehmung und des Erlebens von Empathie (ein- und mitfühlendes Anteilnehmen)
- medikamentöse Behandlungshilfen in systematischer Form
- therapeutische Reflexion und Gestaltung des Gruppengeschehens, auch unter dem Gesichtspunkt der Selbsthilfe
- Förderung ganzheitlicher Selbsterfahrung in bewegungstherapeutischen, kreativ-gestaltenden und musischen Betätigungsangeboten
- vereinzelt nach Indikation systemtherapeutische Arbeit
- psychologische Trainings zu Kognition und Verhalten.

Supervision einer solchen komplexen und anspruchsvollen Behandlungs- und Betreuungsaufgabe ist unerlässlich. Die Team-Supervision wird durch eine Person wahrgenommen, die in der Behandlung solcher Klienten Erfahrung hat. Diese Team-Supervision hat nicht die fachliche und stützende Funktion der Leiter zu ersetzen, sondern soll die Möglichkeit bieten, sich aus der Tätigkeit ergebende einzel- und gruppenpsychologische Ereignisse der Teammitglieder aufzuzeigen.

## Arbeit

Die Arbeitsbereiche beinhalten ein breites Spektrum von Arbeiten unterschiedlichen motorischen und intellektuellen Anspruchsniveaus.

Schwerpunkte des Arbeitsbereiches sind

- Arbeitstherapie
- Arbeitstraining
- Berufsabklärung
- Berufshinführung

Die Klienten der Station sind den Anforderungen der Arbeitswelt respektive eines üblichen Erziehungsheimes nicht gewachsen und benötigen neben der spezifischen Behandlung und Förderung in besonderem Masse Arbeitstraining und Arbeitstherapie als Kernstück von Gesundheit und Wiedereingliederung. Generell führen Störungen im Arbeitsbereich häufig zu weiteren Ausfällen im Sozialbereich, was bei diesen Klienten von besonderer Tragweite sein kann.

Der arbeitstherapeutische Ansatz soll primär ausreichende Selbstbestätigung und Anerkennung ermöglichen, so dass ein Klient später - mindestens in üblichem sozialpädagogischem Rahmen - einer geregelten Arbeit nachgehen oder in eine Ausbildung einsteigen kann.

Das Arbeitstraining wird vor allem in der ersten Phase wichtig sein, da die meisten Klienten nicht an einen geregelten Arbeitsrhythmus gewöhnt sind. Für diesen Bereich sollen genügend einfache Serienarbeiten vorhanden sein.

Berufsabklärung und Berufshinführung sind nicht klar zu trennen. In diesem Bereich ist es wichtig, über genügend Möglichkeiten zu verfügen, so dass die Jugendlichen in den verschiedenen Bereichen gefördert werden können, insbesondere in:

- Holzarbeiten
- Metallarbeiten
- kaufmännischen Arbeiten
- Computertechnik
- graphischen Arbeiten
- Kunsthandwerk
- Garten- und Umgebungsarbeiten

Die drei Arbeitstherapeuten sollen sich nach Möglichkeit in diesen Sparten ergänzen.

## Schulung

Die Praxis zeigt, dass generell dissoziale junge Menschen in einem gestörten Verhältnis zur Schule stehen. Bei der schwergestörten Klientel einer solchen Modellstation stellen sich diese Probleme in besonderem Masse (z.B. Sonderschüler aufgrund von Lern- oder Verhaltensbehinderungen). Schulungsdefizite werden deshalb systematisch angegangen, und zwar grundsätzlich in Einzelunterricht. Die Schulungsmöglichkeiten werden so integriert, dass Bildungslücken, spezielle Interessen und besondere Fähigkeiten angegangen werden können.

## Freizeit

Die Freizeitaktivitäten auf der Modellstation werden sich kaum von den Aktivitäten einer normalen Erziehungsgruppe unterscheiden, sind aber von besonderer Bedeutung. Sie sind dahin auszurichten, dass neue Interessen, vermehrter Gemeinschaftssinn und vertiefender Daseinsbezug gefunden werden können. Besonderen Stellenwert haben therapeutisch begleitete erlebnispädagogische Techniken.

### Anschlussprogramm

Der Aufenthalt auf der Modellstation ist in der Regel Anfang einer längerfristigen Behandlungs- und Förderungskette. In den meisten Fällen wird im Anschluss ein geeigneter weiterer Plazierungsort gesucht werden müssen. Der Übertritt des Klienten in eine andere sozialpädagogische Institution oder zurück ins Herkunftsmilieu wird sorgfältig vorbereitet. Dem Einbezug von Eltern und Angehörigen oder von geeigneten Institutionen kommt grosse Bedeutung zu.

#### **3.1.5. Ein- und Ausschlusskriterien**

Aufgenommen werden schwergestörte dissoziale männliche Jugendliche und Jungerwachsene ab 16- bis max. 25-jährig, die stationärer Intervention bedürfen, wegen Art und Ausmass ihres Gestörtseins und Störens aber weder in bestehenden sozialpädagogischen noch in psychiatrischen Einrichtungen durchgetragen werden. Sie werden in der Regel von Justiz, Vormundschaftsbehörden, psychiatrischen Kliniken oder anderen sozialpädagogischen Einrichtungen angemeldet.

SOMOSA-Indikation liegt vor bei entwicklungspsychopathologisch stark auffälligen dissozialen Jugendlichen und Jungen Erwachsenen (siehe Konzeptentwurf SOMOSA), welche ambulant nicht getragen werden können und folgende weitere Kriterien erfüllen:

- Dissozialisationsindex (DINX) > 10 (s. Kap. 7.3.3.)
- sowohl in Erziehungseinrichtungen wie in psychiatrischen Kliniken nicht adäquat angebar resp. tragbar
- keine Hochakutsymptomatik (bezüglich Selbst- und Fremdgefährlichkeit, Psychoseexazerbation, Substanzabusus)
- keine Massnahmen Art. 100bis StGB

Über die Aufnahme der Klienten in die Abteilung entscheidet die Co-Leitung. Zur Aufnahme kommt es, wenn die systematisch konsultierten Bezugspersonen sich hinter die Plazierung stellen und zur Mitarbeit bereit sind.

Dem Indikationsgespräch vorausgehend soll zur Bestimmung der aktuellen körperlichen Gesundheit ein somatischer Status mit Labor durchgeführt worden sein.



## **4. Untersuchungsverfahren zur Prozesserschfassung der SOMOSA**

### **4.1. Allgemeine Unterlagen**

Allgemeine Unterlagen zu den Klienten der SOMOSA (Alter, Eintrittsdaten und -unterlagen, Verläufe und Vorkommnisse sowie Austrittsdaten) wurden durch die wissenschaftliche Begleitung regelmässig aktualisiert.

Allgemeine Unterlagen der Klienten der Kontrollgruppe (Aufenthaltsort, Vorkommnisse) wurden regelmässig angefragt.

Die Unterlagen der eingestellten Mitarbeiter (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Eintritt und Kündigungen) wurden regelmässig erhoben.

### **4.2. Erfassung der Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit bei den Mitarbeitern (AZ)**

Um die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit zu erfassen wurde alle Mitarbeiter der SOMOSA, die zu den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten in der SOMOSA arbeiteten, alle drei Monate mit dem Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit (AZ, Kap. 7.2.1.) befragt. Ihnen wurde dieser Fragebogen in einem Couvert mit Rückantwortcouvert übergeben, und sie wurden gebeten, diesen innerhalb einer Woche ausgefüllt an die wissenschaftliche Begleitung zu retournieren. Bei der Abgabe der Couverts an die Mitarbeiter hatten sie Gelegenheit, bezüglich Unklarheiten Fragen zum Ausfüllen zu stellen.

### **4.3. Erfassung der Konzeptrealisierung bei den Mitarbeitern (FKS)**

Allen Mitarbeitern der SOMOSA wurde halbjährlich ein speziell entwickelter Fragebogen zur Konzeptrealisierung der SOMOSA (FKS, Kap. 7.2.2.) gemäss obigem Prozedere ausgeteilt.

### **4.4. Variablen der wissenschaftlichen Begleitung (FWB)**

Die wissenschaftliche Begleitung notierte jede Woche ihre Erwartungen der kurz- und langfristigen Effizienz der Behandlung in der SOMOSA und die Qualität der Zusammenarbeit mit der SOMOSA in den Fragebogen zur wissenschaftlichen Begleitung (FWB, Kap. 7.2.4.). Die Erfassung des Teamklimas der SOMOSA wurde ebenfalls erfasst, später aber fallengelassen.

## **4.5. Erfassung der Stationsatmosphäre bei den Mitarbeitern und den Klienten (SBB)**

Um die Atmosphäre in der SOMOSA zu erfassen, wurde der Fragebogen zur Stationsatmosphäre (SBB, Kap. 7.2.3.) sowohl den Mitarbeitern wie auch den Klienten ausgeteilt.

Allen Klienten der SOMOSA, die jeweils zu den Untersuchungszeitpunkten in der SOMOSA weilten, wurde halbjährlich der Fragebogen zur Stationsatmosphäre (SBB) unterbreitet. Die Klienten wurden einzeln während dem Ausfüllen von C. Fischer (PSIN) begleitet.

Alle sechs Monate, zum gleichen Zeitpunkt wie auch die Klienten, wurden alle Mitarbeiter mit dem Fragebogen zur Stationsatmosphäre (SBB) befragt. Dieser Fragebogen wurde, gemäss obiger Beschreibung, zusammen mit dem Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit in einem Couvert abgegeben.

### **4.5.1. Die Konstruktion der Zielvariablen der Stationsbeurteilung (SBB)**

Der Fragebogen zur Stationsatmosphäre (SBB) wurde Herrn A. Andreae und Herrn T. Berthel (persönliche Mitteilung, 30. März 1999) mit der Bitte, die Angaben des Ideals der Mitarbeiter und der Klienten anzugeben zu versuchen.

Es wurde folgende Anweisung mitgeteilt:

Uns würde interessieren, wie nach dem Konzept der SOMOSA das Ideal dieser Stationsbeurteilung (aus Sicht der Mitarbeiter und aus Sicht der Klienten) aussehen würde. Das Ideal stellt ein konzeptuell theoretisches Ziel dar, das in Realität und Praxis in dem Sinne nicht erreicht werden kann.

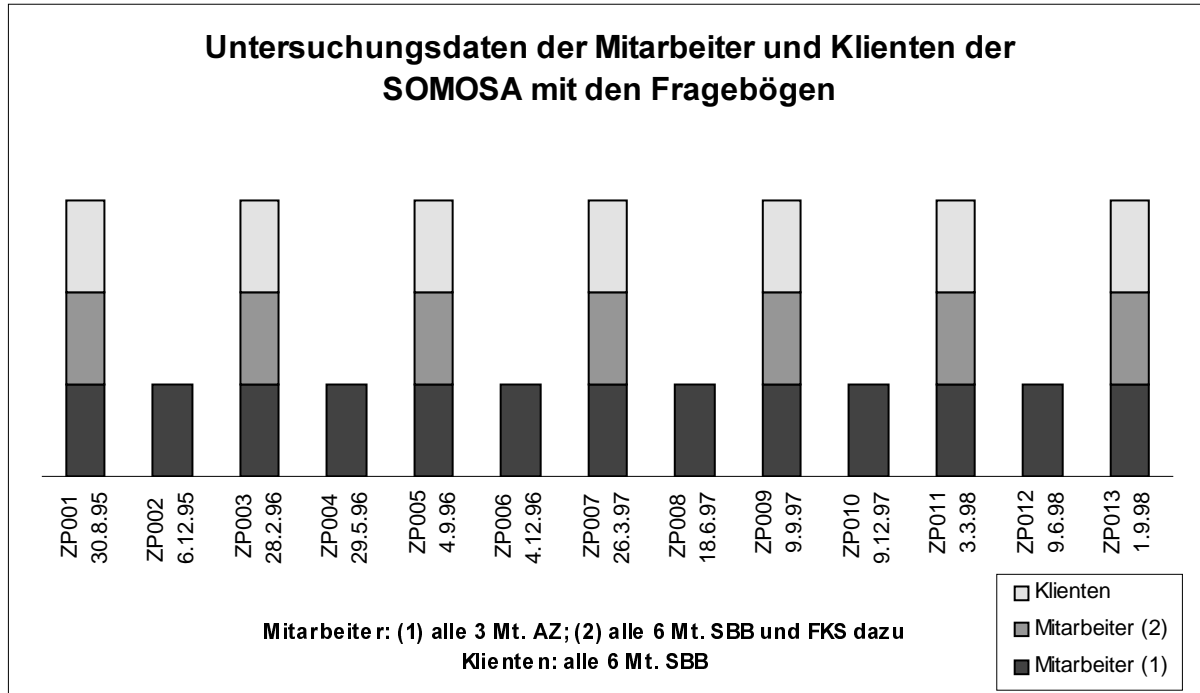
Es wurde zudem die Frage gestellt, ob es grundsätzlich möglich ist, den Fragebogen einmal in der Vorstellung, wie es in idealer Weise von den Mitarbeitern her aussehen sollte und einmal, wie es ebenfalls in idealer Weise von den Klienten her aussehen sollte, auszufüllen ist.

Vom Kenntnisstand über das Konzeptes der SOMOSA, den Betrieb und die Klienten stellen diese zwei Personen Experten dar. Um das Ideal der Mitarbeiter und der Klienten angeben zu können, haben wir bewusst die externen Personen mit der grössten Kenntnis über die SOMOSA gewählt.

## 4.6. Untersuchungszeitpunkte der Mitarbeiter und der Klienten der SOMOSA

Die Abbildung 1 zeigt die Untersuchungszeitpunkten bei den Mitarbeitern und den Klienten der SOMOSA.

Abbildung 1: Untersuchungszeitpunkte (ZP) der Fragebogenbefragung bei den Mitarbeitern und den Klienten der SOMOSA



## 5. Ergebnisqualität der SOMOSA

### 5.1. Grundzüge nach dem ursprünglichen Konzept der wissenschaftlichen Begleitung

Es sollen zunächst die Fragestellungen des ursprünglichen Konzeptes der wissenschaftlichen Begleitung der SOMOSA (Dittrich & Fischer, 1994) aufgeführt werden.

#### 5.1.1. Fragestellungen dieser Untersuchung

1. Zu untersuchen sind einmal die kurzfristigen Effekte der Behandlung der Klienten in der SOMOSA im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit heute gängigen Behandlungsmassnahmen. Die betrachtete Zeitspanne beträgt für beide Gruppen ca. ein Jahr.

**Die zentralen Hypothesen dazu sind:**

- a.) Nach Abschluss der Behandlung in der SOMOSA zeigen die Klienten eine bedeutsame Veränderung in ihrem psychopathologischen Zustandsbild, in ihrem subjektiven Befinden und bezüglich der sozialen Bewährung.
  - b.) Diese Veränderungen stellen einen Behandlungsfortschritt gegenüber den gängigen Behandlungsmassnahmen bei einer derartigen Klientengruppe dar.
2. Die geplante Follow-up-Studie würde die Langzeitentwicklung nach Abschluss der Behandlung in der SOMOSA untersuchen.  
Vorgesehen ist, die Jugendlichen der Therapiegruppe (SOMOSA) wie auch der Kontrollgruppe alle 1.5 Jahre nach Abschluss der Verlaufsuntersuchung für mindestens 5 Jahre mittels persönlichen Interviews und anderen Verfahren zu untersuchen.

Die zentralen Hypothesen sind identisch mit den oben aufgeführten, ausser dass sie sich auf einen weiteren Zeitraum von mindestens fünf Jahren erstrecken.

### 5.2. Ursprüngliches experimentelles Design

Zur Beantwortung unserer Fragestellungen wurde unter Berücksichtigung der dargestellten methodischen Überlegungen der nachfolgend beschriebene Versuchsaufbau mit den dazugehörigen Untersuchungsinstrumenten gewählt.

#### 5.2.1. Klienten der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne

Die Aufnahme von Klienten in die wissenschaftliche Begleituntersuchung (i.e.S.) und der Ablauf der Verlaufsstudie werden nachfolgend beschrieben. Der hier beschriebene Ablauf ist schematisch in der Abbildung 2 (Anhang 2.1) dargestellt. Die hier erwähnten Untersuchungsverfahren werden im weiteren genauer beschrieben.

- Die Leitung der SOMOSA trifft aufgrund ihrer Aufnahmekriterien die Vorauswahl aller Anmeldungen.
- Für den freien Therapieplatz in der SOMOSA wird der Klient, welcher diese Aufnahmekriterien erfüllt, zum Vorstellungsgespräch und die am gleichen Tag stattfindenden Erstuntersuchungen der wissenschaftlichen Begleitung eingeladen. Die wissenschaftliche Begleitung unterbreitet dem Klienten den Fragebogen FPI-ARIG, führt einen komplexen Intelligenztest und das DIAD-Interview durch. Dieses erste Aufnahmeverfahren der wissenschaftlichen Begleitung dauert mehrere Stunden.
- Ist der Bewerber nach diesem Vorstellungstag für den Therapieplatz von der Leitung der SOMOSA angenommen, wird randomisiert (s. Technik der Randomisierung, Kap. 5.2.2.), ob der Klient der SOMOSA-Gruppe oder der Kontrollgruppe zugewiesen wird.
- Nach diesem Stichtag wird der Klient der SOMOSA-Gruppe wie auch der Kontrollgruppe während mindestens eines Jahres alle drei Monate untersucht. Beim letzten Interview wird dem Klienten der FPI-ARIG noch einmal zum ausfüllen unterbreitet.

Die dreimonatigen Wiederholungsuntersuchungen bei den Klienten in der SOMOSA sind ohne grossen organisatorischen Aufwand durchzuführen. Bei den Jugendlichen der Kontrollgruppe in anderen Einrichtungen sind teils Bewilligungen und Vorabklärungen für eine Terminvereinbarung mit den jeweiligen Institutionen notwendig. Bei Jugendlichen der Kontrollgruppe, welche sich nicht in einer Institution aufhalten, ist der organisatorische und zeitliche Aufwand sehr gross, da neben mehreren Kontaktversuchen zur Terminvereinbarung teils zwei oder drei Termine wegen Nichterscheinen nötig sind.

### **5.2.2. Technik der Randomisierung**

Ein methodischer Schwerpunkt bei der Aufnahme von Jugendlichen in die Studie stellt die Randomisierung dar.

Diese zufällige Zuordnung zur SOMOSA- resp. Kontrollgruppe muss so gestaltet werden, dass der Abklärungs- und Aufnahmeprozess keinesfalls beeinflusst wird. Dies bedeutet, dass die Zuordnung von allen Betroffenen (Mitarbeitern, Vorstand, einweisenden Behörden etc., einschliesslich der wissenschaftlichen Begleitung) nicht durchschaut wird, d.h. die Zufälligkeit beibehalten wird. Zudem ist es aus statistischen Gründen zweckmässig, dass SOMOSA- und Kontrollgruppe jeweils etwa gleich gross sein müssen.

Der anfänglich in dem Konzept der wissenschaftlichen Begleitung (Dittrich & Fischer, 1994) festgelegte Randomisierungsschlüssel von 2er Paare musste aus praktischen Gründen geändert werden. Geplant war, dass jeweils zwei Anmeldungen von Jugendlichen zusammen, resp. in sehr kurzen Zeitabständen behandelt werden können, sodass "Zwillingspaare" gebildet werden können. Bei diesen Paaren wäre jeweils zufällig der eine oder andere in die Kontrollgruppe, resp. SOMOSA-Gruppe zugewiesen worden. In der Praxis zeigte sich, dass die Anmeldungen in zu grossen Zeitabständen erfolgten, sodass eine Paarbildung nicht durchführbar war.

Der Randomisierungsschlüssel wurde so geändert, dass obige Bestimmungen (für alle Beteiligten eine zufällige Zuordnung, SOMOSA- resp. Kontrollgruppe jeweils etwas gleich gross) beibehalten werden, aber dass nach jeder einzelnen Anmeldung die Zuordnung abgerufen werden kann.

Um dies zu gewährleisten, wurde der Schlüssel wie folgt geändert:

Es wurden Blöcke (batches) von 2 bzw. 4 Klienten aufgestellt. Die Blöcke von 2 beinhalten die zufällige Reihenfolge je einer Zuweisung in SOMOSA-Gruppe und Kontrollgruppe. Die Blöcke von 4 beinhalten die zufällige Reihenfolge von je zwei Zuweisungen in SOMOSA-Gruppe und Kontrollgruppe. Die Reihenfolge der Blöcke ist ebenfalls zufällig angeordnet. Die Zuweisungen sind einzeln verschlossen und werden von einer unabhängigen Person erst auf Anfrage protokolliert bekannt gegeben.

### **5.3. Gründe zur Änderung des ursprünglichen Versuchsplanes**

Die bis zum Zwischenbericht (Dittrich & Fischer, 1997a) relativ geringe Fallzahl der Klienten, die in die randomisierte Studie einbezogen werden konnten, erklärte sich folgendermassen:

Aus betriebswirtschaftlichen Gründen benötigt die SOMOSA eine Belegung mit 10 oder 11 Klienten. Erst danach war es finanziel möglich, angemeldete Klienten, die den Kriterien der SOMOSA entsprachen, in die wissenschaftliche Begleitung aufzunehmen und damit zu 50% der Kontrollgruppe zuzuweisen.

Es wurden sehr viel weniger Klienten zur Aufnahme in die SOMOSA angemeldet als erwartet.

Dies lag nach Andreae (persönliche Mitteilung, Feb. 1997) vor allem an der deutlichen Verschlechterung der finanziellen Lage der öffentlichen Hand und dort besonders bei den Gemeinden. Auch wurde die SOMOSA von anderen "Heimen" stärker konkurrenziert als ursprünglich erwartet, die aus finanziellen Gründen vereinzelt auch Klienten aufnahmen, die sie sonst abgelehnt hätten.

Auch erwies sich die Bekanntmachung der besonderen Leistungsangebote der SOMOSA als schwieriger als erwartet und hat das nötige Ausmass erst im Verlaufe des Jahres 1996 erreicht.

Möglicherweise spielte auch die wissenschaftliche Begleitung eine gewisse Rolle für die relativ geringen Anmeldezahlen. Vereinzelt wurde Unmut geäussert, dass auch schwerste Fälle nicht bedingungslos aufgenommen, sondern mit einer Wahrscheinlichkeit von 50% abgelehnt werden. Zudem ist heute eine beträchtliche Wissenschaftsfeindlichkeit weit verbreitet.

Auch brauchte die Aufbauphase der SOMOSA bis zur vollen Betriebsbereitschaft fast zwei Jahre.

Für die nächsten beiden Jahre (ab 1997) erwartete Andreae (bei optimistischer Schätzung) eine Warteliste ab 5 Klienten pro Monat (im Schnitt eine Aufnahme pro Monat), sodass pro Jahr ca. 24 Klienten in die wissenschaftliche Begleitung hätten aufgenommen werden können. Auch bei pessimistischeren Annahmen ergaben sich damals zur Beantwortung der zentralen Fragestellungen des Projektes innerhalb dieser Zeit genügend Klienten.

Da sich aber in diesen folgenden Jahren nichts wesentliches an dieser Situation änderte, musste der Versuchsplan nach dem Zwischenbericht angepasst werden.

## 6. Qualitätskontrolle anhand von Zielvorgaben DIAD

### 6.1. Vorbemerkungen

Der Versuchsplan wurde 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.

Diese Ergänzungen sind im Rahmen der heutigen Möglichkeiten und Grenzen von "Qualitätskontrollen" zu sehen.

Diese Ergänzungen wurden neben dem unveränderten und weiterbestehenden bisherigen Versuchsplan eingeführt.

### 6.2. Konkretes Vorgehen

Als Kompromiss zwischen solchen methodischen Anforderungen und im konkreten Fall der betrieblichen Situation der SOMOSA wurde vorgeschlagen, die Verläufe aller Neueintritte in die SOMOSA, d.h. auch derjenigen, die nicht in die randomisierte Studie aufgenommen werden können, systematisch zu erfassen.

Das zentrale Untersuchungsinstrument zur Verlaufsuntersuchung ist und bleibt das standardisierte Ratingsystem DIAD (s. Kap. 7.3.2.) mit seinen neun reliabel und valide erfassbaren Dimensionen (Andreae, 1994, 1997). Die Untersuchungszeitpunkte (0, 3, 6, 9 und 12 Monate sowie allfällige katamnestische Untersuchungen) werden für alle Neueintritte beibehalten.

Diese DIAD-Erhebungen sind im beschriebenen Sinne mit Zielvorgaben zu vergleichen, d.h. der gewünschten, möglichst präzise definierten Differenz zwischen "Ist-" und "Sollzustand".

Dieser Vergleich erlaubt die quantitative Erfassung der Veränderung der SOMOSA-Pbn. Wodurch diese Veränderungen zustande kommen (Behandlung in der SOMOSA, Reifungsprozesse etc), lässt sich aber so nicht abklären. Ob sich solche Veränderungen kausal auf die Behandlung in der SOMOSA zurückführen lassen, ist nur in soweit zu entscheiden, wie am ursprünglichen Versuchsplan festgehalten werden kann.

Die möglichen Zielvorgaben in den DIAD-Dimensionen werden im folgenden diskutiert. Sie werden auch auf die randomisiert zugeteilten Pbn angewendet.

#### 6.2.1. Mögliche Zielvorgaben

Mögliche Zielvorgaben ("Soll-Zustand") werden anhand des DIAD definiert und die Differenzen zu den Ausgangslagen statistisch auf Signifikanz und praktische Relevanz untersucht. Es bieten sich die zwei folgenden Arten von Zielvorgaben an.

### 6.2.2. Intraindividuelle Zielvorgaben

Zu jedem individuellen Profil der Ausgangslage wird von einem Experten, dem sowohl das Ratingsystem DIAD wie auch das therapeutische Konzept der SOMOSA genau vertraut ist, (graphisch) das optimale Behandlungsziel (als Profil) angegeben. Herr T. Berthel (persönliche Mitteilung, 30.10.1998) hat sich als Experte zur Verfügung gestellt. Die Zielprofile wurden der wissenschaftlichen Begleitung erst zu Beginn der Schlussauswertung bekannt gegeben.

### 6.2.3. Allgemeine Zielvorgaben

Weitere -nur gruppenstatistisch - verwendbare Zielprofile ergeben sich aus den Daten von Andreae (1994). In dieser Arbeit wurden N = 50 Normalprobanden mit dem DIAD untersucht. Darunter befanden sich N = 21 männliche Jugendliche. Die Profile dieser Pbn können ebenfalls als Zielvorgaben für die schwer dissozialen Pbn der SOMOSA betrachtet werden.

### 6.2.4. Beschreibung und Wegleitung zur Angabe der DIAD-Zielprofile

An den Experten wurden folgende Beschreibungen und Wegleitungen zur Angabe der DIAD-Zielprofile abgegeben:

- a.) Die DIAD-Verläufe (codiert)
- b.) Gesprächsnotizen zu jedem Erstinterview (codiert)
- c.) Wegleitung zur Angabe der Zielprofile

#### a.) Zu den Verläufe:

Es wurden 18 DIAD-Erstinterview-Verläufe, T-normiert, zur Beurteilung abgegeben. Das Normwertprofil (21 männlichen Adoleszenten) wurde ebenfalls als beigelegt. Die T-Wert-Skalen sind so normiert, dass rund 65% der untersuchten Probanden innerhalb -1s/+1s vom Mittelwert liegen, d.h. +/- 10 Punkte.

#### b.) Zu den Gesprächsniederschriften

Die "ganz persönlichen" Gesprächsnotizen zu jedem Erstinterview wurden entsprechend zu den DIAD-Verläufe codiert und abgegeben. Es wurde darauf hingewiesen, dass diese Gesprächsnotizen subjektiv und in einem persönlichen Stil abgefasst wurden, und deshalb nicht abgeschätzt werden konnte, inwieweit die Stimmung nachempfunden wurde, oder Missverständnisse auftreten würden.

Es wurde ebenfalls erwähnt, dass die Begegnungs- und Gesprächszeit bei den Erstinterviews für eine genügende diagnostische Beobachtungszeit teilweise etwas ungenügend war. Dem Experten war bekannt, dass die DIAD-Auswertung individuell unterschiedliche stationäre oder ambulante Beobachtungszeit benötigt.

#### c.) Zielprofil

Die DIAD-Zielvariablen wurden definiert als:

- Ideale Entwicklung der jeweiligen Person, bzw. das bestmögliche an Entwicklung, das in Realität jedoch nur in Ausnahmefällen erwartet werden kann, das es je erreicht wird.



Anhand der DIAD-Erstinterview-Profile und der persönlichen Gesprächsniederschrift wurde gebeten, diese DIAD-Idealprofile von Hand zum Erstinterview-Profil einzutragen. Die Angaben dieses Ideals umfassten die Zeiträume:

1. wie die ideale Entwicklung nach 1-2 Jahre (Austritt SOMOSA) aussehen könnte, und
2. wie es nach 5 Jahren (Follow-up) aussehen könnte.

Zur Differenzierung der individuellen DIAD-Erstinterview-Profile und dem Normprofil wurde vermerkt, dass die Schwierigkeit darin liegt, das Ideal nicht nur an der Norm zu messen, sondern die individuellen Eigenarten und Unterschiede gemäss der differenziellen Diagnostik des DIAD's bestehen zu lassen.

### **6.3. Eintritts- und Austrittsbewertung der Klienten der SOMOSA (DINX)**

Mit dem Dissozialisationsindex (DINX, Kap. 7.3.3.) wurde die Situation der Klienten zum Zeitpunkt des Eintritts und zum Zeitpunkt des Austritts erfasst.

### **6.4. Austrittsbewertung der Klienten durch die Co-Leitung der SOMOSA (GCI)**

Die Co-Leitung der SOMOSA bewertete für jeden Klienten den Austrittszustand mittels des "Global Clinical Impression" (GCI, Kap. 7.3.5.).

## 7. Untersuchungsinstrumente zur Operationalisierung

### 7.1. Struktur

#### 7.1.1. Innere Struktur

Die für die wissenschaftliche Begleitung der SOMOSA zentralen Aspekte von der Anzahl der Mitarbeiter, Ausbildungen, Kündigungen und Einstellungen im Verlauf sowie der Prozesse im Verlauf der Konzeptumsetzung der Modellstation SOMOSA, gehen über in die Stichprobenbeschreibung (Kap. 10.3.) und die Prozessqualität. Weitere Informationen ergeben sich durch die Jahresberichte der SOMOSA (1994-1997).

### 7.2. Untersuchungsinstrumente zur Prozessqualität

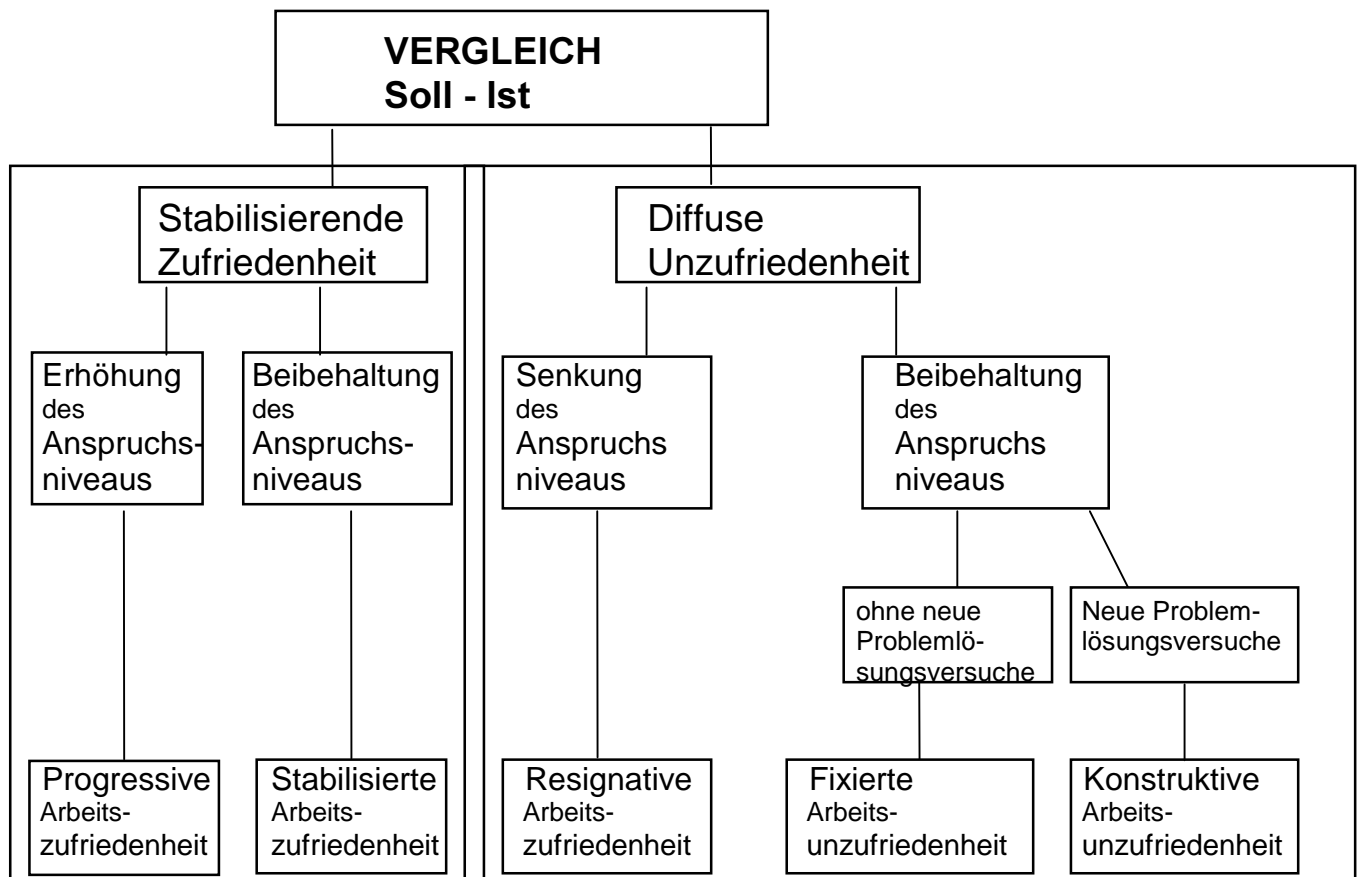
Nachfolgend werden die Instrumente beschrieben, die zur Erfassung der Prozessqualität verwendet wurden.

#### 7.2.1. Arbeitszufriedenheit-Fragebogen: AZ

Zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter der SOMOSA wurde der Fragebogen von Bruggemann, Grosskurth und Ulich (1975) in der Version nach Udris und Rimann (1994), Udris (o.J.) verwendet. Ein Exemplar findet sich im Anhang 1.4.

Der Fragebogen geht auf ein Modell der Arbeitszufriedenheit bzw. -unzufriedenheit zurück, das in der folgenden Abbildung 3 zusammengefasst wird.

Abbildung 3: **Arbeitszufriedenheit**, nach Bruggemann, Grosskurth und Ulich (1975).



Der Fragebogen AZ weist zwei Aspekte auf, nämlich 1. die Arbeitssituation (AS) und 2. die Arbeitszufriedenheit (AZ).

Die Arbeitssituation (AS) wird durch 13 spezifische und ein globales Item, die Arbeitszufriedenheit (AZ) durch 12 Items erfasst.

Die Zuordnung der Items der Arbeitszufriedenheit (AZ) zu den hypothetischen Dimensionen (s. Abbildung 3) wird bei den Ergebnissen dargestellt (s. Kap. 11.2.).

Da die Variablenzahl sehr klein ist, sind Reliabilitätsmängel zu erwarten.

### **7.2.2. Fragebogen zur Konzeptumsetzung der SOMOSA: FKS**

Basierend auf dem Feinkonzept der SOMOSA wurde ein Fragebogen zur Konzeptumsetzung, resp. zur Realisierung dieses Konzeptes entworfen (Dittrich & Fischer, 1995a). Der Fragebogen enthält ebenfalls Fragen zur Kenntnis des Konzeptes der SOMOSA wie auch zur Kenntnis des Konzeptes der wissenschaftlichen Begleitung.

Ein Exemplar befindet sich in Anhang 1.3.

### **7.2.3. Assessment der Stationsatmosphäre durch Klienten und Mitarbeiter: SBB**

Der nachfolgend beschriebene Fragebogen wird den Mitarbeitern und den Klienten der SOMOSA zur Beantwortung vorgelegt.

#### **Stationsbeurteilungs-Fragebogen (SBB)**

Der Stationsbeurteilungsbogen (SBB) ist ein standardisiertes Verfahren zur Erfassung des sozialen Klimas auf Krankenhausstationen mit psychisch kranken Patienten (Engel, Knab & Doblhoff-Thun, 1983). Der Fragebogen umfasst 100 Items, welche mit "trifft zu" oder "trifft nicht zu" zu beantworten sind (s. Anhang 1.5). Der SBB kann sowohl von Patienten wie auch vom Pflegepersonal und Ärzten oder Psychologen ausgefüllt werden. Die 100 Items werden nach inhaltlichen Gesichtspunkten zu 10 Skalen mit je 10 Items zusammengefasst, welche nach Kriterien der klassischen Testtheorie überprüft wurden. Die Reliabilität einiger Skalen (interne Konsistenz) ist für Einzelfallauswertungen eher problematisch, für Gruppenauswertungen (z.B. Beschreibung einer Station) aber durchgängig befriedigend.

Zur Normierung der Skalen wurden die Daten von N = 798 Personen verwendet, wobei Gruppenzugehörigkeiten (N = 595 Patienten, N = 136 Pflegepersonal, N = 67 Ärzte und Psychologen) nicht berücksichtigt wurden.

Die Normen liegen als T-Werte (50;10) vor, wobei eine vorgängige Transformation der Rohwerte in die Normalverteilung erfolgte.

Zu Validierung der Skalen wurden u.a. verschiedene Gruppenvergleiche gerechnet. In die Gesamtstichprobe gingen 1082 Fragebogen von 73 Krankenhausstationen ein (N = 816 Patienten, N = 187 Angehörige des Pflegepersonals und N = 79 Ärzte und Psychologen).

Zur Charakterisierung der Stationsatmosphäre in der SOMOSA sind vor allem die Profile aus folgenden Gruppenvergleichen von Bedeutung:

1. offene vs. geschlossene Stationen,
2. verschiedene Klinikformen (Landeskrankenhäuser, Universitätskliniken und psychotherapeutische Institutionen),
3. Stationen mit vorwiegend somatotherapeutischer im Vergleich zu psychotherapeutisch orientierten Stationen ,
4. verhaltenstherapeutisch vs. psychoanalytisch ausgerichtete Stationen und
5. die Patientenvariable "Psychotiker, Neurotiker, Suchtkranke".

Die 10 Skalen des SBB, die den drei übergeordneten (theoretischen) Dimensionen "Soziale Beziehungen", "Behandlungskonzept" und "Systemerhaltung und -veränderung" zugeordnet werden können, sind folgendermassen benannt. In Klammern finden sich Erläuterungen.

### **Soziale Beziehungen**

1. Anteilnahme  
(Ausmass der Beteiligung aller Gruppen am Stationsleben),
2. Unterstützung  
(Ausmass der gegenseitigen Unterstützung aller Stationsmitglieder)

### **Behandlungskonzept**

3. Spontaneität  
(Inwieweit regt die Umgebung zu spontanem und offenem Verhalten an ?)
4. Autonomie  
(Inwieweit werden die Patienten ermutigt, selbständig zu handeln und dafür die Verantwortung zu übernehmen ?)
5. Praxisorientiertheit  
(Wie intensiv bereitet die Behandlung auf die Entlassung und die Zeit danach vor?)
6. persönliche Problemorientiertheit  
(Inwieweit werden die Patienten ermutigt, offen über ihre Probleme und Gefühle zu reden mit dem Ziel, ihre Selbsteinsicht und ihr Problemverständnis zu erhöhen?)
7. Ärger und Aggression  
(Ausmass von offenem Ärger und deutlichen Aggressionen)

### **Systemerhaltung und -veränderung**

8. Ordnung und Organisation  
(Funktionalität des Stationsbetriebes)
9. Klarheit des Behandlungskonzepts  
(Wie klar ist bei allen Stationsmitgliedern das Behandlungskonzept, sowohl generell als auch im einzelnen Fall?)
10. Kontrolle durch das Personal  
(Wie stark übt das Personal Kontrollfunktionen aus?)

### 7.2.4. Fragebogen wissenschaftliche Begleitung: FWB

Die wissenschaftliche Begleitung erhob nachfolgend beschriebene Daten zur eigenen Erwartungshaltung und -einschätzung.

Die wissenschaftliche Begleitung entwarf für sich selber einen Itemkatalog (s. Anhang 1.6, Dittrich & Fischer, 1995b) mit vier Aussagen zu der eigenen Erwartungseinschätzung zum kurzfristigen (1 Jahr) und langfristigen (Follow-up) Erfolg der Behandlung in der SOMOSA. Ein Item bewertet die Zusammenarbeit und das letzte Item die Einschätzung des Teamklimas in der SOMOSA aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung.

Die persönlichen Erwartungshaltungen und Einstellungen der SOMOSA gegenüber werden aufgrund Lösel et al. (1987, s. Kap. 1) notiert.

A. Dittrich und C. Fischer trugen jeweils die Bewertungen dieser Fragen unabhängig voneinander ein, und gaben diese erst für den Zwischenbericht gegenseitig bekannt. In der zweiten Phase, d.h. nach dem Zwischenbericht bis zum Abschluss dieser Untersuchung (30.9.98), bewertete nur C. Fischer die Fragen.

## 7.3. Untersuchungsinstrumente zur Ergebnisqualität

### 7.3.1. Freie Protokollierung von Zuständen und Veränderungen

Nach jedem erfolgten Interview wurde der Inhalt und der Ablauf zusammenfassend niedergeschrieben. Am Schluss dieser Niederschrift wurde eine kurzgefasste Bemerkung und z.T. persönliche Interpretation notiert.

### 7.3.2. 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 (Kurzversion 54 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). Ratingvoraussetzung sind systematische stationäre Beobachtung oder ein halbstrukturiertes klinisches Interview. Das Interview tastet sich nach einer standardisierten Vorgabe über Eindruck, Hier und Jetzt, Vorfeld der Dissozialisation, Herkunft, Kindheit und Schulzeit, Ausschulung und hernach, adolescentäre Identität, Geschichte des seelischen und körperlichen Ergehens und Selbstbeurteilung an die zur Bewertung der Merkmale notwendige Information heran und dauert zwischen 60 und 90 Minuten. Die DIAD-Items werden auf einer sechsstufigen Ausprägungsskala vom Bewerter gewichtet (Ratingscores von 0-5). DIAD-Bewerter unterziehen sich zu Beginn einem Interrater-Training auf Videobasis.

DIAD umfasst neun Skalen, welche nach bisherigem Wissen für unsere Kultur fundamentale treibende und hemmende Individuations- und Sozialisationskräfte als typische adolescentäre Prozessgrößen beschreiben:

**Die DIAD-Skala 1 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.

**DIAD-Skala 2 GRAL** ("Grösse und Allmacht") vertritt Aspekte typischer adoleszentärer Grössenphantasien, Verstiegenseiten, Egozentrität und Omnipotenz.

**DIAD-Skala 3 MOPP** ("Opposition und Missmut") umfasst Aussagen zum adoleszenten Eigensinn, Widerstand, Trotz, Negativismus, Jähzorn und Hass.

**DIAD-Skala 4 WET** ("Weltbezug und Transzendieren") beschreibt die adoleszentäre Auseinandersetzung nach dem Idealitätsprinzip mit "WELT" im philosophischen Sinne in ihrem natürlich-kreatürlichen wie transzendentalen Bezugsrahmen.

**DIAD-Skala 5 FIT** ("Tradition und Fitness") hat Aussagen zum adoleszenten Konformitätspotential zum Inhalt, d.h. es werden sozialisatorische Anpassungswerte wie Tradition und Familienbezug, Körpertüchtigkeit und soziale Kollektivbildung berücksichtigt.

**DIAD-Skala 6 KID** ("Kindlichkeit und Dependenz") bringt den Aspekt fehlender adoleszentärer Propulsion resp. von regressiven Tendenzen der Adoleszenz zum Ausdruck, der sich in enger abhängiger, unsicher-unreifer Zugewandtheit zu elterlichen und anderen beschützenden Figuren zeigt. Die Item-Inhalte zielen auf Bedürfnisse nach Anlehnung, Anklammerung, Zuwendung, Fürsorge, Obhut, Verantwortungsdelegation, Unterwürfigkeit oder streichen kindliche Verhaltensnoten wie rasch wechselnde Stimmungsvielfalt, appellatives Agieren und emotionale Durchlässigkeit heraus.

**DIAD-Skala 7 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.

**DIAD-Skala 8 BANG** ("Beklemmung und Angst") fokussiert das Phänomen Angst in seinen verschiedenen seelischen und körperlichen Ausdrucksformen.

**DIAD-Skala 9 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.

### 7.3.2.1. Interrater-Training

Mit dem integrierten Expertensystem im DIAD PC-Programm kann zu jedem DIAD-Video-band (Länge ca. 1 Std.) das eigene Rating mit dem Expertenrating auf Item- und Skalenebene verglichen werden. Durch Andree (1994) stehen 48 DIAD-Videobänder zur Verfügung, zu denen im Trainingsprogramm das entsprechende Referenzrating aufgerufen werden kann.

Der Lernschritt in der Einführungsphase bestand darin, ein DIAD-Video im Trainingsprogramm zu bewerten und dann die persönlichen Itemwerte gegenüber den Itemwerten des Expertenratings zu vergleichen, zu verstehen und zu korrigieren. Es sind ca. 15 Trainingsdurchgänge (DIAD-Video und Rating mit anschließendem Expertenratingvergleichs) nötig, um selbständig Interviews mit dem DIAD zu bewerten.

### **Einführungskurs**

An der Psychiatrischen Poliklinik Winterthur fand unter der Leitung von A. Andreae und R. Knecht ein Einführungskurs statt, an dem C. Fischer, Psychiater und Assistenzärzte der Psychiatrischen Poliklinik teilnahmen.

Die erste Doppelstunde am 6.7.1994 beinhaltete eine Einführung und die Präsentation des ersten Videos mit anschliessend gemeinsamer Beurteilung. Dabei wurde vor allem auf die Scorewerte und Differenzen zwischen Expertenscores und persönlichen Scores eingegangen. Als Trainingsaufgabe erhielt jeder Teilnehmer eine Kopie des nächsten Videos, das auf die nächste Doppelstunde zu raten war. Es fanden vier weitere Trainingsbesprechungen dieser Art statt.

Mit jedem Video und der zugehörigen Besprechung der Bewertungen konnte ein rascher Fortschritt erzielt werden, indem die Auszubildenden die Itempunktverteilung der Stärke des beobachteten Verhaltens immer besser zuordnen konnten und so die Differenzen zum Experten immer geringer wurden. Mit der letzten Besprechung war die Einführung abgeschlossen und die Teilnehmer für die Praxisanwendung ausgebildet.

### **Persönliche Einführung und Weiterbildung von C. Fischer**

In der Zeit vor dem obengenannten Einführungskurs wurde mit der Lektüre des DIAD Forschungsbericht begonnen, welcher die Basis und die Entwicklung des DIAD enthält (Andreae, 1994). Dazu kamen weitere Untersuchungen, die in Dissertationsarbeiten abgefasst sind (Brun-Toggenburger, 1992; Möckli, 1992).

Da die Interviewbedingungen für das Bewerten dieser Studie auf jeweils alle drei Monate ein etwa eineinhalbstündiges Gespräch ausgerichtet war und nicht auf mehrere Konsultationen mit teilweise weiteren Beobachtungen in stationären Einrichtungen, wurde das Training intensiviert.

Zusätzlich zum Einführungskurs wurden weitere Videos bewertet. Die Anzahl und die Daten der Trainingsvideos finden sich in Tabelle 1. Bis zur ersten Aufnahme von Probanden in die Studie am 15.8.94 sind die 13 gerateten Videos Einführung und Schulung (Phase I). Die weiteren 13 Videos bis zum 15.8.95 sind Weiterbildung und vertiefte Übung (Phase II).

Am 28.7.1994 fand ein Übungs-Interview mit einem Klienten im SOMOSA statt. Weitere persönliche Besprechungen der Videos mit den zugehörigen Bewertungen fanden mit A. Andreae statt.

Als DIAD-Weiterbildung wurden Anfangs April 1995 mit drei Klienten in der SOMOSA Interviews geführt. Anschliessend wurde als Wiederholung die Gestaltung des Interviews und die Bewertungen besprochen.

Tab. 1: Daten der Trainingsvideos (N = 26, und 3 Weiterbildungs-Interviews)

VIDEO	ALTER	RDATUM	SEX	STATION	DIAGNOSE ICD9
KU-030	23	19.07.94	m	AEA Uitikon GEA	312.3, 312.2
HB-005	18	22.07.94	m	Burghof LH3	310.9, 313.8
DP-001	19	22.07.94	m	Burghof LH3	312.3, 301.8, 305.9
DM-028	23	23.07.94	m	Kilchberg Rehab	295.3
GH-009	24	24.07.94	m	AEA Uitikon OA	295.1, 312.3, 303
TS-008	22	26.07.94	m	AEA Uitikon OA	314.2, 312.3, 301.8
RC-037	20	29.07.94	m	Villa	300.0, 313.8
RK-039	17	2.08.94	w	Inselhof	312.3
MA-007	21	4.08.94	w	AEA Uitikon GEA	301.8, 298.8, 304.7
PJ-006	19	8.08.94	m	Burghof LH1	312.3, 313.8
BP-003	18	10.08.94	m	Burghof LH1	301.8
LL-035	23	10.08.94	m	AEA Uitikon GEA	309.3, 301.8
KN-027	21	13.08.94	w	Kilchberg Rehab	295.1
WN-015	17	23.09.94	w	Normproband	-
FT-043	22	27.09.94	w	Villa	307.5, 302.6, 313.2
RF-031	24	1.10.94	m	AEA Uitikon GEA	312.3
TK-004	18	2.10.94	m	Burghof LH1	312.1
MD-044	22	3.10.94	m	Burghof LH3	301.9, 305.6
AU-045	21	9.10.94	m	Burghof LH3	312.3, 301.8
TR-026	17	3.11.94	w	Inselhof	313.8
WE-002	19	4.11.94	m	Burghof LH3	313.8
SG-032	23	9.11.94	m	AEA Uitikon GEA	312.3
HH-034	25	10.11.94	m	AEA Uitikon GEA	312.3, 305
BP-003	18	9.12.94	m	Burghof LH1	301.8
HD-046	21	5.02.95	m	Burghof LH1	301.8, 305.2
MT-048	21	11.05.95	m	AEA Uitikon GEA	301.8, 314.2, 304
WB		3.04.95	m	Somosa <sup>1</sup>	
XO		4.04.95	m	Somosa <sup>2</sup>	
BA		5.04.95	m	Somosa <sup>3</sup>	

<sup>1 2 3</sup> Weiterbildungsinterviews

### 7.3.3. Dissozialisations-Index: DINX

Messung dissozialen Verhaltens von Adoleszenten richtet sich traditionellerweise nach Massstäben sogenannter "Bewährung". Untersuchungen zur "Bewährung" begnügen sich fast ausnahmslos mit der Beurteilung des strafbaren Verhaltens ("Legalbewährung") oder meist zusätzlich und v.a. in der Psychiatrie - der Arbeitsleistung ("Arbeitsbewährung"). Gesetz und Arbeit sind aber nur zwei aus einer ganzen Reihe bedeutsamer Lebensfelder, in denen sich das Sozialverhalten von Heranwachsenden alltäglich bewähren sollte. Unter dem Gesichtspunkt von Entwicklung und "Bewährung" spricht man auch von sogenannten Sozialisationsräumen. Wichtige andere Sozialisationsräume sind z.B. die Zivilgepflogenheiten (bspw. Finanzumgang, Ämter, Hygiene), das persönlichere mitmenschliche Netzwerk (bspw. verwandtschaftliches und nachbarschaftliches Eingebundensein), nahe Beziehungen (Freundschaften und Lebenspartnerschaften), Freizeit und



Genussverhalten (bspw. Substanzkonsum). Klinische Erfahrungen im sozialpädagogischen und therapeutischen Umgang mit stark dissozialisierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen, dass gerade in solchen kaum berücksichtigten Räumen entscheidende Kriterien zur Beurteilung von Dissozialisierung zu finden sind.

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

- (1) **”Zivilalltag”**, d.h. die Alltagsselbständigkeit im Umgang mit zivilen Gepflogenheiten und Pflichten (Finanzumgang, Hygiene, Lebensgrundversorgung, Ämterverkehr, Bürgerpflichten),
- (2) **”Nahe Beziehungen”**, d.h. die Verankerung in nahen mitmenschlichen Beziehungen und Bezügen (tragende Freundschaften, Lebenspartnerschaften, Familienloyalität),
- (3) **”Freizeitgestaltung”**, d.h. die nicht-erwerbsbezogenen Eigenaktivitäten, die Interessenspflege, die Entspannungs- und Mussefähigkeit, das freizeitliche Gruppenverhalten,
- (4) **”Arbeit/Schule”**, d.h. die ausbildungs- und erwerbsbezogene Leistungsbereitschaft, gemessen an Konstanz und Produktionskraft,
- (5) **”Substanzkonsum”**, d.h. das substanzgebundene Genussverhalten, (Alkohol, Haschisch, Drogen, Medikamente), und
- (6) **”Legalverhalten”**, d.h. Bereitschaft und Fähigkeit zur Anpassung an strafrechtlich sanktionierte sozialmoralische Normen (Delinquenz).

Nach Art anderer psychometrischer Messverfahren besteht eine skalierte Messweise über die Ausprägungsstärken 0 bis 5 gewählt (Likert-Skala). Ein normaler, d.h. kulturüblicher Sozialisationsgrad wird mit dem Wert 0 geratet, ein maximaler Dissozialisationsgrad mit dem Wert 5. Diese beiden Extreme sind standardisiert definiert, d.h. es wurden Items vorgelegt, welche exakt beschreiben, was in der jeweiligen Dimension unter Sozialisations- resp. Dissozialisationsbedingungen der Werte 0 und 5 zu verstehen ist. Was dazwischen liegt, muss vom Beurteiler mit den Zwischenwerten 1, 2, 3 und 4 ausgedrückt werden. DINX ist an einer repräsentativen Stichprobe aus der adoleszenten Normpopulation normiert und testtheoretisch abgesichert.

Die Werte der sechs Betrachtungsräume werden aufaddiert (Min. 0 Pkt., Max. 30 Pkt.), wobei Totalscores bis 9 Pkt. als im Normbereich, solche von 10-30 Pkt. als entsprechend unterschiedliche Dissozialisationsgrade betrachtet werden.

### **Interrater-Reliabilität**

Die Bewertung gleicher Dissozialisierungssituationen durch verschiedene, unabhängige Beurteiler (Interrater-Reliabilität) wurde an einer Stichprobe von N=20 Probanden vorgenommen. 12 Probanden waren Teil der Stichprobe der Dissozialisierungs-Probanden der DIAD-Studie (Andreae, 1994, 1997; Andreae & Fischer, 1999), 8 Probanden rekrutierten sich aus dem Behandlungsumfeld der Psychiatrischen Poliklinik Winterthur. Die Beurteiler haben vorgängig an einer knappen Einführung und Schulung teilgenommen.

Gegenübergestellt wurde die jeweilige Bewertung der N=20 Probanden von mehreren Beurteilern und die entsprechende Bewertung des Untersuchungsleiters.

Die Korrelationskoeffizienten der Interrater-Reliabilität sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tab. 2. : Interraterkorrelation DINX, N = 20 Probanden

	Rho	r
<b>ZIVIL.</b>	0.89	0.90
<b>BEZIEH.</b>	0.74	0.76
<b>FREIZ.</b>	0.65	0.65
<b>ARBEIT</b>	0.87	0.81
<b>SUBST.</b>	0.81	0.84
<b>LEGALV.</b>	0.96	0.99
<b>TOTAL</b>	0.80	0.88

Die Übereinstimmung der Bewerter in den Bereichen "Legalverhalten", "Zivilalltag", "Arbeit" und "Substanzkonsum" ist sehr hoch, in dem Bereich "Nahe Beziehungen" ist die Übereinstimmung hoch und im Bereich "Freizeitverhalten" ist sie mittel. Es zeigt sich somit eine gute Übereinstimmung in der Bewertung von zwei verschiedenen Beurteilern auf die Dissozialisationsituation eines Probanden.

#### 7.3.4. Somatische Daten

Die Verläufe aller Klienten in der SOMOSA werden durch die Mitarbeiter erfasst und die wichtigen Vorkommnisse (z.B.: "Kurven" d.h. Entweichungen, positive Urinproben, etc.) in einem Kalender sowie in Verlaufsberichten und -notizen festgehalten.

Die wichtigen Vorkommnisse in den Verläufen der Klienten in der Kontrollgruppe werden bei der jeweiligen Institution oder einer wichtigen Bezugsperson erfragt.

#### 7.3.5. Globale Erfolgseinschätzung durch die SOMOSA-Leitung: GCI

Im Rahmen der Globalbeurteilung (Global Clinical Impression) und dem vorliegenden Eintritts- und Austrittsblatt für stationäre Patienten (Deutschschweizer 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).

## **8. Assessment und Untersuchungsinstrumente zur Beschreibung der Stichproben**

### **8.1. Assessment der Klienten der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne**

Das Assessment der Klienten, die in die wissenschaftliche Begleitstudie (i.e.S.) aufgenommen wurden, teilt sich ein in Basisdaten, welche am Anfang nur ein Mal erfasst wurden und nachfolgend dargestellt werden. Die Instrumente, die in der Verlaufsuntersuchung wiederholt eingesetzt wurden, wurden vorgehend beschrieben.

### **8.2. Basisdaten**

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

### **8.3. Anamnestische Daten**

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

### **8.4. 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, Untertest 3, LPS-3 A/B (Horn, 1983), 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. Es werden Reihen aus jeweils 8 geometrischen Figuren auf dem Bildschirm geboten, die nach einer Regel aufgebaut sind und der Proband das eine Zeichen zu nennen hat, das diese Regel verletzt.

Mit dem Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT, A/B (Lehrl, 1989; Lehrl, Merz, Burkhard et al., 1983) wird die verbale (kristalline, bildungsabhängige) Intelligenz gemessen. Mit diesem Test wird eine Schätzung des verfügbaren Wortschatzes vorgenommen. Es wird eine Abfolge von je fünf Buchstabenkombinationen dargeboten, bei der jeweils diejenige herauszufinden ist, die ein sinnvolles Wort der deutschen Sprache darstellt.

## 8.5. Persönlichkeitsfragebogen: FPI-ARIG

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

### 8.5.1. Der Rigiditätsfragebogen von RINK (RIG)

Eine Normierung an einer ähnlichen Stichprobe und eine ausreichend valide Aussage über Persönlichkeitseigenschaften sind mit dem Rigiditätsfragebogen von Rink (1984) durch eine umfassende Untersuchung an 292 in unserem Sinne adoleszenten männlichen Strafgefangenen zu Rigidität und Veränderungsmotivation vorgegeben. 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.

Zur Definition der Rigidität gehören Resistenz gegen Verhaltensänderung sowie mangelnde Variabilität des Verhaltens. Gemeint ist die in verschiedenem Ausmass eingeschränkte Fähigkeit eines Menschen, sich angesichts Veränderungen der objektiven Bedingungen in Handlung oder Einstellung (Unterscheidung in motorische, affektive und kognitive Rigidität) von bisher gehandhabten Handlungs- und Denkwegen zu lösen und angepasstere und angemessenere zu wählen. So kann Rigidität nach ihrer Definition auf einzelne Verhaltens- und Reaktionsklassen bezogen werden oder aber auf eine allgemeine Eigenschaft, die weitgehend alle Denk- und Verhaltensstile beeinflusst. Rink formuliert sie als Trägheit in der Einstellung auf neue Situationen und ein Festhalten an bisher eingeübtem Verhalten mit Bezug auf Norm und Einstellungskonstrukte.

### 8.5.2. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)

Die Fassung des Freiburger Persönlichkeitsinventars, die von der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli in epidemiologischen Studien eingesetzt wird, entspricht, von der Offenheit-Skala abgesehen, deren Items zur Hälfte verwendet werden, der 1984 von Fahrenberg, Hampel und Selg (1984) aktualisierten FPI-A-Halbform, die FPI-A1 genannt wurde. Diese an N=2035 bevölkerungsrepräsentativen Deutschen normierte Form wurde über einige Items sprachlich modifiziert. In dieser Form sollten, im Gegensatz zur gleichzeitig entwickelten revidierten Fassung FPI-R, Kontinuität und Vergleichbarkeit mit früheren Untersuchungen gewährleistet bleiben.

Das FPI erfasst die folgenden faktorenanalytisch gewonnenen Persönlichkeitsdimensionen: Nervosität, Spontane Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit, Geselligkeit, Gelassenheit, Reaktive Aggression, Gehemmtheit und Offenheit. Als übergeordnete Faktoren erfasst es die Zusatzskalen "E", "N" und "M": Extraversion-Introversion, Emotionalität resp. Neurotizismus im Sinne Eysencks und Eysencks (1966) mit Berücksichtigung neuerer Diskussionen über diese Komponenten und Maskulinität (typisch männliche bzw. typisch weibliche Selbstschilderung). Das FPI erweist sich in breitester klinischer und allgemeinspsychologischer Verwendung als sehr reliables und valides Selbstratinginstrument.

### **8.5.3. Der Selbstrating-Fragebogen FPI-ARIG**

Den SOMOSA- und Kontroll-Probanden wird nun die Fassung des Selbstratingfragebogen FPI-ARIG vorgelegt, der aus der Kombination von FPI-A1, Version der PUK Burghölzli, und dem RIG-Fragebogen von Rink entwickelt wurde (s. Anhang 1.1). Vor dem Untersuchungsgespräch werden die Probanden gebeten, den vorgelegten Fragebogen FPI-ARIG gemäss der Instruktion auf der Frontseite auszufüllen. Während dieser Zeit wird der Proband von C. Fischer (PSIN) begleitet.

### **8.6. Assessment der 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.

## 9. Dokumentation der Daten und statistische Auswertung

Die Daten wurden mittels verschiedener standardisierter Formulare und Fragebogen sowie anderen, weniger strukturierten Dokumentationsformen erfasst. Sie wurden kodiert und anschliessend in eine PC - "Datenbank" eingegeben.

Dieser Umweg erübrigte sich bei den DIAD - Ratings (vgl. 7.3.2.) und dazugehörigen Daten, da dazu ein spezielles Programm vorliegt, das eine direkte Eingabe und Zwischenauswertungen gestattet (Knecht & Andreae, 1994).

Die Auswertung erfolgte mit verschiedenen Programmen, vor allem KMSS (Kleiter, 1994) und EXCEL (Microsoft, 1994).

Die verwendeten statistischen Verfahren werden grösstenteils detailliert bei Bortz (1999) beschrieben.

Die inferenzstatistischen Analysen erfolgten auf dem  $\alpha = 0.05$ -Niveau, einseitig oder zweiseitig je nach Fragestellung. Falls für weitere Berechnungen notwendig, werden auch genauere p - Werte angegeben.

Bei manchen deskriptiven und inferenzstatistischen Analysen können Masse der „praktischen Signifikanz“ (der „klinischen Relevanz“), d.h. „effect sizes“ (ES) zu Verwendung kommen, welche aussagekräftiger als p - Werte sind. Solche Masse werden hier gelegentlich benutzt (Cohen, 1988).

Exkurs: Ein besonderes Problem der statistischen Auswertung stellt die Analyse der Daten von Klienten dar, deren Behandlungsverlauf nach einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr dokumentiert werden kann. Dies kann verschiedene Ursachen haben, z.B.:

1. Der Klient scheidet aus der Studie aus Gründen aus, die unabhängig von den therapeutischen Massnahmen sind.
2. Der Klient tritt so spät in das Behandlungsprogramm ein, dass innerhalb des vorgegebenen Untersuchungszeitraums Daten nicht mehr erhoben werden können.
3. Der Klient bessert sich in einem solchen Ausmasse, dass er vor Abschluss der geplanten Untersuchungsdauer entlassen bzw. in eine andere Institution überwiesen werden kann, welche weniger schwere adoleszente Störungen behandelt.
4. Der Klient weist derart schwere Störungen auf, dass es vor Abschluss der geplanten Behandlungsdauer selbst in SOMOSA nicht mehr tragbar ist und z.B. auf die geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Klinik überwiesen werden muss.

Diese Problematik wird unter der Bezeichnung „Intention-to-Treat Analysis“ besonders von Newell (1992; vgl. auch Haase & Fischer, 1990) diskutiert. Beim Vergleich von Patienten, die randomisiert verschiedenen therapeutischen Massnahmen zugeordnet werden, wird vorgeschlagen, den jeweils zuletzt erfasst Wert fortzuschreiben („last observation carried forward“, LOCF). Dies gilt in diesem Falle als methodische Standardprozedur und wird damit begründet, dass sich die Ursachen für unvollständige Verläufe zufällig auf die verschiedenen vorgesehenen Massnahmen verteilen.

Dieses Vorgehen entspricht unserem ursprünglich vorgesehen randomisierten Versuchsplan, welcher aber nicht eingehalten werden konnte (vgl. Kap. 5.).

Die Konsequenzen der Fortschreibung von unvollständigen Verläufen bei Einzelstichproben wurden u.W. bisher nicht detaillierter analysiert.

Trotz methodischer Bedenken wurde von uns falls notwendig auch in diesem Falle die LOCF - Technik verwendet und durch explorative Analysen von nicht fortgeschriebenen Daten ergänzt.

## 10. Beschreibung der Stichproben

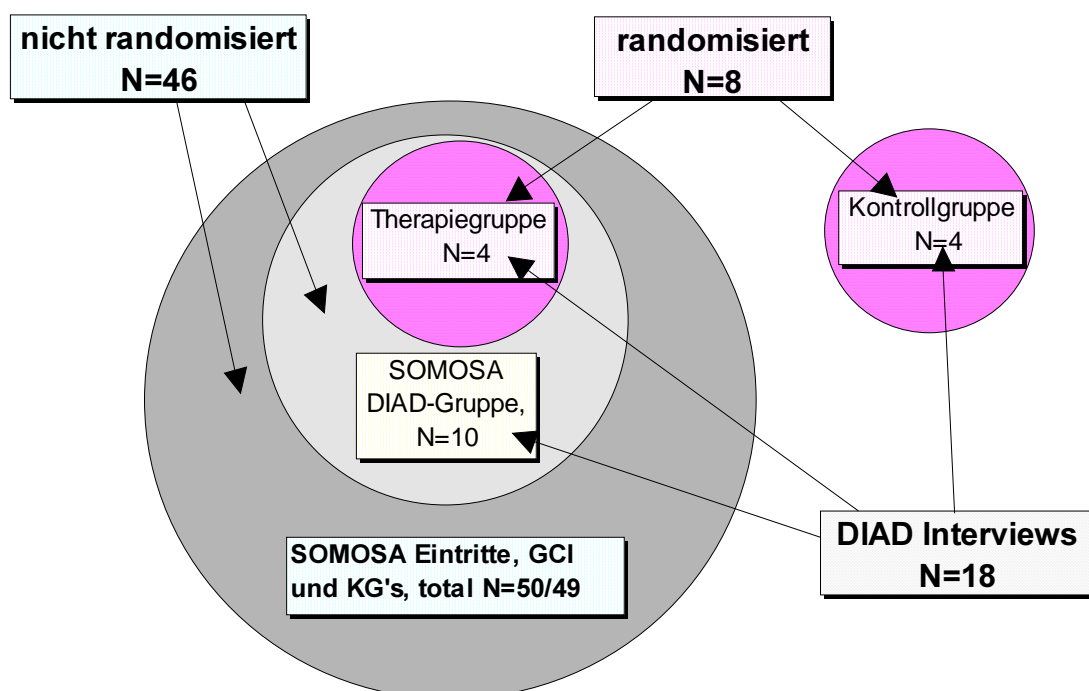
### 10.1. Stichproben der Probanden der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne und der Gesamtstichprobe der Klienten der SOMOSA

In der Tabelle 2 sind die Stichproben der wissenschaftlichen Begleitung (i.e.S.) und der Klienten der SOMOSA dargestellt. Diese lassen sich in drei Gruppen aufteilen. Die einzelnen Vernetzungen dieser drei Stichprobengruppen sind in Abbildung 4 dargestellt.

Tab. 2.: Stichprobenaufteilung der Probanden der wissenschaftlichen Begleitung und der Klienten der SOMOSA

Stichproben	N	Beschreibung	DIAD Erstint.	DIAD nicht vollständig	DIAD vollst.	GCI	KG	mündl. Info.
<b>1</b>	<b>8</b>	<b>randomisiert</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>			<b>8</b>
1a	4	Kontrollgruppe	4	1	3			4
1b	4	Therapiegruppe	4	3	1	4	4	4
<b>2</b>	<b>10</b>	<b>nicht random.</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
2a	3	ganze Dauer	3		3	3	3	3
2b	7	Teil der Dauer	7	4		7	7	7
<b>3</b>	<b>50</b>	<b>alle Eintritte</b>				<b>50</b>	<b>49</b>	<b>50</b>
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>Jugendliche</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>54</b>

Abbildung 4: Vernetzung der Stichproben der wissenschaftlichen Begleitung und der Klienten der SOMOSA





## 10.2. Stichprobe nach dem ursprünglichen Konzept der wissenschaftlichen Begleitung

Gemäss dem ursprünglichen Konzept wurden 8 Jugendliche randomisiert in die wissenschaftliche Begleitung aufgenommen (Tab. 2, Gruppe 1). 4 Jugendliche (1a) wurden der SOMOSA Therapiegruppe zugeteilt und 4 Jugendliche (1b) in die Kontrollgruppe.

Bei allen 8 Probanden wurde nach der Anmeldung in der SOMOSA das DIAD Erstinterview, der FPI-Fragebogen sowie der Intelligenz-Test in Computer-Version (IQ-Test auf PC) durchgeführt. Nach dem Vorstellungsgespräch mit der SOMOSA Co-Leitung wurde das Zuteilungslos geöffnet.

Das Alter dieser  $N = 8$  Probanden bei der Aufnahme betrug  $x = 19,8$  Jahre ( $s = 2,7$  Jahre). Das Durchschnittsalter der Therapiegruppe betrug  $x = 21,2$  Jahre ( $s = 1,7$ ,  $N = 4$ ), das Durchschnittsalter bei der Kontrollgruppe  $x = 18,4$  Jahre ( $s = 3,0$  Jahre,  $N = 4$ ).

In der SOMOSA Therapiegruppe (1a) konnte ein Verlauf mit 4 DIAD Wiederholungsgesprächen bis zum Austritt vervollständigt werden. Ein Jugendlicher ist nach dem Aufnahmeverfahren und der Loszuteilung in die SOMOSA Therapiegruppe nicht in die SOMOSA eingetreten. Ein Jugendlicher ist  $1\frac{1}{2}$  Jahre nach dem Aufnahmeverfahren in die SOMOSA eingetreten und es konnten 3 Interviews stattfinden. Ein Jugendlicher ist nach  $7\frac{1}{2}$  Monaten aus der SOMOSA ausgetreten, sodass zwei DIAD Wiederholungsgespräche stattfanden.

In der Kontrollgruppe (1b) konnten 3 Jugendliche ein Jahr lang alle drei Monate interviewt werden und die Wiederholungsgespräche vervollständigt werden. Ein Jugendlicher weigerte sich, nach dem Aufnahmeverfahren an den Wiederholungsgesprächen teilzunehmen.

### 10.2.1. Stichprobe der nicht randomisiert aufgenommenen Klienten mit DIAD Interviewverläufen

Per 1.7.1997 wurden gemäss dem Vorschlag zur Ergänzung des Versuchsplanes der wissenschaftlichen Begleitung (Dittrich, Fischer, 1997b) alle eintretenden Klienten in die wissenschaftliche Begleitung (i.e.S.) aufgenommen.

Bei diesen 10 Klienten (Tab. 2. Gruppe 2) wurde nach der Aufnahme in die SOMOSA das DIAD Erstinterview, der FPI-Fragebogen sowie der Intelligenz-Test durchgeführt. Danach folgten alle 3 Monate ein DIAD Wiederholungsgespräch.

Bei 3 Klienten (2a) konnte ein Jahr lang alle drei Monate ein Wiederholungsgespräch stattfinden und der Verlauf bis zum Austritt vervollständigt werden.

Ein Jugendlicher weigerte sich nach dem 2. Wiederholungsgespräch an weiteren teilzunehmen. 2 Jugendliche traten nach dem Erstinterview, resp. nach dem 1. Wiederholungsgespräch aus.

Bei dem wissenschaftlichen Datenaufnahmestopp per 10.9.98 konnte bei 4 Klienten das Erstinterview, bei einem Klienten ein und bei einem Klienten zwei Wiederholungsgespräche stattfinden (2b).

Das Durchschnittsalter der SOMOSA-Gruppe der wissenschaftlichen Begleitstudie (i.e.S.)  $N = 10$  betrug  $x = 18,7$  Jahre ( $s = 5,9$  Jahre). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bis zum Austritt, resp. bis zum 30.9.98 betrug  $x = 6,8$  Monate ( $s = 5,0$  Monate).

Das Durchschnittsalter der SOMOSA-Gruppe der wissenschaftlichen Begleitstudie (i.e.S.) betrug  $x = 19.5$  Jahre ( $s = 2.2$  Jahre,  $N = 14$ , d.h. inkl. der  $N = 4$  der randomisierten Therapiegruppe).

### 10.2.2. Stichprobe der Klienten der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne

In der nachfolgenden Tabelle 3 werden die Probanden der wissenschaftlichen Begleitung (i.e.S.; Tab. 2, Gruppe 1 und 2),  $N = 18$  bezüglich dem DIAD Erstinterview sowie Wiederholungsinterviews, der Erfassung mit dem FPI-ARIG Fragebogen und dem PC-Intelligenz-Test dargestellt.

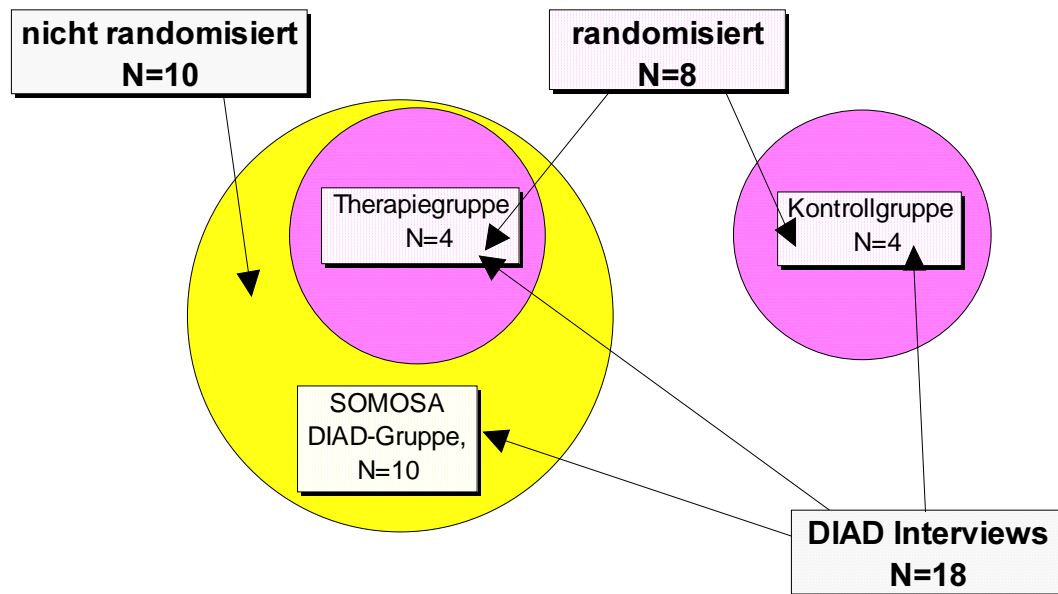
Da die Probanden der randomisierten Kontrollgruppe ( $N = 4$  dieser  $N = 18$ ) nach den gleichen Kriterien selektioniert wurden, wie die Klienten der randomisierten Therapiegruppe sowie auch der nicht randomisierten Klienten der SOMOSA, die in die wissenschaftliche Begleituntersuchung aufgenommen wurden, werden diese zu einer Gruppe zusammengefasst.

In der Abbildung 5 sind diese Untergruppen gemäss Abbildung 4 dargestellt.

Tab. 3: Probanden der wissenschaftlichen Begleitung, randomisierte Stichprobe und nicht randomisierte Stichprobe,  $N = 18$

Proband	DIAD- Erstinterview	FPI-Frage- bogen	PC- Test	1.DIAD Wiederh.	2.DIAD Wiederh.	3.DIAD Wiederh.	4.DIAD Wiederh.
<b>random.</b>							
1a	x	x	x	x	x	x	x
1a	x	x	x	x	x	x	x
1a	x	x	x	x	x	x	x
1a	x	x	x				
1b	x	x	x	x	x	x	x
1b	x	x	x				
1b	x	x	x	x	x	x	
1b	x	x	x	x	x		
<b>nicht random.</b>							
2a	x		x	x	x	x	x
2a	x	x	x	x	x	x	x
2a	x		x	x	x	x	x
2b	x	x	x	x	x		
2b	x			x			
2b	x	x	x				
2b	x			x	x		
2b	x	x	x	x			
2b	x	x	x				
2b	x	x	x				

Abbildung 5.: Probanden der wissenschaftlichen Begleitung, randomisierte Stichprobe und nicht randomisierte Stichprobe, N = 18



### 10.2.2.1. Intelligenz-Erfassung

Die Mittelwerte der partiellen Intelligenzquotienten, gemessen mit den IQ-Tests LPS-3 und MWT, sind in Tabelle 4 dargestellt.

Alle 8 Probanden der randomisierten Therapie- und Kontrollgruppe haben an der Intelligenzzerfassung mitgemacht.

Bei zwei Klienten der SOMOSA-Gruppe der wissenschaftlichen Begleitung war die Durchführung des IQ-Testes wegen der psychischen Verfassung nicht möglich.

Bei einer Person sind die Werte des MWT wegen der noch zu mangelhaften Beherrschung der deutschen Sprache nicht berücksichtigt worden.

Tab. 4: Mittelwert ( $\bar{x}$ ) und Standardabweichung ( $s$ ) der Intelligenzquotienten, LPS 3 (N = 16) und MWT (N = 15)

	LPS a/b unterer Bereich	LPS a/b oberer Bereich	MWT A/B durchschn. Werte
$\bar{x}$	106.88	113.31	90.07
$s$	16.65	16.59	15.16

Um weitere Berechnungen durchführen zu können, wurde der Durchschnitt der angegebenen unteren und oberen IQ-Wert beim LPS gemittelt ( $\bar{x} = 110.09$ ,  $s = 16.61$ ). Der Wert weicht statistisch signifikant von der Norm ab ( $z = 2.692$ ,  $p = 0.01$ ). Bezüglich der Varianz findet sich kein Unterschied.

Der durchschnittliche IQ-Wert beim MWT von  $\bar{x} = 90.1$  weicht statistisch signifikant von der Norm ab ( $z = 2.565$ ,  $p = 0.01$ ). Auch hier findet sich kein signifikanter Varianzunterschied.

Es zeigt sich, dass bei diesen Klienten die logisch-abstrakte Intelligenz über dem Normbereich (IQ = 100) liegt, die bildungsabhängige, verbale Intelligenz jedoch unter die Norm abfällt.

Das Phänomen, das bei dissozialen oder delinquenten Adoleszenten zwischen der logisch-abstrakten und der bildungsabhängigen, verbalen Intelligenz eine grosse Differenz besteht, wobei die letztgenannte tiefer liegt, ist bekannt (Richter, Scheurer & Kröber et al., 1993; Göppinger, 1983).

### 10.2.2.2. Persönlichkeitsfragebogen FPI-ARIG

In der Gruppe der randomisierten Therapie- und Kontrollgruppe haben alle N = 8 Klienten bei der Aufnahme in die wissenschaftliche Begleitung einen FPI-ARIG Fragebogen ausgefüllt.

Bei der SOMOSA-Gruppe der wissenschaftlichen Begleitung (N = 10) konnte ein FPI-ARIG Fragebogen wegen noch zu wenig Beherrschens der deutschen Sprache nicht ausgefüllt werden. Bei drei Klienten war das Ausfüllen des Fragebogens wegen der psychischen Verfassung nicht möglich. Diese N = 4 "missing" Fragebögen von N = 18 entspricht 22.2% (s. auch Tabelle 3.).

Die "missing data" in den Fragebögen wurden mit dem häufigsten Wert ersetzt. Das entspricht bei "missing data" N = 15 bei N = 2'058 Einzeldaten 0.7%.

In der nachfolgenden Tabelle 5 werden die Mittelwerte (x) und Standardabweichungen (s) der FPI-ARIG Skalen bei der Aufnahme (N = 14) mit den Normwerten verglichen (t-Test für unabhängige Stichproben).

Die Normwerte der FPI-A1 Halbform stammen von der Erhebung von Fahrenberg et al. (1984), die eine Stichprobe von männlichen Erwachsenen der Altersgruppe 16-24 Jahren, N = 174, umfasst. Um die Skala Offenheit (9) mit den Normwerten vergleichen zu können, wurden die Skalenwerte verdoppelt, da der FPI-ARIG die Hälfte der Items dieser Skala enthält (s. Kap. 8.5.3.).

Tab. 5.: FPI-ARIG, Vergleich der Aufnahme-Erhebung mit den Normwerten FPI-A1 (N = 14, N = 174)

FPI-A1 Skala	Aufnahme		FPI-A1		Diff.(Aufnahme - FPI-A1)				
	x	s	x	s	x	FG	t	sign.	ES
1 NERV	7.2	3.2	3.9	2.7	3.34	186	4.405	ja	l
2 SAGG	4.6	1.5	5.4	2.8	-0.77	186	1.013	nein	s
3 DEPR	9.1	2.5	5.9	3.4	3.23	186	3.513	ja	l
4 ERR	5.6	2.4	4.5	2.7	1.04	186	1.391	nein	m
5 GES	8.4	3.1	9.0	3.2	-0.56	186	0.636	nein	s
6 GEL	4.7	1.8	5.6	2.3	-0.90	186	1.459	nein	m
7 RAGG	5.4	2.1	4.9	2.2	0.53	186	0.867	nein	s
8 GEH	3.9	2.1	3.6	2.1	0.30	186	0.509	nein	s
9 OFF	10.6	2.0	10.1	2.5	0.48	186	0.714	nein	s
E EXT	6.6	2.6	7.5	2.6	-0.91	186	1.256	nein	s
N ELAB	7.7	2.3	5.3	3.0	2.38	186	2.898	ja	l
M MAS	6.7	1.9	8.4	2.3	-1.64	186	2.606	ja	l

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied bei einer kleinen praktischen Signifikanz (ES) in den Skalen 2. Spontane Aggression, 5. Geselligkeit, 7. Reaktive Aggression, 8. Gehemmtheit, 9. Offenheit und Extraversion. Die Werte der Aufnahme-Erhebung sind in den Skalen 2. Spontane Aggression und Extraversion tiefer als die Normwerte.

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied bei einer mittleren praktischen Signifikanz (ES) in den Skalen 4. Erregbarkeit und 6. Gelassenheit. In der Skala 6. Gelassenheit sind die Werte der Aufnahme-Erhebung tiefer als die Normwerte.

Es zeigt sich ein signifikant erhöhter Wert bei einer grossen praktischen Signifikanz (ES) in der Skala 1. Nervosität, 3. Depressivität, Emotionale Labilität (Neurotizismus) und Maskulinität. Die Werte in der Skala Maskulinität sind signifikant tiefer als die Normwerte.

Für den Vergleich der Rigiditäts-Skalen wurden die Normwerte von Rink (1984) verwendet. Die erste Tabelle 6 zeigt den Vergleich mit seiner Stichprobe von männlichen Strafgefangenen, die zweite (Tabelle 7) den Vergleich mit der Stichprobe von männlichen Berufsschülern (t-Test für unabhängige Stichproben). Die Stichprobe der Strafgefangenen unterscheidet sich nicht von derjenigen der Berufsschülern.

Tab. 6.: RIG, Vergleich der Aufnahme-Erhebung mit den Normwerten RIG Strafgefangene (N = 14, N = angegeben)

RIG Skala	Aufnahme		RIG			Diff.(Aufnahme - RIG)				
	x	s	N(m)	x	s	x	FG	t	sign.	ES
RIG 1	6.8	3.1	275	5.5	4.5	1.29	287	1.069	nein	s
RIG 2	12.9	4.5	277	12.4	5.6	0.51	289	0.338	nein	-
RIG Tot.	19.7	7.0	267	17.5	9.2	2.20	279	0.885	nein	s

Tab.7.: RIG, Vergleich der Aufnahme-Erhebung mit den Normwerten RIG Berufsschüler (N = 14, N = angegeben)

RIG Skala	Aufnahme		RIG			Diff.(Aufnahme - RIG)				
	x	s	N(m)	x	s	x	FG	t	sign.	ES
RIG 1	6.8	3.1	365	5.6	3.8	1.21	377	1.17	nein	s
RIG 2	12.9	4.5	357	12.3	4.8	0.59	369	0.45	nein	-
RIG Tot.	19.7	7.0	352	17.5	7.8	2.18	364	1.032	nein	s

Es zeigen sich keine signifikante Unterschiede zwischen der Aufnahme-Erhebung und den Normstichproben in den Skala RIG 1 , RIG 2 und dem Total der Rigidität. Die praktische Signifikanz (ES) in der Skala RIG 2 ist zu vernachlässigen. Die praktische Signifikanz (ES) der Vergleiche der RIG 1 Skala sowie dem RIG-Gesamtwert ist klein.

### 10.2.3. Stichprobe aller Klienten in der SOMOSA

Vom 18.4.94 bis 30.9.98 sind 50 Jugendliche in die SOMOSA eingetreten (Tabelle 2, Gruppe 3). Von allen 50 Klienten ist das Global Clinical Impression (GCI) bei Austritt von der Co-Leitung eingeschätzt worden. Es liegen von 49 Klienten die Krankengeschichten (KG) zum Verlauf ihrer Behandlung in der SOMOSA vor.

Das Alter beim Eintritt beträgt im Schnitt  $x = 18.9$  Jahre (Standardabweichung  $s = 2.2$  Jahre,  $N = 50$ ).

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Klienten (bis zum Austritt, resp. bis 30.9.1998) beträgt  $x = 10.1$  Monate bei einer Standardabweichung von  $s = 8.7$  Monaten.

In der Zeit vom 18.4.94 bis 30.9.98 traten 41 Klienten aus. Im Dezember 1996 trat ein ehemaliger Klient zu einer Krisenintervention wieder ein.

Die durchschnittliche Aufenthaltszeit dieser Klienten ( $N = 41$ ) beträgt  $x = 10.0$  Monate ( $s = 9.2$  Monate).

#### Weitere biographische Daten

Vor dem Eintritt in die SOMOSA wiesen 32 (64%) Klienten (von  $N = 50$ ) mindestens einen Aufenthalt in einem Heim, Internat oder einer Durchgangsstation auf; 36 (72%) Klienten hatten, wenn auch kurz, einen Klinikaufenthalt. Fünf (10%) Klienten waren weder in Heimen etc. oder in einer Klinik.

In die SOMOSA eingewiesen wurden 23 (46%) Klienten über Jugendstrafrechtsbehörden (Schweizer Strafgesetzbuch, d.h. Jugendstrafrecht oder kantonale Schweizer Strafprozessordnungen), 3 (6%) Klienten nach StGB Art. 43 (ärztliche Behandlung oder besondere Pflege für geistig Abnorme). Ein Überblick zum schweizerischen Jugendstrafrecht, bzw. -massnahmerecht findet sich bei Fischer (1991).

14 (28%) Klienten wurden über fürsorgerischer Freiheitsentzug, Vormundschaftsbehörden oder weitere zivilgesetzliche Massnahmen eingewiesen. 10 (20%) Klienten traten freiwillig und/oder mit ärztlicher Überweisung ein.

Die Zusammenfassung der Klienten nach der letzt genannten Diagnosen (ICD 10, WHO, 1991) der SOMOSA, teils auch aus vorangehenden Dokumenten, ergibt folgendes Störungsbild:

ICD 10	globale Umschreibung	Klienten
1X.X	Störungen durch Substanzgebrauch	3
2X.X	Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis	9
	Dito, zusätzlich mit Störungen durch Substanzgebrauch	11
3X.X	Affektive Störungen	5
	Dito, zusätzlich mit Störungen durch Substanzgebrauch	1
4X.X	Neurotische Belastungs- oder somatische Störungen	1
6X.X	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	6
	Dito, zusätzlich mit Störungen durch Substanzgebrauch	3
9X.X	Verhaltens- und emotionale Störungen bis in die Kindheit	7
	Dito, zusätzlich mit Störungen durch Substanzgebrauch	1
	Keine Diagnose	3

### 10.2.3.1. Stichprobe der Klienten bei den Befragungen

Bei den sieben Befragungen der Klienten der SOMOSA mit dem SBB-Fragebogen haben von den N= 34, die zu den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten in der SOMOSA weilten, N = 30 bei mindestens einer Umfrage mit dem SBB mitgemacht (d.h. 88.2%).

Der Altersdurchschnitt dieser Klienten bei Eintritt in die SOMOSA beträgt  $x = 19.2$  Jahren ( $s = 2.2$  Jahren), der Durchschnitt der Aufenthaltszeit in der SOMOSA (bis Austritt, resp. bis 30.9.98) beträgt  $x = 14.9$  Monate ( $s = 8.0$  Monate).

### 10.2.4. Globale Beschreibung der Klienten der SOMOSA

Im folgenden wird versucht, die Information zusammenzufassen, die wir aufgrund von Akten, Krankengeschichten und persönlichen Gesprächen mit den Klienten erhielten.

Es liegt eine globale Typisierung der Klienten in vier Gruppen nahe.

Alle Klienten dieser vier Gruppen zeigten bei Eintritt schwere pathologische Störungen. Unabhängig von vorgängigen psychiatrischen Behandlungen, Diagnosen und Verdachtsdiagnosen (s. Kap. 10.2.3.), waren sie aufgrund ihres psychopathologischen Verhaltens zu Hause oder in Jugendheimen nicht mehr tragbar, sei es, dass sie sich gänzlich zurückzogen, eine psychotische Symptomatik, uneinfühlbar oder chaotisch angetrieben, sowie massive Streitereien, Bedrohungen und aggressive Durchbrüche zeigten (vgl. Kap. 2). Die meisten wiesen unterschiedlich lange Einweisungen in Durchgangs- oder Beobachtungsstationen sowie Kliniken als Abklärung und Kriseninterventionen auf.

Die erste Gruppe umfasst rund 8 Klienten, die von anderen Institutionen und Kliniken sowie ein paar wenige, die über private Einweisung eingetreten sind, sich nicht einleben konnten, massivst verstört oder psychotisch wirkten, oft oder lange aus der SOMOSA entwichen, vereinzelt massiv Substanzen (Haschisch, Heroin) konsumierten, nicht zu halten waren und immer wieder nach Hause gingen und sich weigerten wieder einzutreten.

Die zweite Gruppe umfasst rund 18 Klienten, die ebenfalls von anderen Institutionen und Kliniken, sowie einige über private Einweisungen von Zuhause her eintraten. Diese Klientengruppe zeigte während der Behandlung in der SOMOSA und bei den meisten auch mit der Abgabe von Medikamenten ein schrittweises Absinken der psychopathologischen Störungen. Es traten in wenigen Fällen Krisen auf, die teils eine kurze Einweisung in eine Klinik nötig machten. Im Verlauf zeigten diese Klienten eine zunehmende Offenheit und Ausgeglichenheit, konnten sich vermehrt an die Tagesstruktur halten und die steigenden Arbeitsanforderungen der SOMOSA erfüllen. Sie traten in weitere Institutionen oder leicht begleitete Wohnsituationen mit Ausbildungs- oder auch Weiterbildungsangeboten über.

Eine fiktive, prototypische Fallgeschichte eines Klienten sieht folgendermassen aus:

Die Eltern lebten getrennt. Während der Trennung litt er unter Auseinandersetzungen und gegenseitigen Ausspielungen der Eltern. Er hatte sich mit seiner Mutter zerstritten und lebte für eine kurze Zeit bei seinem Vater. Die erste psychotische Dekompensation hatte er nach einer Leistungseinbusse im Lehrbetrieb und wurde für eine kurze Zeit in die Klinik eingewiesen. Danach setzte ihn sein Vater widersprüchlich stark unter Druck oder liess ihn gewähren. Er dekompenierte erneut.

Er trat aus der Klinik in die SOMOSA ein. Bei Eintritt zeigte er ein wechselhaft psychotisches Zustandsbild mit Wahnideen, Halluzinationen, Stimmungsschwankungen und sozialem Rückzug. In der ersten Zeit der Behandlung in der SOMOSA auch mit Neuroleptika zeigte sich eine Abnahme der psychotischen Symptomatik. Er wurde zunehmend zugänglicher, und

konnte an einzelnen Gruppenaktivitäten teilnehmen. Im weiteren Verlauf konnte er die Tagesstrukturen besser einhalten und zeigte Interesse an der Arbeit. Nach einer Auseinandersetzung mit seinem Vater geriet er unter Druck, entwich für vier Tage und zeigte nach seiner Rückkehr Stimmungsschwankungen, zog sich zurück und verweigerte die Medikamente. Er blieb in seinem Zimmer, verweigerte die Arbeit oder "tigerte" ziellos und unansprechbar im Haus herum. Er zeigte eine ähnliche psychotische Symptomatik mit Wahnideen und Halluzinationen wie beim Eintritt. Er wurde krank geschrieben und im Verlauf von einigen Tagen und erneuter Medikation gingen die Wahnideen und Halluzinationen zurück. Trotz seiner psychopathologischen bedingten Schwierigkeiten bemühte er sich, die Tagesstrukturen einzuhalten. Im weiteren Verlauf konnte er an seinen Zustand vor dem Einbruch anknüpfen. In seiner Freizeit malte und las er viel. Er kaufte sich ein Fahrrad, um kleine Touren unternehmen zu können und sich körperlich zu bewegen. Er achtete auf seine Ernährung, da er vorhatte sein Gewicht etwas zu reduzieren. Während der Behandlung konnte mit ihm eine Merkmalsliste ausgearbeitet werden, an der der Beginn einer Krise erkannt werden und so auch aufgefangen werden kann. Er trat in eine therapeutisch begleitete Wohnsituation über und fährt mit seiner Lehre fort.

Die dritte Gruppe umfasst rund 12 Klienten, die von anderen Institutionen und Kliniken, sowie einige über private Einweisungen von Zuhause her eintraten. Während der Behandlung in der SOMOSA, grösstenteils auch mit der Abgabe von Medikamenten, zeigte sich bei dieser Klientengruppe eine Verminderung der psychopathologischen Störungen und im weiteren Verlauf eine Stagnation. Die Klienten konnten sich vermehrt, - bis auf einzelne Krisen, die teilweise mit einer kurzen Klinikeinweisung verbunden waren - oder phasenweise weniger an die Tagesstruktur halten. Die steigenden Arbeitsanforderungen zeigten individuell unterschiedliche Leistungsgrenzen. Sie konnten in weitere betreute Institutionen mit Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten übertreten.

Eine prototypische Fallgeschichte zu dieser Gruppe ist:

Bei Eintritt zeigte er deutliche Widerstände und Aggressionen dem Betrieb und den anderen Klienten gegenüber. Anfängliche Befürchtungen, dass ein vorangegangener Alkoholkonsum im Zentrum stehen könnte, hat sich nicht bewahrheitet. In den ersten Wochen versuchte er mittels telefonischen Suiziddrohungen an die Adresse der Eltern die Einweisung in Frage zu stellen. Dieses Verhalten verschwand nach den ersten Wochen und machte einem eher zurückgezogenen, ängstlichem und resigniertem Verhalten platz. Die verschiedenen Behandlungsangeboten nützte er anfänglich nur mit grosser Angst und grossen inneren Widerständen. Wenn er auf Probleme stiess, gab er unvermittelt auf, zog sich zurück, verweigerte alles oder forderte die Hilfe der Mitarbeiter an. Nach einer eher langen Zeit konnte er trotz seiner Schwierigkeiten in die interne Werkstatt eintreten und bemühte sich, die geforderten Leistungen zu erbringen. Bei einer Anforderungssteigerung zeigte sich dann eine deutliche Begrenzung seiner Leistungsfähigkeit. Er wirkte desorientiert, klagte selbst, dass er nicht richtig denken könne und unter solchem Stress die Umwelt optisch verändert erlebe. Während dieser Zeit zog er sich wieder stark zurück, verweigerte zunehmend seine Mitarbeit oder klammerte sich an einzelne Mitarbeiter. Anfänglich ging er überhaupt nicht aus dem Haus. Er war oft für sich alleine und zog sich vor den anderen Klienten zurück. Mit der Zeit ging er mit bestimmten Begleitern kurz in die Stadt. Dann nahm er teilweise an Gruppenaktivitäten auch teil. Im weiteren Verlauf zog er sich weniger zurück und zeigte den anderen Klienten gegenüber seine aggressive Seite. Er bemühte sich dann mit Hilfe der Therapie an konkreten Schwierigkeiten zu arbeiten wie Selbständigkeit in Alltagsfertigkeiten, Konflikte mit anderen Jugendlichen konstruktiv zu lösen. In seiner Freizeit zeigte er wenig Eigenaktivität. Er konnte einen Ausseneinsatz machen, den er jedoch abbrach. Er ist in eine begleitete Wohn- und Arbeitsinstitution übergetreten.

Die rund 12 Klienten der vierten Gruppe traten ebenfalls von anderen Institutionen und Kliniken, sowie einige über private Einweisungen von Zuhause her ein. Während der Behandlung, teilweise mit Medikamenten, zeigte sich bei einem Teil dieser Klientengruppe eine wechselnde Ab- und wieder Zunahme der psychopathologischen Störungen bei einem weiteren Teil ein phasenweises Absinken mit massiven Einbrüchen. Ein Teil dieser Klientengruppe war während der Behandlung in der SOMOSA aufgrund dieser Krisen



kurzzeitig in einer Klinik hospitalisiert. Je nach Verlauf trat eine oder eine weitere Krise auf, verbunden mit Entweichungen, vereinzelt wurden Straftaten begangen; massiver Verweigerung oder teilweise massiven aggressiven selbst- und fremdgefährlichen Durchbrüchen, welche zu einem vorzeitigen Abbruch der Behandlung in der SOMOSA führten.

Eine prototypische Fallgeschichte zu dieser Gruppe ist:

Auf dem Weg von der Klinik zur SOMOSA entwich er. Nach zwei Tagen wurde er aufgegriffen und trat in die SOMOSA ein. In den ersten Tagen entwich er erneut. Er zeigt starke Stimmungswechsel und plötzliche Spannungszustände. Stundenweise verweigerte er jegliche Mitarbeit und reagierte auf Sanktionen massivst aggressiv und zerstörte Mobiliar. Dann zeigte er sich kooperativ, zugänglich und äusserte seine innere Spannung und Nervosität. Er nahm hauptsächlich Kontakt mit den anderen Klienten auf und nicht mit den Mitarbeitern. Bei Konsum von Haschisch zeigte sich vermehrt ein psychotisches Zustandsbild mit erhöhter einschliessender Aggressivität, sodass ihm kein Bargeld mehr ausbezahlt wurde. Im weiteren Verlauf der Behandlung auch unter Abgabe von Medikamenten verringerten sich die Spannungszustände und die aggressiven Durchbrüche wurden weniger heftig. Ebenfalls reduzierte sich sein Haschischkonsum. Er konnte sich teilweise an die Tagesstruktur und Hausordnung halten, nahm sich jedoch immer wieder "Freiheiten" heraus. Im Rahmen einer Grenzsetzung zeigte er erneut einen massiv selbstgefährdenden Aggressionsdurchbruch, sodass er kurzzeitig in die Klinik eingewiesen wurde. Nach der Rückkehr verweigert er seine Mitarbeit, zeigt Provokationen den Mitarbeitern gegenüber und reagiert auf Anforderungen mit Aggressionsdurchbrüchen. Er wurde in die Klinik überwiesen.

### 10.3. Stichprobe der Mitarbeiter

Vom 1.1.1994 bis 30.9.98 arbeiteten resp. arbeiten  $N = 58$  Mitarbeiter in der SOMOSA. Das Durchschnittsalter bei Stellenantritt beträgt  $x = 34.7$  Jahren ( $s = 8.3$  Jahre).

Die Stellenbesetzung über die Zeit vom 1.1.1994 bis 30.9.98 stellt sich (in Klammern per 30.9.98) folgendermassen dar:

- Co-Leitung	
Sozialpädagogik und Psychiatrie	4 (2) Personen
- Therapie und Lerntherapie	4 (4) Personen
- Psychiatrische Assistenz	4 (1) Personen
- Betreuung	21 (7) Personen
(bestehend aus 11 Psychiatriepfleger/Innen und 10 Personen mit oder in Ausbildung in Sozialpädagog., Psychologie UNI und IAP sowie Lehrerausbildung)	
- Arbeitstherapie	4 (2) Personen
- Aushilfen	9 (2) Personen
- Animation	1 (0) Person
- Sekretariat	3 (2) Personen
- Praktika und Vorpraktika	10 (1) Personen

Die durchschnittliche Anstellungszeit aller Mitarbeiter ( $N = 58$ , bis letzter Arbeitstag, resp. bis 30.9.98) beträgt  $x = 17.7$  Monate ( $s = 14.9$  Monate). Nach Geschlecht aufgeteilt sind dies 31 Männer und 27 Frauen.

## Kündigungen

In der Zeit vom 1.1.94 bis 30.9.98 haben 37 Personen gekündigt.

Die Stellenaufteilung der Kündigungen sieht wie folgt aus:

- Co-Leitung (jeweils die psychiatrische Co-Leitung)	2 Personen
- Psychiatrische Assistenz	3 Personen
- Betreuung	14 Personen (1 Person innerhalb der Probezeit)
- Arbeitstherapie	2 Personen
- Aushilfen	6
- Praktikanten	8
- Animation	1
- Sekretariat	1 Person

Zwischen dem 30.4.95 und 30.9.95 erfolgten 8 Kündigungen vom Betreuersteam und eine Kündigung der Arbeitstherapie.

Die durchschnittliche Anstellungszeit aller ausgetretenen Personen (inkl. Praktika, Vorpraktika, Aushilfen, 2 Kündigungen innerhalb der Probezeit, N = 37) beträgt  $\bar{x} = 11.0$  Monate ( $s = 7.1$  Monate).

### 10.3.1. Stichprobe der Umfrage bei den Mitarbeitern

Bei den Umfragen wird aus Gründen der Anonymität angeboten, dass die Mitarbeiter nicht den Namen, sondern einen selbstgewählten Code angeben können. Von N = 47 Mitarbeitern, die zu den Untersuchungszeitpunkten in der SOMOSA gearbeitet haben, haben in den 13 Umfragen ca. 38 Personen (80.9%) mindestens 1 Mal einen Fragebogen ausgefüllt.

Das Durchschnittsalter bei Stellenantritt dieser N = 37 (eine Person anonym) Mitarbeiter betrug  $\bar{x} = 34.7$  Jahre ( $s = 7.8$  Jahre). Die durchschnittliche Anstellungszeit bis Kündigung, resp. bis 30.9.98 beträgt  $\bar{x} = 22.7$  Monate ( $s = 16.1$  Monate). Aufgeteilt nach Geschlecht sind dies 19 Männer und 18 Frauen.

Bei den Fragebogen-Untersuchungszeitpunkten (Ergebnisse, AZ, Kap. 11.2., FKS, Kap. 11.3., SBB, Kap. 11.4.) wird jeweils die approximativ maximale Anzahl der Mitarbeiter, die gemäss Anstellung, resp. Kündigung im Hause arbeiten, angegeben. Mitarbeiter, die während diesen Untersuchungszeitpunkten Ferien oder anderweitige Absenzen aufweisen, konnten nicht separat berücksichtigt werden und wurden in diese Angaben einbezogen. Dies bedeutet, dass ebenfalls die jeweiligen prozentualen Rücklaufquoten beim einen oder anderen Untersuchungszeitpunkt eher zu tief ausfallen.

## 10.4. Wissenschaftliche Begleitung

Die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleitung sind auch von den Personen abhängig, die sie durchführen. Es sollen deshalb die hier relevanten Qualifikationen und die Art der Tätigkeit in diesem Projekt von A. Dittrich und C. Fischer kurz aufgeführt werden.

### 1. A. Dittrich:

1966 (Univ. Köln): Diplom-Hauptprüfung für Psychologen (Nebenfach: Psychopathologie und Philosophie);

1972 (Univ. Köln): Promotion zum Doktor der Naturwissenschaften (Nebenfächer: Wirtschaftsmathematik und Mathematische Statistik, Psychopathologie);

1983 (Univ. Zürich): Habilitation an der Philosophischen Fakultät für "Empirische Psychologie Klinischer Richtung";

seit

1986 Inhaber und Leiter des "PSIN Prof. Dr. A. Dittrich - Psychologisches Institut für Beratung und Forschung" in Zürich (Methodik einschl. Biostatistik, Versuchsplanung, Wissenschaftstheorie, Qualitätskontrolle sowie Psychodiagnostik und Psychotherapie),

1990 (Univ. Zürich): Ernennung zum Titularprofessor.

Schwerpunkt der Tätigkeit von A. D. lag in der Planung und der Kontrolle der Durchführung des Projektes.

### 2. C. Fischer:

1993 (Univ. Zürich): Lizentiat an der Philosophischen Fakultät (Hauptfach: Psychologie, Nebenfächer: Strafrecht und Politische Wissenschaften);

Werkstudentin: 3 Jahre Betreuung, Städtische Notschlafstelle für Obdachlose (Fürsorgeamt der Stadt Zürich)

Seit 1994 Freiberufliche Mitarbeiterin im "PSIN".

Der direkte Kontakt mit den Betreuern der "SOMOSA" wurde überwiegend durch C. Fischer aufgebaut und aufrecht erhalten. Die Beschaffung der im SOMOSA erhobenen Daten erfolgte durch sie. Die für die zentrale Fragestellung dieser Untersuchung wichtigen Interviews (s. Kap. 7.3.1. Freie Protokollierung, 7.3.2. DIAD, 7.3.3. DINX) mit den Patienten wurden ausschliesslich durch sie geführt.

Zur eigenen Qualitätskontrolle wurden (fast) wöchentliche schriftliche Protokolle der wissenschaftlichen Begleitung angefertigt, welche zur Information an die Leitung der SOMOSA sowie A. Andreae versandt wurden.

Zudem erfolgte in problematischen Situationen eine externe Beratung ("Supervision") durch D. Lamparter und M. Maurer.

# 11. Ergebnisse

## 11.1. Ergebnisse : Prozessqualität

Die Ergebnisse der Prozessqualität werden nachfolgend präsentiert.

## 11.2. Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit (AZ)

Wie dargestellt (s. Kap. 7.2., s. Anhang 1.4), umfasst der Fragebogen AZ zwei Aspekte, nämlich 1. die Arbeitssituation (AS) und 2. die Arbeitszufriedenheit (AZ).

Der Fragebogen wurde den Betreuern an den in Kap. 4.6., Abbildung 1 angegebenen 13 Untersuchungszeitpunkten ZP abgegeben.

Es fanden sich keine Fragebogen mit mehr als 10% "missing data".

Zum Zeitpunkt 1 (ZP 1) verbleiben N = 15 (18), ZP 2 N = 15 (21), ZP 3 N = 18 (20), ZP 4 N = 17 (20), ZP 5 N = 15 (19) und ZP 6 N = 18 (22), ZP 7 N = 16 (22), ZP 8 N = 14 (21), ZP 9 N = 14 (22), ZP 10 N = 16 (21), ZP 11 N = 11 (23), ZP 12 N = 15 (24), ZP 13 N = 14 (21).

Von maximal zu erwartenden N = 274 Fragebogen wurden also N = 76 (27.7%) nicht beantwortet.

Bei vereinzelt "missing data" auf der Itemebene erfolgte bei gleichzeitigem Ankreuzen von zwei Antwortkategorien die Zuordnung nach dem Zufall. Bei anderen "missing data" (N = 36 von insgesamt N = 5'148 Einzeldaten; 0.7%) wurde der häufigste Wert je Untersuchungszeitpunkt eingesetzt.

Für die statistische Analyse wurden die 13 Untersuchungszeitpunkte in zwei Perioden aufgeteilt:

Periode 1 : Untersuchungszeitpunkt 1 bis 6; N = 98 (Zwischenbericht), und

Periode 2 : Untersuchungszeitpunkt 7 bis 13; N = 100.

Da über die Zeit unterschiedliche Mitarbeiter an den Umfragen beteiligt waren, wurde mit unabhängigen Stichprobenvergleichen die konservativere Methode gewählt.

Mit dem U-Test und t-Test für unabhängige Stichproben wurde Periode 1 mit Periode 2 verglichen. Die Resultate sind nach jeder Tabelle der einzelnen Fragebogenitems aufgeführt.

### 11.2.1. Arbeitssituation (AS)

Die Arbeitssituation wird wie dargestellt (s. Kap. 7.2.) durch 13 spezifische und ein globales Item erfasst, wobei als Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind:

1 = sehr unzufrieden, 2 = eher unzufrieden, 3 = unentschieden, 4 = eher zufrieden und 5 = sehr zufrieden.

Im Folgenden werden pro Item und Untersuchungszeitpunkt ZP jeweils der Median MD und die Quartilabstände Q1 und Q3, sowie der Mittelwert ( $\bar{x}$ ) und die Standardabweichung ( $s$ ) angegeben.

Eine graphische Darstellung der Ergebnisse findet sich in Anhang 2.5.1.

Tab. 8: Item 1. "Umweltbedingung am Arbeitsplatz (Lärm, Licht, Temperatur)."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3.5	4	4	4
1. Quartil	2.5	3	4	3	4	4	3	3	3	2.75	3	2	3
3. Quartil	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
$\bar{x}$	3.47	3.40	4.00	3.65	3.80	3.80	3.56	3.43	3.57	3.25	3.27	3.13	3.36
$s$	1.19	1.06	1.03	0.93	0.77	0.77	0.96	0.85	0.76	1.06	1.01	1.13	1.01

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 3.078$ ,  $p \leq 0.003$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 196$ ,  $p \leq 0.008$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Herabsetzung in Periode 2.

Tab. 9: Item 2. "Möglichkeit, sich die Arbeit selbst einteilen zu können."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	4	3.5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4
3. Quartil	5	5	5	5	5	5	5	4.75	4	5	4.5	4	4.75
$\bar{x}$	4.40	4.00	4.22	4.53	4.40	4.17	3.81	4.14	3.79	4.38	4.00	3.67	4.07
$s$	0.74	0.93	0.94	0.51	0.91	0.92	1.11	0.77	1.12	0.62	0.89	1.11	0.83

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 2.546$ ,  $p \leq 0.011$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 196$ ,  $p \leq 0.016$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Herabsetzung in Periode 2.

Tab. 10: Item 3. "Verhalten des (der) Vorgesetzten, wenn Probleme auftauchen."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	3	2	4	4	5	4.5	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	2.5	2	3	3	4	4	3.75	4	3.25	4	4	4	4
3. Quartil	4	4	4.75	5	5	5	4.25	4.75	4	5	5	4	4
$\bar{x}$	3.33	2.93	3.72	3.82	4.27	4.22	3.81	3.93	3.86	4.31	4.27	4.00	4.00
$s$	1.23	1.10	1.18	1.38	1.10	1.06	1.11	1.00	0.86	0.70	0.90	0.76	0.68

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.193$ ,  $p \leq 0.231$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 11: Item 4. "Möglichkeit, neue fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	3	3	3.25	4	4	4	3.75	4	4	4	4	4	4
3. Quartil	4.5	4.5	5	4	5	5	5	4	4.75	5	5	4	4
x	3.87	3.80	3.78	3.88	4.20	4.00	3.94	4.14	4.07	4.44	4.27	3.93	4.14
s	0.83	0.94	1.31	0.93	0.94	0.97	1.00	0.53	1.00	0.51	0.65	0.59	0.53

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.396$ ,  $p \leq 0.159$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 12: Item 5. "Gehalt und Sozialleistungen."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	4	4	4	4	4	4	4	3.5	4	4	4	4	4
1. Quartil	3	2.5	3	3	3.5	3.25	2	2.25	3	3	3.5	2.5	3
3. Quartil	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4.25	4	4	4
x	3.60	3.47	3.50	3.53	3.93	3.89	3.25	3.14	3.64	3.81	3.55	3.27	3.64
s	1.12	1.13	1.10	1.12	1.03	0.68	1.29	1.03	1.08	0.98	1.13	0.88	0.84

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.289$ ,  $p \leq 0.195$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 13: Item 6. "Möglichkeiten, die Arbeit so zu verrichten, wie sie einem am besten liegt."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3. Quartil	5	4	4.75	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
x	4.07	3.93	4.00	4.35	4.27	4.33	4.19	4.14	4.29	4.31	4.45	4.27	4.14
s	1.03	0.88	0.91	0.61	0.88	0.97	0.83	0.86	0.61	0.79	0.52	0.80	0.53

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.275$ ,  $p \leq 0.779$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 14: Item 7. "Verhalten der Kollegen/innen, wenn Probleme auftauchen."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3.5	4
3. Quartil	5	4.5	5	5	5	4.75	4	5	4.75	5	5	4	4.75
x	4.13	4.20	4.50	4.47	4.47	4.17	4.00	4.21	4.21	4.19	4.27	3.73	4.07
s	0.92	0.56	0.62	0.51	0.64	0.62	0.63	0.70	0.58	0.75	0.65	0.88	0.83

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 2.341$ ,  $p \leq 0.018$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 196$ ,  $p \leq 0.016$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Herabsetzung in Periode 2.

Tab. 15: Item 8. "Möglichkeiten, Ihre Fähigkeiten bei Ihrer Tätigkeit einzusetzen."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	2.5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3.5	4
3. Quartil	5	4	5	4	5	4.75	5	5	4.75	5	4.5	4	5
x	3.73	3.67	4.06	4.06	4.33	4.06	4.31	4.29	4.14	4.25	4.27	3.80	4.21
s	1.22	0.98	1.06	0.66	0.82	0.80	0.70	0.83	0.77	0.86	0.47	0.94	0.89

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.458$ ,  $p \leq 0.141$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 16: Item 9. "Vertrauen, das einem die Vorgesetzten entgegenbringen."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3.5	4
3. Quartil	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4.5	4	5
x	4.40	3.67	4.00	4.12	4.27	4.33	4.25	4.29	4.14	4.25	4.00	3.80	4.14
s	0.83	0.98	1.14	1.32	1.10	0.77	0.86	0.61	0.53	0.68	0.89	0.77	1.03

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.948$ ,  $p \leq 0.655$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 17: Item 10. "Verfügbarkeit und Zustand der Arbeitshilfsmittel (Einrichtungen, Geräte, techn. Ausstattung, usw., die einem die Arbeit erleichtern)."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4
1. Quartil	2	2	2	3	2	3	2	3	2.25	3	2	3	3
3. Quartil	4	4	4	4	4	4	3.25	4	4	4	4	4	4
x	3.13	3.07	3.17	3.47	3.33	3.44	2.94	3.21	3.14	3.25	3.18	3.27	3.57
s	1.06	1.10	1.15	1.01	1.18	0.92	0.93	0.80	0.86	0.77	1.17	0.96	0.76

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.528$ ,  $p \leq 0.604$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 18: Item 11. "Möglichkeiten, in eine höhere Gehaltsgruppe zu gelangen oder befördert zu werden."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
1. Quartil	2.5	2	2	2	2.5	2.25	2	2	2.25	2	2	2	3
3. Quartil	3	3	3	3	4	3.75	3.25	3.75	4	3	3.5	3	3.75
x	2.80	2.67	2.78	2.71	3.20	3.00	2.81	2.71	3.21	2.94	2.73	2.87	3.07
s	1.01	0.72	1.26	1.16	1.15	0.77	1.11	1.07	0.97	1.06	1.27	0.99	1.00

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.383$ ,  $p \leq 0.704$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 19: Item 12. "Vertrauensverhältnis unter den Kollegen/innen."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	4	4	4.5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	4	4	4	4	4.5	4	4	4	4	4	4	4	4
3. Quartil	5	4	5	5	5	5	4.25	4	4	4	5	4.5	5
x	4.13	4.00	4.39	4.59	4.67	4.33	4.19	4.07	4.00	4.00	4.27	4.00	4.14
s	0.83	0.53	0.70	0.51	0.62	0.49	0.54	0.62	0.78	0.73	0.65	0.85	0.95

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 2.675$ ,  $p \leq 0.008$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 196$ ,  $p \leq 0.007$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Herabsetzung in Periode 2.

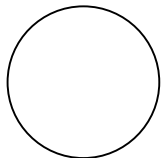
Tab. 20: Item 13. "Zusammenarbeit mit den Kollegen/innen."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	4	4	4.5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3. Quartil	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4.5	5
x	4.07	4.00	4.39	4.65	4.60	4.39	4.25	4.07	4.00	4.00	4.36	3.93	4.14
s	0.88	0.65	0.70	0.49	0.51	0.50	0.68	0.62	0.55	0.73	0.50	0.96	0.86

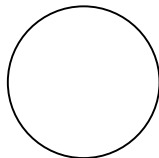
Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 2.693$ ,  $p \leq 0.007$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 196$ ,  $p \leq 0.009$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Herabsetzung in Periode 2.

Tab. 21: Item 14. "Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie damit ?

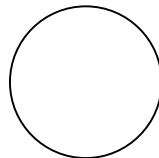
Bitte kreuzen Sie das Kästchen unter dem zutreffenden Gesicht an:



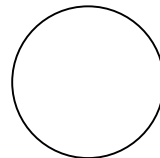
○  
1



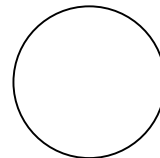
○  
2



○  
3



○  
4



○  
5"

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	3	3	3.25	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3.25
3. Quartil	5	4	4	5	4	4	4	4	4.75	4.25	5	4	4
x	3.73	3.33	3.89	4.06	3.67	4.06	4.06	3.93	4.14	4.06	4.18	3.67	3.71
s	1.22	0.82	0.83	0.90	0.98	0.64	0.57	0.73	0.66	0.68	0.87	0.98	0.73

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.188$ ,  $p \leq 0.233$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.



Tab. 22: Median, 1. Quartil und 3. Quartil der Items 1-14 über alle 13 Untersuchungszeitpunkten, N = 198.

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Median	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4
1. Quartil	3	4	3.25	4	3	4	4	4	4	2	2	4	4	4
3. Quartil	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	3	5	5	4
x	3.55	4.13	3.88	4.03	3.56	4.21	4.21	4.09	4.13	3.25	2.88	4.22	4.23	3.88
s	0.97	0.90	1.07	0.87	1.03	0.80	0.70	0.87	0.91	0.97	1.03	0.70	0.70	0.84

Zusammenfassung der Ergebnisse der Arbeitssituations-Zufriedenheit:

In Periode 2 zeigen sich signifikante Unterschiede im U-Test und signifikant tiefere Mittelwerte im t-Test bei den Items 1 (Umweltbedingung am Arbeitsplatz (Lärm, Licht, Temperatur)), 2 (Möglichkeit, sich die Arbeit selbst einteilen zu können), 7 (Verhalten der Kollegen/innen, wenn Probleme auftauchen), 12 (Vertrauensverhältnis unter den Kollegen/innen) und 13 (Zusammenarbeit mit den Kollegen/innen). Dies bedeutet inhaltlich, dass in diesen Variablen eine Herabsetzung der Arbeitssituations-Zufriedenheit in Periode 2 auftritt.

Die Unterschiede sind jedoch im Verhältnis zur Bewertungsskala (1 bis 5 Punkte) relativ gering.

### 11.2.2. Arbeitszufriedenheit (AZ)

Die Arbeitszufriedenheit wird wie dargestellt (s. 7.2.) durch 12 Items erfasst, wobei als Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind:

1 = sehr unzufrieden, 2 = eher unzufrieden, 3 = unentschieden, 4 = eher zufrieden und 5 = sehr zufrieden.

Im Folgenden werden pro Item und Untersuchungszeitpunkt ZP jeweils der Median und die Quartilabstände Q1 und Q3, sowie der Mittelwert (x) und die Standardabweichung (s) angegeben.

Eine graphische Darstellung der Ergebnisse findet sich in Anhang 2.5.1. und schliesst sich an der Reihenfolge der Items der Arbeitssituation an.

Tab. 23: Item 15. "Weil meine Situation schlechter sein könnte, kann ich mit meiner Stellung zufrieden sein."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	1	2	2	2	3	1.5	2	2.5	1	2	2	2	3
1. Quartil	1	1	1.25	2	1	1	1	1.25	1	1	1.5	1.5	1.25
3. Quartil	2.5	3	3	3	3	2.75	3	3	2.75	3	3.5	2	3
x	1.67	2.20	2.33	2.35	2.60	1.94	2.00	2.29	2.00	2.06	2.36	2.13	2.36
s	1.05	1.01	1.14	1.00	1.18	1.21	1.03	0.99	1.41	1.06	1.21	1.13	1.01

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.133$ ,  $p \leq 0.889$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 24: Item 16. "Ich habe meine gesetzten Ziele an meiner Stelle noch nicht erreicht, aber ich werde sie sicher noch erreichen."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4
1. Quartil	2	3	2.25	3	3	3	3	2	3.25	3	2.5	3.5	3
3. Quartil	4	4	4	4	4	4	4	4	4.75	4.25	4	4	4
x	2.87	3.53	3.33	3.65	3.40	3.56	3.56	3.14	3.71	3.81	3.27	3.80	3.57
s	1.25	0.92	1.50	1.00	1.12	1.15	1.26	1.10	1.33	1.05	1.01	0.77	0.76

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.964$ ,  $p \leq 0.663$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 25: Item 17. "Ich wünsche mir, dass sich an meiner Stelle nichts ändert."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	2	1	1	2	3	3	2	2	1	2	2	1	1
1. Quartil	1	1	1	1	1	1	1	1.25	1	1	1	1	1
3. Quartil	3	2	1.75	3	3	4	3	3	2	3	3.5	2	2
x	2.13	1.53	1.50	2.00	2.40	2.56	2.00	2.21	1.71	2.25	2.36	1.60	1.57
s	1.19	0.74	0.92	1.17	1.35	1.29	1.10	0.97	1.14	1.24	1.29	0.91	0.85

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.203$ ,  $p \leq 0.834$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 26: Item 18. "Weil ich viel erwarte, kann ich mit meiner Stelle noch nicht zufrieden sein."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	3	4	4	4	3	3	3	3	2.5	3.5	3	4	3
1. Quartil	2.5	3	2	2	2.5	3	2	2	1	2	2.5	2.5	3
3. Quartil	4	4	4.75	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4
x	3.27	3.60	3.28	3.29	3.40	3.33	2.94	2.94	2.93	2.57	3.06	3.18	3.33
s	1.33	1.12	1.53	1.31	1.45	1.03	1.44	1.44	1.21	1.45	1.29	1.17	1.11

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.727$ ,  $p \leq 0.081$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 27: Item 19. "Ich habe meine gesetzten Ziele an meiner Stelle eigentlich nicht erreicht, aber ich gebe mich mit dem Erreichten zufrieden."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2
1. Quartil	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3. Quartil	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
x	1.73	1.73	1.17	1.53	1.73	1.67	1.50	1.79	1.57	1.81	1.82	1.73	1.79
s	0.96	1.10	0.51	1.01	1.10	1.03	0.82	0.70	0.85	0.91	0.75	0.96	0.89

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.919$ ,  $p \leq 0.052$ ). Der t-Test ergab kein signifikantes Ergebnis.

Tab. 28: Item 20. "Die bisherigen Erfahrungen lassen mich von meiner Stelle für die Zukunft etwa das gleiche wie bisher erwarten."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2.5	4	3	3
1. Quartil	1.5	2	2	2	2	2	1	3	2	2	2.5	2	2
3. Quartil	4	3	3.75	3	4	3.75	3	4	3	3.25	4	4	3.75
x	2.47	2.53	2.56	2.59	2.80	2.83	2.19	3.14	2.64	2.56	3.27	2.73	2.79
s	1.25	0.92	1.25	1.00	1.15	1.15	1.22	0.95	1.01	1.09	1.10	1.22	1.19

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.743$ ,  $p \leq 0.536$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 29: Item 21. "Ich habe meine gesetzten Ziele an meiner Stelle erreicht und bin mit dem Erreichten zufrieden."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	2	1	1.5	2	2	2	2	2.5	2	2	3	2	2
1. Quartil	1	1	1	1	1	1	1	2	1.25	1	2	1	1
3. Quartil	3	2	2.75	3	3.5	3	3.25	3	2	3	3.5	3	3
s	2.20	1.60	2.00	1.94	2.27	2.11	2.25	2.50	2.21	2.13	2.64	2.13	2.21
x	1.37	0.83	1.28	1.09	1.44	1.13	1.39	0.94	1.25	1.09	1.12	0.99	1.12

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.987$ ,  $p \leq 0.044$ ). Der t-Test ergab kein signifikantes Ergebnis.

Tab. 30: Item 22. "Weil meine Situation noch besser sein könnte, kann ich mit meiner Stelle noch nicht zufrieden sein."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	4	4	3	4	4	4	3	3	2.5	3	3	4	4
1. Quartil	2	3	2	2	2	2.25	1.75	3	2	2.75	2	3	2.25
3. Quartil	4	4.5	4.75	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
s	3.27	3.87	3.22	3.29	3.13	3.28	2.75	3.21	2.71	3.06	2.82	3.33	3.43
x	1.39	0.92	1.48	0.99	1.41	1.36	1.29	1.25	1.33	1.24	1.25	1.18	1.22

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.629$ ,  $p \leq 0.099$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 31: Item 23. "Ich habe meine gesetzten Ziele an meiner Stelle noch nicht erreicht, aber ich weiss nicht, was ich noch tun könnte, um sie zu erreichen."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	1	2	1	1	1	1	1.5	1.5	1.5	1	1	1	2
1. Quartil	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3. Quartil	2	3	2	2	2	2	2.25	2	2	2	2	2	2
s	1.87	2.27	1.72	1.41	1.47	1.33	1.88	1.79	1.50	1.63	1.91	1.47	1.93
x	1.41	1.10	1.32	0.62	0.64	0.49	1.09	0.97	0.52	0.81	1.38	0.64	1.14

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.862$ ,  $p \leq 0.607$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 32: Item 24. "Ich fürchte, dass sich an meiner Stelle kaum etwas verbessern lässt."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	1	2	1	1	2	2	1.5	2	1.5	1	1	1	1.5
1. Quartil	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3. Quartil	2	2.5	1.75	2	2	2	2	3	2	2	2	2.5	2
s	1.80	1.87	1.61	1.53	1.93	1.83	1.56	2.00	1.86	1.31	1.55	1.87	1.79
x	1.26	0.99	1.20	1.01	1.22	0.99	0.63	0.88	1.23	0.48	0.69	1.30	0.97

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.187$ ,  $p \leq 0.846$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 33: Item 25. "Weil ich an meiner Stelle das habe, was ich erwarte, bin ich zufrieden."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	3	2	3	3	4	3	3	3	3.5	3	4	3	3
1. Quartil	1.5	1.5	2	2	3	2.25	2.75	3	2.25	2	3.5	1.5	2
3. Quartil	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3.5	3.75
s	2.67	2.27	2.78	3.06	3.73	3.00	3.13	3.29	3.21	2.69	3.55	2.53	2.79
x	1.29	0.96	1.26	1.14	1.03	1.33	0.96	0.83	1.12	1.14	0.82	1.19	0.97

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.477$ ,  $p \leq 0.639$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 34: Item 26. "Die bisherigen Erfahrungen lassen mich von meiner Stelle für die Zukunft mehr erwarten."

ZP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Median	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3
1. Quartil	2.5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
3. Quartil	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
s	3.20	3.53	3.56	3.47	3.33	3.56	3.56	3.07	3.64	3.63	3.45	3.53	3.29
x	1.08	0.92	1.29	1.12	1.05	1.04	0.81	1.00	0.50	0.89	0.93	1.06	0.73

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.242$ ,  $p \leq 0.804$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 35: Median, 1. Quartil und 3. Quartil der Items 15-26 über alle 13 Untersuchungszeitpunkten, N = 198.

Item	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Median	2	4	2	3	1	3	2	4	1	1	3	4
1. Quartil	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3
3. Quartil	3	4	3	4	2	4	3	4	2	2	4	4
x	2.17	3.48	1.98	3.20	1.65	2.68	2.15	3.19	1.69	1.73	2.96	3.45
s	1.10	1.12	1.13	1.27	0.90	1.12	1.16	1.26	0.98	1.01	1.14	0.97

Zusammenfassung:

Die Ergebnisse der Arbeitszufriedenheit lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

#### 1. Progressive Arbeitszufriedenheit

Über die 6 Untersuchungszeitpunkten wird bei der progressiven Arbeitszufriedenheit (Items 16, 22) ersichtlich, dass Erwartungen und angestrebte Ziele relativ konstant und hoch sind.

#### 2. Stabilisierte Arbeitszufriedenheit

Es zeigt sich eine mittlere bis niedrige, relativ konstante stabilisierte Arbeitszufriedenheit (Items 17, 20, 21). Die Tendenz über die Zeit geht in Richtung einer etwas höheren Stabilisierung. Item 21 ist im U-Test bezüglich Periode 1 zu Periode 2 signifikant angestiegen, wobei der Anstieg im Verhältnis zur Bewertungsskala (1 bis 5 Punkte) relativ klein ist. Die stabilisierte Arbeitszufriedenheit dieses Fragebogens kann als konservative Sichtweise von Konstanz und Erwartung an einen Arbeitsplatz gedeutet werden.

#### 3. Resignative Arbeitszufriedenheit

Die resignative Arbeitszufriedenheit (Item 15, 19, 25) ist tief bis sehr tief, wobei Item 25 in diesem Zusammenhang und in dieser Untersuchung kaum interpretierbar ist.

#### 4. Fixierte Arbeitsunzufriedenheit

Es zeigt sich kaum eine fixierte Arbeitsunzufriedenheit (Items 23, 24).

#### 5. Konstruktive Arbeitsunzufriedenheit

Die konstruktive Arbeitsunzufriedenheit ist relativ hoch (Item 18, 26).

Insgesamt weisen die progressive Arbeitszufriedenheit und die konstruktive Arbeitsunzufriedenheit in die gleiche Richtung. Es besteht eine positive Zuversicht, dass Erwartungen und Ziele erreicht werden und Änderungen in der Arbeitssituation sind erwünscht. Eine resignative Anpassung an die Arbeitssituation liegt praktisch nicht vor.

### 11.3. Realisierung und Kenntnisse des SOMOSA-Konzeptes (FKS)

Wie dargestellt (s. Kap. 7.2.2., s. Anhang 1.3) umfasst der Fragebogen zum Konzept SOMOSA (FKS) folgende Aspekte:

- in wieweit die Mitarbeiter das Behandlungskonzept der SOMOSA kennen, sich mit nachfolgend genannten Schwerpunkten identifizieren können und wie sie die Realisierung des Konzeptes einschätzen,
- inwieweit die Mitarbeiter das Konzept der wissenschaftlichen Begleitung kennen wie sie dieses einschätzen.

Der Fragebogen wurde den Betreuern an den in Kap. 4.6., Abbildung 1, angegebenen sieben Untersuchungszeitpunkten ZP gegeben. Es fanden sich keine Fragebögen mit mehr als 10% "missing data".

Zum Zeitpunkt 1 (ZP 1) verbleiben N = 14 (18), ZP 3 N = 17 (20), ZP 5 N = 15 (19), ZP 7 N = 16 (22), ZP 9 N = 14 (22), ZP 11 N = 11 (23), ZP 13 N = 14 (21).

Von maximal zu erwartenden N = 145 Fragebogen wurden also N = 44 (30.3%) nicht beantwortet.

Bei vereinzelt "missing data" auf der Itemebene erfolgte bei gleichzeitigem Ankreuzen von zwei Antwortkategorien die Zuordnung nach dem Zufall. Bei anderen "missing data" (N = 87 von insgesamt N = 2797 Einzeldaten; 3.1%) wurde der häufigste Wert pro Untersuchungszeitpunkt eingesetzt.

Für die statistische Analyse wurden die 7 Untersuchungszeitpunkte in zwei Perioden aufgeteilt:

Periode 1 : Untersuchungszeitpunkt 1, 3, 5; N = 46 (Zwischenbericht), und

Periode 2 : Untersuchungszeitpunkt 7, 9, 11, 13; N = 55.

Da über die Zeit unterschiedliche Mitarbeiter an den Umfragen beteiligt waren, wurde mit unabhängigen Stichprobenvergleichen die konservativere Methode gewählt.

Ausser für die Items 3 bis 5 wurde mit dem U-Test und t-Test für unabhängige Stichproben Periode 1 mit Periode 2 verglichen. Die Resultate sind nach jeder Tabelle der einzelnen Fragebogenitems aufgeführt.

Die Fragebogenitems, die einen signifikanten Unterschied zwischen Periode 1 und Periode 2 aufwiesen, wurden gemäss den 7 Untersuchungszeitpunkten mittels einer Varianzanalyse für unabhängige Stichproben untersucht. Diese Resultate sind am Schluss aufgeführt.

Die Periode 1 mit der Periode 2 der Items 3-5 wurde mittels einem 4-Felder  $X^2$  Tests, bzw. Fisher exact-Test verglichen. Die Resultate sind im Anschluss an die Tabelle 38 des Items 5 aufgeführt.

In den folgenden Tabellen sind die Punkt- und Prozentwerte der Items 3 bis 5, die als "Wissensfragen" gestellt wurden.

Gemäss Konzept der SOMOSA ist folgende Antwort richtig: 3.) 2. Behauptung (x), 4.) 3. Behauptung (x), 5.) 1. Behauptung (x).

Tab. 36: Item 3. "Kein Ausschlusskriterium für die Aufnahme in die SOMOSA ist :"

- eine Ausweisung aus der Schweiz ist beschlossen.
- schlechte Prognose. (x)
- akute Heroinabhängigkeit.
- massive körperliche Behinderung.
- akute massive Suizidalität.

ZP	1	3	5	Total	%		7	9	11	13	Total	%
Richtig	12	14	12	38	82.60%		16	12	11	12	51	93.00%
Falsch	2	3	2	7	15.20%		0	2	0	2	4	7.00%
Missing	0	0	1	1	2.20%		0	0	0	0	0	0.00%
Total	14	17	15	46	100.00%		16	14	11	14	55	100.00%

Tab. 37. : Item 4. "Welches Behandlungsangebot ist in der SOMOSA nicht vorgegeben :"

- Gesprächspsychotherapie
- Bewegungstherapie
- Langzeitpsychoanalyse (x)
- Medikamentöse Therapie
- Computergestützte kognitive Trainingsprogramme

ZP	1	3	5	Total	%		7	9	11	13	Total	%
Richtig	13	16	15	44	95.60%		16	14	11	13	54	98.00%
Falsch	0	1	0	1	2.20%		0	0	0	1	1	2.00%
Missing	1	0	0	1	2.20%		0	0	0	0	0	0.00%
Total	14	17	15	46	100.00%		16	14	11	14	55	100.00%

Tab. 38: Item 5. "Was wird nicht als "Schontechnik" im Sinne der SOMOSA verstanden :"

- Einzeltherapie nach verschiedenen Methoden. (x)
- Festigung des Selbstgefühls durch Körpererleben.
- Behutsame flexible Strukturierung von Betätigung und Beschäftigung.
- Schutz vor Gruppendruck, Dosierung von Nähe und Distanz zu den Betreuern.
- Medikamentöse Behandlung.

ZP	1	3	5	Total	%		7	9	11	13	Total	%
Richtig	3	2	2	7	15.20%		5	3	8	2	18	32.75%
Falsch	8	14	10	32	0.00%		9	9	3	8	29	52.70%
Missing	3	1	3	7	69.60%		2	2	0	4	8	14.55%
Total	14	17	15	46	100.00%		16	14	11	14	55	100.00%

Die Vergleiche der Periode 1 mit der Periode 2 der Items 3-5 mit dem 4-Felder  $X^2$  Tests, bzw. Fisher exact-Test ergaben bei Item 5 einen statistisch signifikanten Unterschied. Der Unterschied ist klinisch von geringer bis mittleren Bedeutung ( $\phi = 0.22$ ).

Es zeigt sich also eine gewisse Verbesserung in Periode 2.

Für die Items 1, 2, und 6 bis 29 sind als Antwortmöglichkeiten vorgegeben: nein, gar nicht = 1; nein, weniger = 2; ja, etwas = 3; ja, ziemlich = 4; ja, genau = 5. Im Folgenden werden pro Item und Untersuchungszeitpunkt ZP jeweils der Median und die Quartilabstände Q1 und Q3, sowie der Mittelwert ( $\bar{x}$ ) und die Standardabweichung ( $s$ ) angegeben.

Eine graphische Darstellung der Ergebnisse findet sich in Anhang 2.5.2.

Tab. 39: Item 1. "Das Behandlungskonzept der SOMOSA ist mir im Detail bekannt."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	4	4	4	4	4	5	4
1. Quartil	4	3	3.5	4	4	4	4
3. Quartil	4.75	5	5	5	5	5	4.75
$\bar{x}$	4.07	3.94	4.20	4.25	4.29	4.36	4.14
$s$	0.73	0.90	0.86	0.86	0.83	1.03	0.66

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.307$ ,  $p \leq 0.188$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 40 : Item 2. "Das Konzept der wissenschaftlichen Begleitung ist mir im Detail bekannt."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	3	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	2.25	3	2.5	3.5	4	4	3
3. Quartil	4	4	5	4.25	4	4.5	4
$\bar{x}$	3.14	3.47	3.73	3.75	3.93	3.91	3.64
$s$	1.17	1.12	1.22	1.13	0.62	1.04	1.08

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.477$ ,  $p \leq 0.136$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 41 : Item 6. "Ich kann mich mit dem Konzept SOMOSA und seiner Zielsetzung identifizieren."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	5	4	5	4	4	5	4
1. Quartil	4	4	4	4	4	4	4
3. Quartil	5	5	5	5	5	5	5
$\bar{x}$	4.50	4.41	4.47	4.25	4.36	4.64	4.43
$s$	0.65	0.51	0.64	0.58	0.63	0.50	0.51

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.557$ ,  $p \leq 0.585$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.



Tab. 42 : Item 7. "Die wissenschaftliche Begleitung stört."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	1	1	2	2	2	2	2
1. Quartil	1	1	1	1.75	1.25	2	1
3. Quartil	1	2	2.5	3	2	3	2
x	1.14	1.35	1.93	2.13	2.07	2.45	1.79
s	0.36	0.61	0.96	0.81	1.07	0.82	0.80

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 3.818$ ,  $p \leq 0.000$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 99$ ,  $p \leq 0.000$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Erhöhung.

Tab. 43 : Item 9. "Es besteht eine gute interdisziplinäre pädagogisch-psychiatrisch-therapeutische Zusammenarbeit."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	3	4	4	4	4	4	3.25
3. Quartil	4	4	4.5	5	4.75	4	4
x	3.71	3.88	4.20	4.06	4.21	4.09	3.79
s	0.61	0.70	0.56	0.85	0.58	0.30	1.05

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.062$ ,  $p \leq 0.289$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 44 : Item 10. "Das theoretische Behandlungskonzept SOMOSA wird in der Praxis gut realisiert."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	3.25	3	4	4	4	4	3.25
3. Quartil	4	4	4	4	4	4	4
x	3.64	3.71	4.07	3.94	4.21	4.18	3.71
s	0.63	0.47	0.46	0.44	0.43	0.40	0.73

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.909$ ,  $p \leq 0.053$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 45 : Item 11. "Das Menschenbild des Konzeptes SOMOSA ist unrealistisch."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	1	2	1	1	1	1	1.5
1. Quartil	1	1	1	1	1	1	1
3. Quartil	1	2	2	2	2	2	2
x	1.14	2.06	1.27	1.44	1.36	1.36	1.57
s	0.36	1.14	0.59	0.63	0.50	0.50	0.65

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.00$ ,  $p \leq 1.00$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 46 : Item 12. "Die bisher tatsächlich aufgenommenen Klienten entsprechen den ursprünglich festgelegten Aufnahmekriterien der SOMOSA."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	3	3	4	4	4	4	4
1. Quartil	2	3	3	3.75	4	4	4
3. Quartil	3.75	4	4	4	4	4	4
x	2.93	3.12	3.60	3.69	3.86	4.00	3.86
s	0.83	0.70	0.63	0.60	0.36	0.00	0.53

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 4.885$ ,  $p \leq 0.000$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 72$ ,  $p \leq 0.000$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Erhöhung.

Tab. 47 : Item 13. "Durch meine Tätigkeit in der SOMOSA ist meine Arbeit kreativer geworden."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	3.5	3	4	4	4	4	4
1. Quartil	3	2	3	2.75	4	3.5	3
3. Quartil	4	4	5	4.25	4	5	4
x	3.21	3.00	3.80	3.50	4.07	4.09	3.64
s	1.19	0.94	1.08	1.26	0.47	0.83	0.93

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 2.301$ ,  $p \leq 0.020$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 99$ ,  $p \leq 0.020$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Erhöhung.

Tab. 48 : Item 14. "Die vom theoretischen Konzept geforderte Grundhaltung "die Würde und Individualität der Klienten zu akzeptieren" wird in der Praxis realisiert."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	3.5	3	4	4	4	4	4
1. Quartil	3	2	3	2.75	4	3.5	3
3. Quartil	4	4	5	4.25	4	5	4
x	3.21	3.00	3.80	3.50	4.07	4.09	3.64
s	1.19	0.94	1.08	1.26	0.47	0.83	0.93

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.325$ ,  $p \leq 0.744$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 49 : Item 15. "Die wissenschaftliche Begleitung ist überflüssig."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	1	1	1	1	2	2	2
1. Quartil	1	1	1	1	1.25	1.5	1
3. Quartil	1	1	2	2	2	2	2
x	1.07	1.18	1.33	1.44	1.93	1.91	1.64
s	0.27	0.39	0.49	0.51	0.83	0.70	0.63

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 4.197$ ,  $p \leq 0.000$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 89$ ,  $p \leq 0.000$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Erhöhung.

*Tab. 50* : Item 16. "Der Erfolg von der SOMOSA hängt von der Realisierung des theoretischen Konzepts ab."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	3	4	3	3	3	4	4
1. Quartil	3	2	2	2.75	2	3.5	3.25
3. Quartil	4	4	3.5	4	3.75	4	4
x	3.50	3.35	2.73	3.19	3.07	3.64	3.57
s	0.85	1.06	1.16	0.83	1.27	0.92	0.76

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.782$ ,  $p \leq 0.559$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

*Tab. 51* : Item 17. "Eine offene Interdisziplinarität auf dem Boden einer selbstbewussten Berufsidentität ist im SOMOSA-Team gewährleistet."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	3	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	2.25	3	3	3.75	4	4	3.25
3. Quartil	4	4	4	4	4	4	4
x	3.14	3.59	3.60	3.69	3.64	4.09	3.50
s	0.86	1.00	1.06	0.60	0.93	0.54	0.85

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.487$ ,  $p \leq 0.133$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

*Tab. 52* : Item 18. "Psychopharmaka werden in der SOMOSA gezielt und differenziert eingesetzt."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	5	4	5	4	4	4	4
1. Quartil	4	4	4	4	4	4	3.25
3. Quartil	5	5	5	5	4.75	5	4
x	4.57	4.47	4.67	4.31	4.21	4.36	3.86
s	0.51	0.51	0.49	0.60	0.58	0.50	0.86

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 2.949$ ,  $p \leq 0.004$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 98$ ,  $p \leq 0.002$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Verminderung.

*Tab. 53* : Item 19. "Ein tragfähiges therapeutisches Milieu ist gewährleistet."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	3	4	4	4	4	4	3
3. Quartil	4	4	4	4	4.75	4.5	4
x	3.64	4.00	4.13	4.06	4.21	4.27	3.64
s	0.93	0.61	0.52	0.25	0.58	0.47	0.74

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.672$ ,  $p \leq 0.509$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 54 : Item 20. "Das theoretische Konzept der SOMOSA ist in der Praxis realisierbar."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	4	4	4	4	4	4	4
3. Quartil	4	4	4	4	4	4	4
x	3.93	3.94	4.00	3.94	4.07	4.09	3.71
s	0.47	0.43	0.53	0.44	0.62	0.54	0.73

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.200$ ,  $p \leq 0.836$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 55 : Item 21. "Ich bin sicher, dass die Klienten am Ende ihres Aufenthaltes sich darüber klarer sind, wie sie ihre Zukunft gestalten wollen (im Vergleich zur Kontrollgruppe)."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	4	3	4	4	4	4	4
1. Quartil	3	3	4	3.75	4	4	4
3. Quartil	4	4	4.5	4	4.75	4.5	4
x	3.79	3.47	4.00	3.88	4.00	4.09	3.93
s	0.70	0.51	0.85	0.81	0.88	0.83	0.73

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 1.867$ ,  $p \leq 0.059$ ). Der t-Test ergab kein das gleiche Ergebnis.

Tab. 56 : Item 22. "Die tägliche Praxis in der SOMOSA unterscheidet sich sehr von üblichen psychiatrischen Massnahmen."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	4	4	3	4	4	3.5	3.25
3. Quartil	4	4	4	4	4	4.5	4
x	4.07	3.94	3.73	4.00	4.07	4.00	3.93
s	0.62	0.90	0.80	0.52	0.47	0.77	0.73

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.289$ ,  $p \leq 0.769$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 57 : Item 23. "Die tägliche Praxis in der SOMOSA unterscheidet sich sehr von üblichen sozialpädagogischen Massnahmen."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	4	3	3	4	3	3	3
3. Quartil	4	4	4	4	4	4	4
x	3.71	3.65	3.60	3.81	3.50	3.73	3.86
s	0.83	0.79	0.74	0.66	0.94	0.65	0.77

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.494$ ,  $p \leq 0.628$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 58 : Item 24. "Das psychoanalytische Konzept der "Gegenübertragung" wird im Umgang mit den Klienten gebührend berücksichtigt."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	4	4	3	4	4	4	4
1. Quartil	3	3	3	4	4	3.5	4
3. Quartil	4	4	4	4	4	4	4
x	3.43	3.35	3.40	3.88	4.00	3.73	3.71
s	0.76	0.79	0.63	0.50	0.00	0.79	0.61

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 3.520$ ,  $p \leq 0.001$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 88$ ,  $p \leq 0.001$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Erhöhung.

Tab. 59 : Item 25. "Es gelingt mir im Umgang mit den Klienten meine eigenen Masstäbe und Erfahrungen zu relativieren."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	4	4	4	4	4	4	4
1. Quartil	4	3	3.5	4	4	4	4
3. Quartil	4	4	4	4	4	4	4
x	3.86	3.59	3.80	4.06	4.00	4.00	4.07
s	0.53	0.62	0.56	0.44	0.55	0.00	0.47

Der U-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 2.926$ ,  $p \leq 0.004$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis ( $df = 82$ ,  $p \leq 0.005$ ). Es zeigt sich also in dieser Variable eine Erhöhung.

Tab. 60 : Item 26. "Es fällt mir schwer, mich innerlich von den Klienten der SOMOSA zu distanzieren."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	2	2	2	2	2	2	2
1. Quartil	2	2	2	2	2	2	1.25
3. Quartil	2	3	3	3	2	3	2
x	2.14	2.53	2.40	2.50	2.29	2.36	1.93
s	0.77	1.12	0.99	0.89	0.91	1.03	0.73

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.472$ ,  $p \leq 0.642$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Tab. 61 : Item 27. "Dieser Fragebogen erfasst wesentliche Gesichtspunkte der Realisierung des theoretischen Konzeptes der SOMOSA."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median	4	4	3	4	3.5	3	4
1. Quartil	3.25	4	3	3	3	3	3.25
3. Quartil	4	4	4	4	4	4	4
x	3.79	3.71	3.20	3.69	3.36	3.36	3.64
s	0.80	0.59	0.77	0.60	0.74	0.67	0.63

Der U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Periode 1 und der Periode 2 ( $z = 0.424$ ,  $p \leq 0.675$ ). Der t-Test ergab das gleiche Ergebnis.

Zur Frage 8.:

"Die vorgesehene Fort- und Weiterbildung, sowie die Supervision ist gewährleistet", wurde auf Anregung der Mitarbeiter in Frage 28. und 29. aufgeteilt. Ab dem Untersuchungszeitpunkt ZP 5 wurde die Frage 8 gestrichen und die neue Version ausgeteilt.

Tab. 62 : Item 8. Lauf 1-3

ZP	1	3
Median	4	4
1. Quartil	3.25	3
3. Quartil	4	5
x	3.79	3.82
s	0.58	1.07

Tab. 63 : Item 28. "Die vorgesehene Fort- und Weiterbildung ist gewährleistet."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median			1	4	4	4	4
1. Quartil			1	3	4	4	4
3. Quartil			2	4	4	4	4
x			1.73	3.44	4.00	3.91	4.00
s			1.03	0.96	0.68	0.83	0.68

Tab. 64 : Item 29. "Die vorgesehene Supervision ist gewährleistet."

ZP	1	3	5	7	9	11	13
Median			5	5	4	5	5
1. Quartil			5	4	3.25	4	5
3. Quartil			5	5	5	5	5
x			4.67	4.44	4.00	4.45	4.79
s			0.82	0.73	1.11	0.93	0.43

Durch die Aufteilung der Frage 8 in 28 und 29 sind keine statistischen Auswertungen möglich.

Die Realisierung des Behandlungskonzeptes der SOMOSA für die Jugendlichen, sowie Grundhaltungen der Mitarbeiter werden von den Mitarbeitern als ziemlich gut (4 Pkt.) eingeschätzt.

Es wird eine gute Kenntnis sowohl des Behandlungskonzeptes wie auch des Konzeptes der wissenschaftlichen Begleitung angegeben.

Zwei der drei Wissensfragen werden zwischen 82%-93%, resp. 95%-98% richtig beantwortet, die dritte Frage wird zu 15% in Periode 1 und 33% in Periode 2 richtig angegeben. Diese Verbesserung in Frage 5 ist signifikant.

Die wissenschaftliche Begleitung wird in Periode 2 signifikant störender und überflüssiger betrachtet (Item 7, 15).

Im Vergleich von Periode 1 und Periode 2 zeigen sich signifikante Unterschiede im U-Test und für die Periode 2 signifikant höhere Mittelwerte im t-Test bei den Items:

- 12 ("Die bisher tatsächlich aufgenommenen Klienten entsprechen den ursprünglich festgelegten Aufnahmekriterien der SOMOSA"),
- 13 ("Durch meine Tätigkeit in der SOMOSA ist meine Arbeit kreativer geworden"),
- 24 ("Das psychoanalytische Konzept der "Gegenübertragung" wird im Umgang mit den Klienten gebührend berücksichtigt") und
- 25 ("Es gelingt mir im Umgang mit den Klienten meine eigenen Maßstäbe und Erfahrungen zu relativieren").

In Item 18 ("Psychopharmaka werden in der SOMOSA gezielt und differenziert eingesetzt") zeigt sich ein signifikanter Unterschied im U-Test im t-Test für die Periode 2 ein signifikant tieferer Mittelwert.

Alle diese Unterschiede sind jedoch im Verhältnis zur Bewertungsskala (1 bis 5 Punkte) relativ gering.

Nachdem in der fünften Umfrage getrennt nach der Gewährleistung von Fort- und Weiterbildung sowie der Supervision gefragt wurde, zeigt sich deskriptiv, dass zum Untersuchungszeitpunkt 5 die Fort- und Weiterbildung von "gar nicht gewährleistet (Median "1") zu "ziemlich gewährleistet" (Median "4") ab Untersuchungszeitpunkt 7-13 steigt; die Gewährleistung der Supervision wird von Zeitpunkt 5-7 und 11-13 als "genau gewährleistet" und in ZP 9 als "ziemlich gewährleistet" relativ konstant bewertet (Median (4)-5).

Die Fragebogenitems, die einen signifikanten Unterschied zwischen Periode 1 und Periode 2 aufwiesen, wurden in den 7 Untersuchungszeitpunkten mittels einer Varianzanalyse für unabhängige Stichproben untersucht.

In Item 7 (s.o.) zeigt sich ein signifikanter Unterschied ( $F = 4.452$ ,  $p = 0.001$ ,  $ETA^2 = 0.221$ ,  $ES = I$ ). Der Scheffé-Test zeigt im  $\alpha = 0.05$  Niveau, dass sich Zeitpunkt 1 von 6 signifikant mit tieferen Mittelwerten unterscheidet.

In Item 12 (s.o.) zeigt sich ein signifikanter Unterschied ( $F = 6.516$ ,  $p = 0.000$ ,  $ETA^2 = 0.294$ ,  $ES = I$ ). Der Scheffé-Test zeigt im  $\alpha = 0.05$  Niveau, dass sich Zeitpunkt 1 von 5, 6 und 7, sowie Zeitpunkt 2 von 6 signifikant mit tieferen Mittelwerten unterscheidet.

In Item 15 (s.o.) zeigt sich ein signifikanter Unterschied ( $F = 4.990$ ,  $p = 0.000$ ,  $ETA^2 = 0.242$ ,  $ES = I$ ). Der Scheffé-Test zeigt im  $\alpha = 0.05$  Niveau, dass sich Zeitpunkt 1 von 5 und 6, sowie Gruppe 2 von 5 signifikant mit tieferen Mittelwerten unterscheidet.

In Item 18 (s.o.) zeigt sich ein signifikanter Unterschied ( $F = 2.899$ ,  $p = 0.012$ ,  $ETA^2 = 0.156$ ,  $ES = I$ ). Der Scheffé-Test zeigt im  $\alpha = 0.05$  Niveau, dass sich Zeitpunkt 3 von 7 signifikant mit höheren Mittelwerten unterscheidet.

## 11.4. Beurteilung der Stationsatmosphäre durch Klienten und Mitarbeiter (SBB)

Zur Beurteilung der "Stationsatmosphäre" der SOMOSA mittels des standardisierten Fragebogens SBB (Engel, et. al., 1987, s. Kap. 7.2.3., Anhang 1.5.) wurde folgende Auswertungsstrategie gewählt:

1. Die Angaben zur "idealen" Stationsatmosphäre durch Andreae und Berthel (persönliche Mitteilung, 30. März 1999, Kap. 4.5.1.) sowohl für Klienten (K) wie auch Mitarbeiter (M) werden verglichen. Die gemittelten Profile der beiden Experten (A.A. und B.T.) werden berechnet und nach den von Engel et al. (1987) angegebenen Normen T-transformiert (s. Kap. 7.2.3.).

Die Ähnlichkeiten der so erhaltenen idealen Profile für Klienten und Mitarbeiter mit den empirisch ermittelten werden untersucht, um so Übereinstimmungen und Differenzen des normativen Konzepts mit der Realisierung in den Perioden P1 und P2 sowie gesamt zu ermitteln (vgl. Kap. 1).

2. Sieben empirisch ermittelte und T-transformierte Profile von SOMOSA - (Teil-) Stichproben werden mit 12 publizierten Stichproben (Engel et al., 1987) verglichen.
3. Varianzanalytisch werden die 10 einzelnen SBB-Skalen in 4 SOMOSA-Teilstichproben miteinander verglichen.

Teilstichprobe 1 umfasst:

Periode 1 : Untersuchungszeitpunkt 1, 3, 5 (Zwischenbericht):

- Klienten (P1, K)
- Mitarbeiter (P1, M)

Teilstichprobe 2 umfasst:

Periode 2 : Untersuchungszeitpunkt 7, 9, 11 und 13:

- Klienten (P2, K)
- Mitarbeiter (P2, M)

Diese Zusammenfassung der Daten erfolgte, um für die Varianzanalysen genügend grosse Stichproben zu erhalten.

Für die Vergleiche und Berechnungen stehen folgende Daten der SOMOSA zur Verfügung:

Fragebogen mit mehr als N = 10 "missing data" wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt (Mitarbeiter N = 12; Klienten N = 9).

Zum Zeitpunkt 1 verbleiben N = 9 (von 9 Klienten) und N = 13 (von 18 Mitarbeitern), zum Zeitpunkt 3 N = 11 (11) Klienten und N = 13 (20) Mitarbeiter, zum Zeitpunkt 5 N = 7 (8) Klienten und N = 14 (von 19) Mitarbeiter, zum Zeitpunkt 7 N = 9 (11) Klienten und N = 13 (22) Mitarbeiter, zum Zeitpunkt 9 N = 6 (9) Klienten und N = 12 (22) Mitarbeiter, zum Zeitpunkt 11 N = 8 (11) Klienten und N = 10 (23) Mitarbeiter, zum Zeitpunkt 13 N = 5 (10) Klienten und N = 14 (21) Mitarbeiter.



N = 145 Erhebungen (maximal) ergaben N = 89 auswertbare Fragebogen bei den Mitarbeitern.

Dies entspricht einem Ausfall von N = 56, d.h. 38.6%.

N = 69 Erhebungen (maximal) ergaben N = 55 auswertbare Fragebogen bei den Klienten.

Dies entspricht einem Ausfall von N = 14, d.h. 20.3%.

Bei den Mitarbeitern wurden N = 110 "missing data" mit dem häufigsten Wert je Untersuchungslauf ersetzt. Das entspricht bei N = 8'900 Einzeldaten 1.4 %.

Bei den Klienten wurden N = 50 "missing data" mit dem häufigsten Wert je Untersuchungslauf ersetzt. Das entspricht bei N = 5'500 Einzeldaten 0.9 %.

Die Skalenmittelwerte (Rohwerte) der Mitarbeiter sowie der Klienten sind über die 7 Erhebungszeitpunkten im Anhang 2.5.3. grafisch dargestellt.

Für die N = 89 Messungen der Mitarbeiter und den N = 55 Messungen der Klienten wurden nach Engel et al. (1983) die Skalenwerte (Rohwerte) gebildet und ihr arithmetisches Mittel (wie auch weitere Verteilungsparameter) berechnet.

Diese Mittelwerte wurden nach Engel et al. (1983, S. 23) in T-Werte (50;10) transformiert, wobei linear interpoliert wurde.

#### 11.4.1. Ideale und reale SOMOSA - Stationsatmosphäre (SBB)

Tabelle 65 zeigt die Rohwerte in der 10 Skalen des SBB der beiden Experten A.A. und B.T..

Tab. 65 : Ideale Stationsatmosphäre nach Expertenrating

Exp.	Anteilnahme	Unterstütz.	Spontanität	Autonomie	Praxisorient.	Personorient.	Ärger & Aggr.	Ordnung Organ.	Klarh. d. Behan.	Kontr. d. Pers.
A.A. / K	6	7	7	9	9	4	6	3	9	2
B.T. / K	9	10	10	9	9	10	1	8	10	0
A.A. / M	7	10	10	6	10	8	7	5	10	2
B.T. / M	8	8	8	5	10	6	8	6	9	3

Während A.A. und B.T. bezüglich des "idealen" Mitarbeiterprofils sehr gut übereinstimmen, finden sich zwischen den Experten für die Klienten gewisse Differenzen: A.A. hält im relativen Gegensatz zu B.T. eher niedrigere Wert in Skala 6 ("Persönliche Problemorientiertheit"), höhere Werte in der Skala 7 ("Ärger und Aggression"), und niedrigere Werte in Skala 8 ("Ordnung und Organisation") für ideal.

Die Übereinstimmung ("Interrater-Reliabilität") zwischen den Expertenprofilen ist für die Mitarbeiter mit  $r = 0.87$  sehr hoch, für die Klienten mit  $r = 0.52$  für den vorliegenden Zweck durchaus befriedigend.

Die Werte der beiden Experten wurden dementsprechend gemittelt und diese Mittelwerte nach der Normtabelle von Engel et al. (1987) T-transformiert.

Tabelle 66 zeigt die Zusammenhänge zwischen den idealiter erwarteten und empirisch gefundenen kumulativen Profilen in den Perioden P1 und P2 für K und M. Die T-Skalenmittelwerte der SOMOSA-Stichproben sind weiter unten in Tabelle 67 aufgeführt.

Tab. 66 : SBB Profilähnlichkeiten zwischen "Idealprofilen" und empirischen Profilen

	N	r	sign.
P1 / K	27	-0.31	nein
P2 / K	28	-0.46	ja
P1 / M	40	0.76	ja
P2 / M	49	0.80	ja

Die Ergebnisse in Tabelle 66 sind eindeutig. Offensichtlich wurde das durch die beiden Experten normativ vorgegebene Profil für die Mitarbeiter ausserordentlich gut erreicht. Dies trifft für die Klienten nicht zu. Die Unterschiede zwischen den einander entsprechenden Zeilen der Korrelationsmatrix sind signifikant. Offensichtlich werden die normativen Erwartungen für die Klienten bezüglich der "Stationsatmosphäre" nicht erreicht.

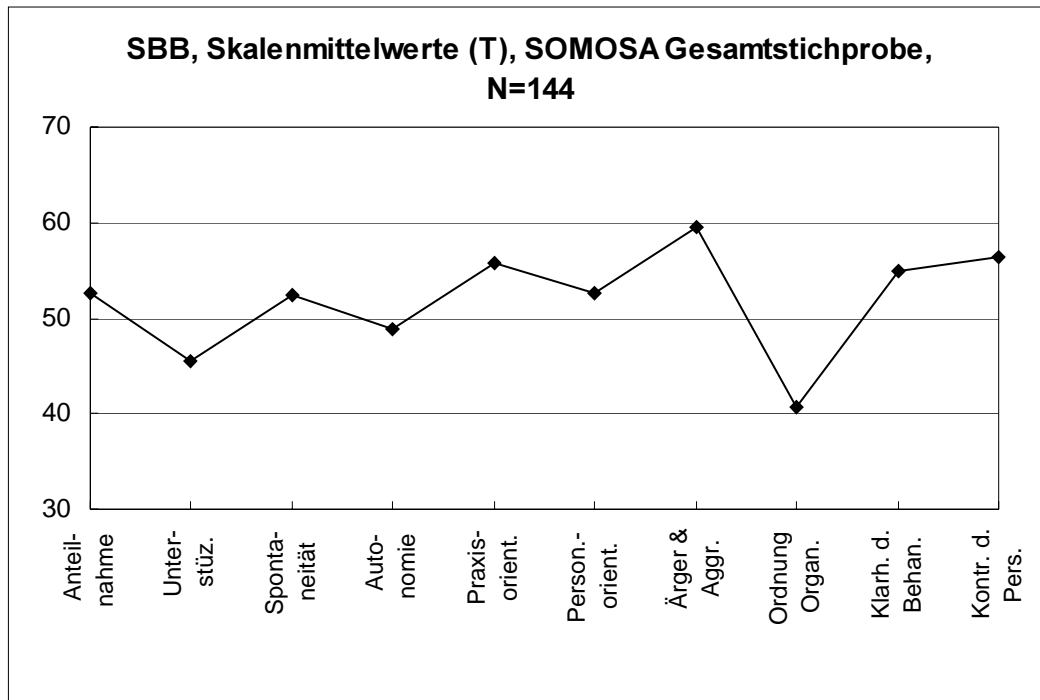
#### 11.4.2. Vergleich von SOMOSA Profilen mit anderen Institutionen

Es wurden folgende SOMOSA-Stichproben bzw. Teilstichproben mit den Normgruppen (Engel, 1983, S. 24 ff., s. auch 7.2.3.) verglichen:

1. SOMOSA, Gesamt (N = 144)
2. Periode 1, Klienten und Mitarbeiter (N = 67)
3. Periode 2, Klienten und Mitarbeiter (N = 77)
4. Periode 1, Klienten (N = 27)
5. Periode 2, Klienten (N = 28)
6. Periode 1, Mitarbeiter (N = 40)
7. Periode 2, Mitarbeiter (N = 49)
  
8. offene Stationen (N = 726)
9. geschlossene Stationen (N = 313)
10. Klinikform: Landeskrankenhaus (N = 324)
11. Klinikform: Universitätsklinik (N = 594)
12. Klinikform: psychotherapeutische Institution (N = 164)
13. vorwiegend somatotherapeutische arbeitende Station (N = 648)
14. vorwiegend psychotherapeutische arbeitende Station (N = 431)
15. verhaltenstherapeutisch ausgerichtet (N = 104)
16. psychoanalytisch ausgerichtet (N = 153)
17. vorwiegend Neurotiker (N = 177)
18. vorwiegend Psychotiker (N = 288) und
19. vorwiegend Suchtpatienten (N = 171).

Abbildung 6 zeigt das Profil der SOMOSA.

Abbildung 6: SBB, Skalenmittelwerte (T), SOMOSA Gesamtstichprobe, N = 144



In der nachfolgenden Tabelle 67 sind die T-Mittelwerte der SOMOSA-Stichproben zusammen mit den Normstichproben aufgeführt.

Tab. 67 : Mittelwerte (T) in 7 SOMOSA und 12 Vergleichsstichproben

SOMOSA	Anteilnahme	Unterstütz.	Spontaneität	Autonomie	Praxisorient.	Person.-orient.	Ärger & Aggr.	Ordnung Organ.	Klarh.d. Behan.	Kontr.d. Pers.
1. Gesamt	52.7	45.5	52.3	48.8	55.9	52.6	59.5	40.7	54.9	56.3
2. P1	50.1	43.8	51.0	49.3	54.8	51.4	61.4	38.4	53.0	55.5
3. P2	54.9	47.0	53.5	48.3	56.7	53.7	57.8	43.0	56.6	57.0
4. P1 / K	44.9	40.5	45.7	46.5	47.4	43.7	61.2	39.9	48.3	59.5
5. P2 / K	47.6	44.0	44.5	43.4	49.3	45.0	59.0	41.5	50.2	63.6
6. P1 / M	53.7	46.6	54.7	51.3	61.0	57.0	61.5	37.6	56.3	52.7
7. P2 / M	59.2	48.8	59.3	51.2	61.8	58.9	57.1	43.9	60.5	52.8
Vergleichsprofile										
8	51.7	51.3	51.9	51.9	51.7	52.3	49.0	50.9	51.8	48.4
9	46.6	47.5	47.0	45.3	46.2	47.0	51.8	48.3	46.1	53.7
10	46.9	48.4	46.2	46.6	46.9	48.1	49.9	50.7	47.0	55.4
11	50.8	51.1	51.4	49.9	50.6	50.3	47.5	51.3	50.2	48.4
12	52.7	49.9	53.0	56.2	52.6	55.5	57.8	45.2	54.3	47.3
13	48.3	49.7	47.9	47.0	48.0	47.8	48.4	51.1	47.9	52.8
14	52.4	50.8	53.4	54.2	52.5	54.6	51.8	48.8	53.0	47.6
15	52.6	52.4	53.8	53.1	54.5	53.2	49.2	50.1	53.6	45.4
16	55.0	52.6	56.3	55.3	51.6	57.9	53.0	49.9	55.3	43.9
17	52.8	50.1	55.4	56.3	52.1	56.8	51.6	49.3	52.9	42.9
18	49.0	50.8	48.8	48.8	48.9	48.6	47.4	50.0	49.1	52.0
19	51.5	51.3	50.8	50.0	50.9	53.8	53.0	49.3	51.0	50.7

Die Ähnlichkeit der 19 Profile in Tabelle 67 wurde mittels der Produkt-Moment-Korrelation  $r$  berechnet, welche Profilähnlichkeiten, nicht aber verschiedene Höhenlagen ("level") berücksichtigt. In der nachfolgenden Tabelle 68 werden diese Korrelationskoeffizienten zwischen dem "SOMOSA-Profil" und den 12 weiteren Profilen bei einer mittleren

Effektgrösse ES mit (\*), solche mit einer hohen ES mit (\*\*) gekennzeichnet (Cohen, J., 1988).

Die Produkt-Moment-Korrelationen  $r$  zwischen den 7 SOMOSA - Profilen und den 12 Normprofilen zeigen Tabelle 68.

Tab. 68 : SBB Profilähnlichkeiten ( $r$ ) von 7 SOMOSA - Profilen mit 12 Normprofilen

Lfd. Nr.	SOMOSA	N	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	Gesamt	144	* -0.35	* 0.35	0.07	** -0.67	** 0.57	-0.21	0.21	-0.13	-0.01	-0.03	* -0.33	** 0.54
2	P1/ K + M	67	* -0.41	* 0.39	0.09	** -0.76	** 0.62	-0.23	0.22	-0.17	-0.01	-0.01	* -0.39	** 0.54
3	P2/ K + M	77	-0.28	* 0.30	0.05	** -0.55	* 0.48	-0.17	0.18	-0.09	-0.01	-0.05	-0.26	** 0.52
4	P1 / K	27	** -0.81	** 0.76	** 0.53	** -0.94	0.27	0.23	-0.26	-0.64	-0.44	-0.42	-0.06	0.27
5	P2 / K	28	** -0.85	** 0.83	** 0.67	** -0.86	0.05	* 0.43	* -0.44	** -0.72	** -0.60	** -0.63	0.19	0.26
6	P1 / M	40	-0.03	0.04	-0.25	* -0.48	** 0.75	** -0.51	** 0.51	0.21	0.28	0.29	** -0.54	** 0.63
7	P2 / M	49	0.26	-0.22	* -0.45	-0.11	** 0.62	** -0.57	** 0.59	* 0.44	* 0.44	* 0.40	** -0.52	** 0.52

mittlere ES\*  $r \geq 0.30$

hohe ES\*\*  $r \geq 0.50$

Von den insgesamt  $N = 84$  Korrelationskoeffizienten  $r$  haben  $N = 30$  (35.7%) eine hohe und  $N = 17$  (20.2%) eine mittlere ES, d.h.  $N = 47$  (60.0%) der berechneten Zusammenhänge können praktisch-klinisch als bedeutsam erachtet werden.

Diese Korrelationskoeffizienten (und analoge ES - Berechnungen für die Differenz zweier Korrelationskoeffizienten) werden bei der folgenden Interpretation berücksichtigt:

Es zeigt sich insgesamt, dass die Beurteilungen der drei Untergruppen (K+M, K, M) in den beiden Perioden P1 und P2 recht stabil bleibt. Es fanden diesbezüglich in der Entwicklung der SOMOSA also keine grösseren Veränderungen statt.

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".

Beträchtliche Unterschiede finden sich in den Korrelationen ( $r$ ) zwischen den Profilen von Klienten (K) und Mitarbeiter (M) mit denen der 12 Vergleichsstichproben. Besonders deutlich sind die folgenden Differenzen zwischen Klienten- und Mitarbeiter-Beurteilungen:

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 weiterhin als eher untypisch für Stationen mit vorwiegend "Neurotikern" und als eher typisch für solche mit vorwiegend "Psychotikern" ein.

### 11.4.3. Varianzanalytischer Vergleich der einzelnen SBB - Skalen

Es wurden einfache Varianzanalysen mit anschliessenden Scheffé-Test über die vier Gruppen "Mitarbeiter Periode 1 und 2 (P1 M, P2 M)" und analog "Klienten Periode 1 und 2 (P1 K, P2 K)" gerechnet.

Die Ergebnisse werden in den folgenden 10 Tabellen zusammengefasst.

Tab. 69 : Skala 1, Anteilnahme, N = 144

Gruppe	N	x	s
1 P1 M	40	6.53	1.95
2 P2 M	49	7.96	1.61
3 P1 K	27	4.15	2.13
4 P2 K	28	4.89	2.32

Varianzanalyse (df = 3/140)

F	p	ETA <sup>2</sup>	ES
27.706	0.0001	0.373	I

Scheffé Tests ( $\alpha = 0.05$ )

1 vs 2:	ja	1 vs 3:	ja	1 vs 4:	ja
2 vs 3:	ja	2 vs 4:	ja	3 vs 4:	nein

Varianzheterogenität (Bartlett,  $\alpha = 0.05$ ): nein

Für die Skala 1 des SBB "Anteilnahme", d.h. dem Ausmass der Beteiligung aller Gruppen am Stationsleben, wurden folgende Ergebnisse gefunden:

Die vier Gruppen unterscheiden sich statistisch signifikant und klinisch sehr bedeutsam voneinander.

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. Die Streuung der Beurteilungen ist für die vier Gruppen nicht signifikant.

Tab. 70 : Skala 2, Unterstützung, N = 144

Gruppe	N	x	s
1 P1 M	40	6.58	2.31
2 P2 M	49	7.10	2.16
3 P1 K	27	4.82	2.83
4 P2 K	28	5.93	2.64

Varianzanalyse (df = 3/140)

F	p	ETA <sup>2</sup>	ES
5.52	0.0017	0.106	m

Scheffé Tests ( $\alpha = 0.05$ )

1 vs 2:	nein	1 vs 3:	ja	1 vs 4:	nein
2 vs 3:	ja	2 vs 4:	nein	3 vs 4:	nein

Varianzheterogenität (Bartlett,  $\alpha = 0.05$ ): nein

Für die Skala "Unterstützung", d.h. dem Ausmass der gegenseitigen Unterstützung aller Stationsmitglieder, zeigten sich folgenden varianzanalytisch signifikanten Ergebnisse: Sowohl die Mitglieder wie auch die Klienten zeigen keine Veränderungen in den beiden Perioden. Die Mitarbeiter schätzen insgesamt die "Unterstützung" als bedeutend höher ein als die Klienten. Die Varianz der Urteile ist nicht signifikant.

Tab. 71 : Skala 3, Spontaneität, N = 144

Gruppe	N	x	s
1 P1 M	40	7.50	2.15
2 P2 M	49	8.43	1.83
3 P1 K	27	5.48	1.83
4 P2 K	28	5.18	2.51

Varianzanalyse (df = 3/140)

F	p	ETA <sup>2</sup>	ES
20.730	0.0001	0.308	l

Scheffé Tests ( $\alpha = 0.05$ )

1 vs 2:	nein	1 vs 3:	ja	1 vs 4:	ja
2 vs 3:	ja	2 vs 4:	ja	3 vs 4:	nein

Varianzheterogenität (Bartlett,  $\alpha = 0.05$ ): nein

In der Skala "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. Streuungsunterschiede zwischen den vier Gruppen sind nicht signifikant.

Tab. 72 : Skala 4, Autonomie, N = 144

Gruppe	N	x	s
1 P1 M	40	6.23	1.35
2 P2 M	49	6.22	1.07
3 P1 K	27	5.26	1.63
4 P2 K	28	4.57	1.64

Varianzanalyse (df = 3/140)

F	p	ETA <sup>2</sup>	ES
11.397	0.0001	0.196	I

Scheffé Tests ( $\alpha = 0.05$ )

1 vs 2:	nein	1 vs 3:	nein	1 vs 4:	ja
2 vs 3:	ja	2 vs 4:	ja	3 vs 4:	nein

Varianzheterogenität (Bartlett,  $\alpha = 0.05$ ): ja

Die Unterschiede in der Skala "Autonomie" sind global signifikant und klinisch bedeutsam. Die Skala betrifft die Frage, inwieweit die Patienten ermutigt werden, selbständig zu handeln und dafür Verantwortung zu übernehmen.

Innerhalb der beiden Gruppen finden sich keine Veränderungen beim Vergleich der zwei Perioden. Die Mitarbeiter schätzen die "Autonomie" insgesamt höher ein als die Klienten. Dies ist vor allem in der zweiten Untersuchungsperiode der Fall, während sich für P1 kein signifikanter Unterschied findet. Die Klienten sind in ihrer Beurteilung der "Autonomie" heterogener als die Mitarbeiter.

Tab. 73 : Skala 5, Praxisorientiertheit, N = 144

Gruppe	N	x	s
1 P1 M	40	9.40	0.67
2 P2 M	49	9.51	0.79
3 P1 K	27	7.07	2.27
4 P2 K	28	7.46	2.01

Varianzanalyse (df = 3/140)

F	p	ETA <sup>2</sup>	ES
26.506	0.0001	0.362	I

Scheffé Tests ( $\alpha = 0.05$ )

1 vs 2:	nein	1 vs 3:	ja	1 vs 4:	ja
2 vs 3:	ja	2 vs 4:	ja	3 vs 4:	nein

Varianzheterogenität (Bartlett,  $\alpha = 0.05$ ): ja

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. Die Mitarbeiter beurteilen die "Praxisorientiertheit"

höher als die Klienten. Für beide Gruppen findet sich innerhalb der beiden Perioden kein Unterschied. Die Klienten streuen in ihrem Urteil stärker als die Mitarbeiter.

Tab. 74 : Skala 6, Personen-, Problemorientiertheit, N = 144

Gruppe	N	x	s
1 P1 M	40	7.25	1.75
2 P2 M	49	7.71	1.73
3 P1 K	27	3.85	2.21
4 P2 K	28	4.21	2.01

Varianzanalyse (df = 3/140)

F	p	ETA <sup>2</sup>	ES
38.827	0.0001	0.454	l

Scheffé Tests ( $\alpha = 0.05$ )

1 vs 2:	nein	1 vs 3:	ja	1 vs 4:	ja
2 vs 3:	ja	2 vs 4:	ja	3 vs 4:	nein

Varianzheterogenität (Bartlett,  $\alpha = 0.05$ ): nein

Auch in der Skala "persönliche Problemorientiertheit" finden sich global signifikante und klinisch bedeutsame Unterschiede. Hierbei geht es um die Frage, inwieweit Klienten durch die SOMOSA ermutigt werden, offen über ihre Probleme und Gefühle zu reden, mit dem Ziel, ihre Selbsteinsicht und ihr Problemverständnis zu erhöhen. Die Einschätzungen der Mitarbeiter auch in dieser Variable sind beträchtlich höher als die der Klienten. Im zeitlichen Verlauf zeigen sich keine Veränderungen. Die Unterschiede in der Streuung sind nicht signifikant.

Tab. 75 : Skala 7, Ärger und Aggression, N = 144

Gruppe	N	x	s
1 P1 M	40	7.10	2.47
2 P2 M	49	5.49	2.34
3 P1 K	27	6.96	1.89
4 P2 K	28	6.14	2.31

Varianzanalyse (df = 3/140)

F	p	ETA <sup>2</sup>	ES
4.443	0.0055	0.087	m

Scheffé Tests ( $\alpha = 0.05$ )

1 vs 2:	ja	1 vs 3:	nein	1 vs 4:	nein
2 vs 3:	nein	2 vs 4:	nein	3 vs 4:	nein

Varianzheterogenität (Bartlett,  $\alpha = 0.05$ ): nein



In der Skala "Ärger und Aggression" geht es um die Beurteilung des Ausmasses von offen geäussertem Ärger und deutlichen Aggressionen in der SOMOSA. In dieser Skala des SBB finden sich die geringsten Unterschiede (vgl. F-Werte) zwischen den vier Gruppen. Die Unterschiede sind zwar global signifikant und von mittlerer praktischer Signifikanz. Diese globale Signifikanz ist in vor allem darauf zurückzuführen, dass die Mitarbeiter in der Periode 2 "Ärger und Aggression" geringer einschätzen als im ersten Zeitabschnitt. Alle weiteren einzelnen Mittelwertsvergleiche (und die Varianzunterschiede) sind nicht statistisch signifikant.

Tab. 76 : Skala 8, Ordnung und Organisation, N = 144

Gruppe	N	x	s
1 P1 M	40	4.48	2.31
2 P2 M	49	6.43	2.14
3 P1 K	27	5.30	2.30
4 P2 K	28	5.82	2.18

Varianzanalyse (df = 3/140)

F	p	ETA <sup>2</sup>	ES
5.909	0.0011	0.112	m

Scheffé Tests ( $\alpha = 0.05$ )

1 vs 2:	ja	1 vs 3:	nein	1 vs 4:	nein
2 vs 3:	nein	2 vs 4:	nein	3 vs 4:	nein

Varianzheterogenität (Bartlett,  $\alpha = 0.05$ ): nein

In "Ordnung und Organisation", d.h. der Funktionalität des Stationsbetriebes finden sich nach der Skala 7 die geringsten Unterschiede zwischen den vier Gruppen. Auch hier sind die globalen Mittelwertsdifferenzen signifikant und von mittlerer Effektgrösse, beruhen aber wesentlich auf dem Einzelunterschied zwischen den Mitarbeitern in Periode 1 und 2. Nach deren Sicht hat "Ordnung und Organisation" im Verlaufe zugenommen.

Tab. 77 : Skala 9, Klarheit des Behandlungsprogramms, N = 144

Gruppe	N	x	s
1 P1 M	40	8.08	1.31
2 P2 M	49	8.94	1.28
3 P1 K	27	6.26	2.12
4 P2 K	28	6.71	2.65

Varianzanalyse (df = 3/140)

F	p	ETA <sup>2</sup>	ES
16.935	0.0001	0.266	l

Scheffé Tests ( $\alpha = 0.05$ )

1 vs 2:	nein	1 vs 3:	ja	1 vs 4:	ja
2 vs 3:	ja	2 vs 4:	ja	3 vs 4:	nein

Varianzheterogenität (Bartlett,  $\alpha = 0.05$ ): ja

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.

Tab. 78 : Skala 10, Kontrolle durch das Personal, N = 144

Gruppe	N	x	s
1 P1 M	40	3.88	1.80
2 P2 M	49	3.90	1.52
3 P1 K	27	5.56	1.37
4 P2 K	28	6.71	1.74

Varianzanalyse (df = 3/140)

F	p	ETA <sup>2</sup>	ES
24.367	0.0001	0.343	I

Scheffé Tests ( $\alpha = 0.05$ )

1 vs 2:	nein	1 vs 3:	ja	1 vs 4:	ja
2 vs 3:	ja	2 vs 4:	ja	3 vs 4:	nein

Varianzheterogenität (Bartlett,  $\alpha = 0.05$ ): nein

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. Unterschiede in der Variabilität der Urteile der vier Gruppen sind nicht signifikant.

## 11.5. Wissenschaftlichen Begleitung (FWB)

Die Daten wurden ab dem 20.6.1994 wöchentlich erhoben. Von A. Dittrich sind über 78 Wochen die Items bewertet worden (insgesamt 312 Daten). Von C. Fischer sind 224 Wochen die Items bewertet worden (bis 30.9.1998, insgesamt 805 Daten). Die Resultate werden in Periode 1 (bis 31.12.96, Zwischenbericht) und Periode 2 (ab Zwischenbericht bis 30.9.98) aufgeteilt.

In Periode 2 wurden die Items nur noch von C. Fischer bewertet.

### 11.5.1. Erwartungshaltungen

Das Item zur Erwartungshaltung der wissenschaftlichen Begleitung bezüglich dem Erfolg der Behandlung in der SOMOSA wurde nach folgenden Abstufungen bewertet:

Erfolgsschlüssel für SOMOSA :

1 = small ( 5% besser)

3 = large (25% besser)

2 = medium (15% besser)

4 = very large (35% besser)

0 = gar kein Unterschied

Erfolgsschlüssel für Kontrollgruppe :

-1 = small ( 5% besser)

-3 = large (25% besser)

-2 = medium (15% besser)

-4 = very large (35% besser)

**EK = Erfolg kurzfristig (SOMOSA)**

**EL = Erfolg langfristig (ca. 3-Jahreskatamnese, "follow-up")**

Tab. 79: Lokations- und Dispersionsparameter des eingeschätzten Erfolges der Behandlung in der SOMOSA durch die wiss. Begleitung

Periode 1

C.F.	EK	EL	A.D.	EK	EL
Median	1	1	Median	2	1
1. Quartil	1	1	1. Quartil	2	1
3. Quartil	1	1	3. Quartil	2	1
x =	0.87	0.95	x =	1.77	0.82
s =	0.51	0.59	s =	0.48	0.39

Periode 2

C.F.	EK	EL
Median	2	2
1. Quartil	2	1
3. Quartil	2	2
x =	1.78	1.59
s =	0.47	0.54

### 11.5.2. Beurteilung der Zusammenarbeit mit der SOMOSA

Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der SOMOSA wurde von der wissenschaftlichen Begleitung wie folgt bewertet:

#### ZA = Zusammenarbeit mit SOMOSA

0 = neutral, bis 1 2 3 4 = perfekt  
leichte Behinderung bis -1 -2 -3 -4 = Sabotage

Die Resultate sind in Tabelle 80 dargestellt.

Tab. 80: Lokations- und Dispersionsparameter der Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der SOMOSA, von der wiss. Begleitung eingeschätzt.

Periode 1

C.F.	ZA	A.D.	ZA
Median	2	Median	1
1. Quartil	0	1. Quartil	0
3. Quartil	2	3. Quartil	1
x =	1.37	x =	0.92
s =	1.05	s =	1.20

Periode 2

C.F.	ZA
Median	1
1. Quartil	0
3. Quartil	2
x =	1.01
s =	1.11

### 11.5.3. Beurteilung des Teamklimas

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung wurde das in der SOMOSA empfundene Teamklima wie folgt eingeschätzt:

#### TK = Teamklima

0 = neutral, bis 1 2 3 4 = sehr gut  
eher schlecht bis -1 -2 -3 -4 = sehr schlecht

Die Resultate sind in Tabelle 81 dargestellt.

Tab. 81: Lokations- und Dispersionsparameter des von der wiss. Begleitung eingeschätzten Teamklimas in der SOMOSA

Periode 1

C.F.	TK	A.D.	TK
Median	0	Median	0
1. Quartil	0	1. Quartil	0
3. Quartil	1	3. Quartil	1
x =	0.579	x =	0.564
s =	0.994	s =	0.876

In Periode 2 wurde das Teamklima nicht mehr gewertet, da dazu keine Informationen oder genügend Eindrücke vorhanden waren.

Es zeigte sich in Periode 1, dass A. D. den kurzfristigen Erfolg der Behandlung in der SOMOSA eine Bewertungsstufe höher als C. F. einschätzte.

In Periode 1 wurde die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der SOMOSA von C. F. etwas positiver bewertet als von A. D.. In den weiteren Punkten waren keine Unterschiede zwischen A. D. und C. F. festzustellen.

In Periode 2 bewertet C.F. den kurzfristigen Erfolg der SOMOSA eine Bewertungsstufe höher als wie in Periode 1. Der langfristige Erfolg wird von C.F. in Periode 2 tendenziell höher eingestuft als wie in Periode 1.

Die Zusammenarbeit wird von C.F. in Periode 2 um einen Bewertungspunkt tiefer eingestuft als wie in Periode 1.

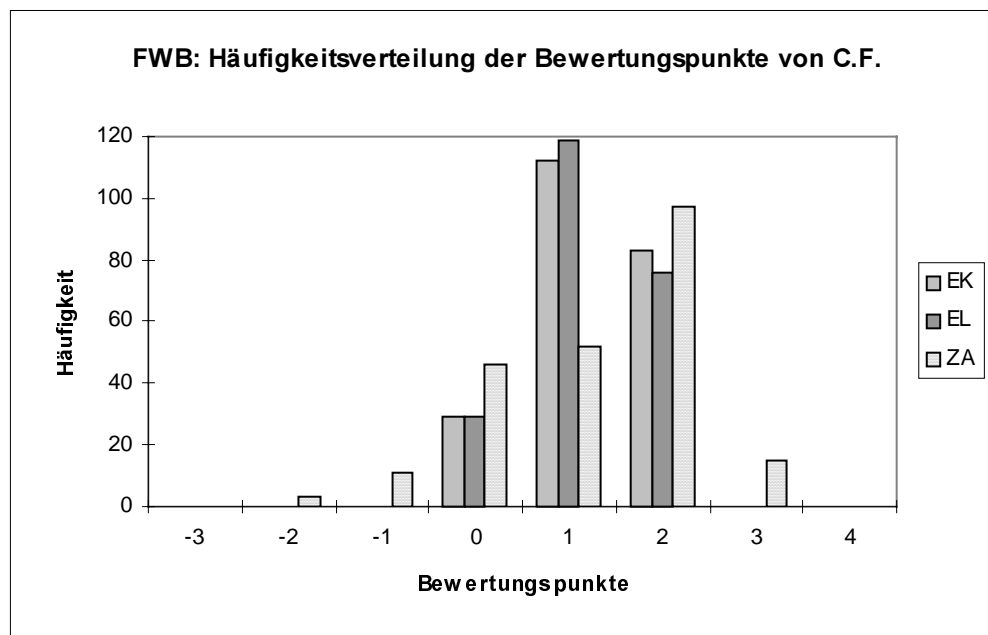
Insgesamt erwartet die wissenschaftliche Begleitung einen grösseren Erfolg der Behandlung durch die SOMOSA als der Kontrollgruppe und zwar lang- wie kurzfristig.

Die Zusammenarbeit wird mässig eingeschätzt.

Die Bewertung des Teamklimas ist hauptsächlich im neutralen Bereich und wurde wegen ungenügenden Informationen und Eindrücke in der Periode 2 nicht mehr bewertet.

In Abbildung 7 ist die Bewertungshäufigkeit der einzelnen Bewertungspunkte in den drei Bereichen EL, EK und ZA von C.F. dargestellt.

*Abbildung 7* : Häufigkeitsverteilung der Bewertungspunkte durch C.F. in den Bereichen: EL, EK, und ZA, N = 224 (Wochen)



## 11.6. Ergebnisse: Ergebnisqualität (Outcome)

Nachfolgend werden die Ergebnisse zur Ergebnisqualität präsentiert.

### 11.7. DINX, Vergleich Erhebung M1 (Eintritt) und M2 (Austritt, bzw. 30.9.98) aller Klienten der SOMOSA

Anhand der Akten wurde mittels des Dissozialisationsindex (Kap. 7.3.3.) die Eintrittssituation und die Austrittssituation (bzw. bei N = 9 Situation per 30.9.98) von N = 49 Klienten der SOMOSA eingeschätzt.

In Tabelle 82 und 83 sind der Median (Zentralwert), die Quartilabstände 1. Quartil (25%) und 3. Quartil (75%), sowie der Mittelwert ( $\bar{x}$ ) und die Standardabweichung ( $s$ ) zur Eintrittssituation (M1) und Austrittssituation (M2) in den 6 Sozialisationsräume und des Gesamtwertes des DINX angegeben.

Tab. 82 : Eintrittsbewertung (M1) DINX: Mittelwert  $\bar{x}$ , Standardabweichung  $s$ ; Median, 1. Quartil und 3. Quartil, N = 49

M1	Zivilalltag	Nahe Bez.	Freizeitg.	Arbeit	Substanz.	Legalverh.	Total
$\bar{x}$	4.04	3.76	3.49	3.92	1.39	0.69	17.29
$s$	0.64	0.72	0.84	0.93	1.13	0.85	2.42
Median	4	4	4	4	1	0	17
1 Quartil	4	4	3	3	1	0	15
3 Quartil	4	4	4	5	2	1	19

Tab. 83 : Austrittsbewertung (M2) DINX: Mittelwert  $\bar{x}$ , Standardabweichung  $s$ ; Median, 1. Quartil und 3. Quartil, N = 49

M2	Zivilalltag	Nahe Bez.	Freizeitg.	Arbeit	Substanz.	Legalverh.	Total
$\bar{x}$	3.16	3.10	2.78	2.88	1.08	0.53	13.53
$s$	1.12	1.03	1.16	1.36	0.86	0.94	4.87
Median	3	3	3	3	1	0	13
1 Quartil	3	2	2	2	0	0	10
3 Quartil	4	4	4	4	2	1	18

In den nachfolgenden Tabellen sind die Ergebnisse des t-Test und des Wilcoxon-Test (zweiseitig) für verbundene Stichproben für die DINX-Erhebung M1 und M2 und ihre Differenzen in den sechs Dimensionen angegeben.

Die Effekt-Stärke (ES, siehe Kap. 9) wird nachfolgend angegeben:

- s (small) = 0.3 bis 0.49
- m (medium) = 0.5 bis 0.79
- l (large) = ab 0.8

Tab.84 : DINX, Vergleich M1 und M2  
Variable: Zivilalltag

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)		df	t	sign.	ES
	x	s	x	s	x	s				
49	4.04	0.64	3.16	1.12	0.88	0.88	48	6.972	ja	l

Die Korrelation der Messwiederholung für die Variable Zivilalltag beträgt  $r = 0.62$ .

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist sehr gross. Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.000$ ). Es findet sich eine "Verbesserung" in diesem Sozialisationsbereich.

Tab. 85 : DINX, Vergleich M1 und M2  
Variable: Nahe Beziehungen

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)		df	t	sign.	ES
	x	s	x	s	x	s				
49	3.76	0.72	3.10	1.03	0.65	0.86	48	5.346	ja	l

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.57$ .

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist sehr gross. Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.000$ ). Es findet sich eine "Verbesserung" in diesem Sozialisationsbereich.

Tab. 86 : DINX, Vergleich M1 und M2  
Variable: Freizeitgestaltung

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)		df	t	sign.	ES
	x	s	x	s	x	s				
49	3.49	0.84	2.78	1.16	0.71	0.96	48	5.222	ja	l

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.58$ .

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist sehr gross. Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.000$ ). Es findet sich eine "Verbesserung" in diesem Sozialisationsbereich.

Tab. 87 : DINX, Vergleich M1 und M2  
Variable: Arbeit/Ausbildung

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)		df	t	sign.	ES
	x	s	x	s	x	s				
49	3.92	0.93	2.88	1.36	1.04	1.08	48	6.750	ja	l

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.62$ .

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist sehr gross. Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.000$ ). Es findet sich eine "Verbesserung" in diesem Sozialisationsbereich.

Tab. 88 : DINX, Vergleich M1 und M2  
Variable: Substanzkonsum

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)		df	t	sign.	ES
	x	s	x	s	x	s				
49	1.39	1.13	1.08	0.86	0.31	0.79	48	2.692	ja	m

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.71$

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist mittel. Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.014$ ). Es findet sich eine "Verbesserung" in diesem Sozialisationsbereich.

Tab. 89 : DINX, Vergleich M1 und M2  
Variable: Legalverhalten

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)		df	t	sign.	ES
	x	s	x	s	x	s				
49	0.69	0.85	0.53	0.94	0.16	0.94	48	1.212	nein	s

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.45$ .

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist klein. Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls kein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.079$ ).

In den nachfolgenden, analogen Tabelle ist der t-Test über die Gesamtsumme des DINX von Messung M1 und M2, sowie der Differenzen angegeben.

Tab. 90 : DINX, Vergleich M1 und M2  
Gesamtsumme DINX

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)		df	t	sign.	ES
	x	s	x	s	x	s				
49	17.29	2.42	13.53	4.87	3.76	4.06	48	6.467	ja	l

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.55$ .

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist sehr gross. Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.000$ ). Es findet sich eine "Verbesserung" in der Dissozialisierung (DINX, Globalwert).

Zusammenfassend nimmt der DINX-Gesamtwert von Erhebung M1 zu Erhebung M2 statistisch signifikant mit einer grossen praktischen Signifikanz ab. Die Standardabweichung (s) nimmt von M1 zu M2 zu, d.h. die Streuung der einzelnen Werte ist grösser.

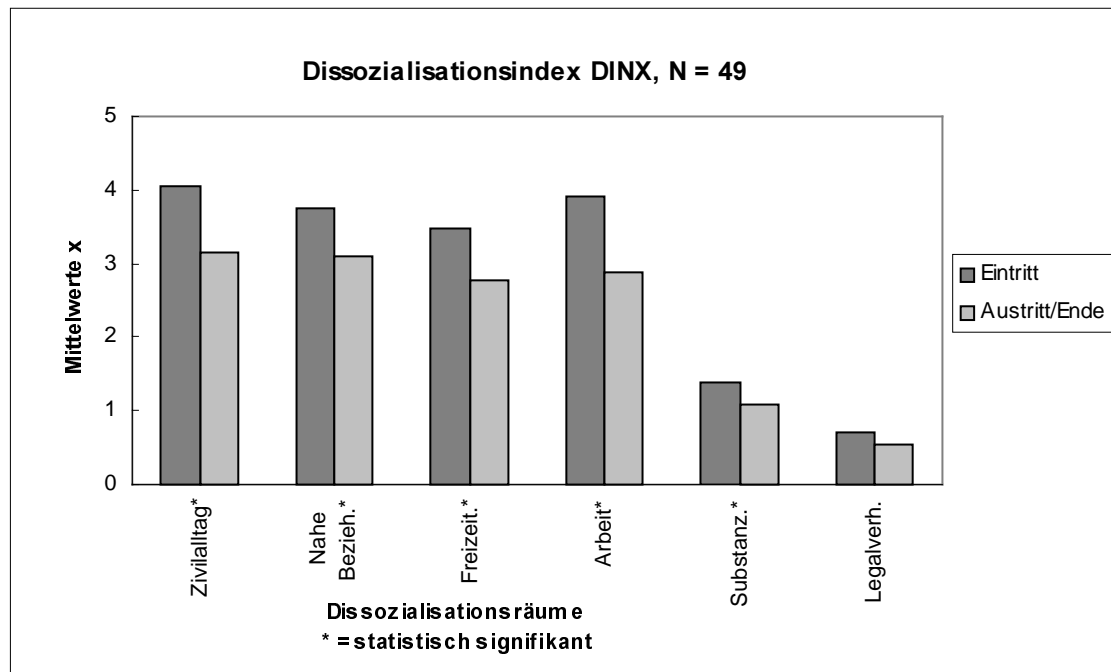
Auf die einzelnen Sozialisationsbereiche bezogen nehmen die Dissozialisierungswerte in allen Bereichen ausser dem "Legalverhalten" statistisch signifikant ab.

Die Korrelationen der Messwiederholung zeigt in allen Bereichen einen mittleren Zusammenhang der Mittelwerte von M1 zu M2.



Die Ergebnisse der Mittelwerte sind in nachfolgender Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 8: Dissozialisationsindex DINX, Vergleich der Werte bei Eintritt (M1) und Austritt, resp. 30.9.98 (M2), N = 49.



### 11.7.1. DINX, Vergleich Erhebung M1 (Eintritt) und M2 (Austritt, bzw. 30.9.98) der Klienten der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne

Die Erhebung der Eintrittssituation und der Austrittssituation mit dem Dissozialisationsindex DINX (Kap.7.3.3. und 11.7.) wurde für die N = 14 Klienten der wissenschaftlichen Begleitung (i.e.S.) als Untergruppe ebenfalls betrachtet.

In Tabelle 91 und 92 sind der Median (Zentralwert), die Quartilabstände 1. Quartil (25%) und 3. Quartil (75%), sowie der Mittelwert (x) und die Standardabweichung (s) zur Eintrittssituation (M1) und Austrittssituation (M2) in den 6 Sozialisationsräume und des Gesamtwertes des DINX angegeben.

Tab. 91 : Eintrittsbewertung (M1) DINX: Mittelwert x, Standardabweichung s; Median, 1. Quartil und 3. Quartil, N = 14

M1	Zivilalltag	Nahe Bez.	Freizeitg.	Arbeit	Substanz.	Legalverh.	Total
x	4.00	3.57	3.36	3.93	1.36	0.79	17.00
s	0.68	0.85	1.01	0.83	0.84	0.80	2.11
Median	4	4	3.50	4	1	1	17
1 Quartil	4	3	3	4	1	0	15.25
3 Quartil	4	4	4	4	2	1	18.75

Tab. 92 : Austrittsbewertung (M2) DINX: Mittelwert x, Standardabweichung s; Median, 1. Quartil und 3. Quartil, N = 14

M2	Zivilalltag	Nahe Bez.	Freizeitg.	Arbeit	Substanz.	Legalverh.	Total
x	3.07	2.93	2.86	2.93	1.00	0.71	13.50
s	1.27	1.14	1.10	1.50	0.68	1.14	5.54
Median	3	3	3	2.5	1	0	13
1 Quartil	2.25	2	2	2	1	0	10.25
3 Quartil	4	4	4	4.5	1	1	18.75

In den nachfolgenden Tabellen sind die Ergebnisse des t-Test und des Wilcoxon-Test (zweiseitig) für verbundene Stichproben für die DINX-Erhebung M1 und M2 und ihre Differenzen in den sechs Dimensionen angegeben.

Die Effekt-Stärke (ES, siehe Kap. 9) wird nachfolgend angegeben:

s (small) = 0.3 bis 0.49  
 m (medium) = 0.5 bis 0.79  
 l (large) = ab 0.8

Tab. 93 : DINX, Vergleich M1 und M2  
 Variable: Zivilalltag

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)		df	t	sign.	ES
	x	s	x	s	x	s				
14	4.00	0.68	3.07	1.27	0.93	1.00	13	3.484	ja	l

Die Korrelation der Messwiederholung für die Variable Zivilalltag beträgt  $r = 0.62$ .

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist sehr gross. Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.006$ ). Es findet sich eine "Verbesserung" in diesem Sozialisationsbereich.

Tab. 94 : DINX, Vergleich M1 und M2  
 Variable: Nahe Beziehungen

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)		df	t	sign.	ES
	x	s	x	s	x	s				
14	3.57	0.85	2.93	1.14	0.64	0.93	13	2.590	ja	l

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.60$ .

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist gross. Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.027$ ). Es findet sich eine "Verbesserung" in diesem Sozialisationsbereich.

Tab. 95 : DINX, Vergleich M1 und M2  
 Variable: Freizeitgestaltung

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)		df	t	sign.	ES
	x	s	x	s	x	s				
14	3.36	1.01	2.86	1.10	0.50	0.85	13	2.188	ja	l

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.67$ .

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist gross.

Der Wilcoxon-Test ergab kein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.054$ ). Es findet sich eine "Verbesserung" in diesem Sozialisationsbereich.

Tab. 96 : DINX, Vergleich M1 und M2  
Variable: Arbeit/Ausbildung

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)					
	x	s	x	s	x	s	df	t	sign.	ES
14	3.93	0.83	2.93	1.50	1.00	1.11	13	3.373	ja	l

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.68$ .

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist sehr gross. Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.010$ ). Es findet sich eine "Verbesserung" in diesem Sozialisationsbereich.

Tab. 97 : DINX, Vergleich M1 und M2  
Variable: Substanzkonsum

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)					
	x	s	x	s	x	s	df	t	sign.	ES
14	1.36	0.84	1.00	0.68	0.36	0.63	13	2.110	nein	m

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.67$

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist mittel. Der Wilcoxon-Test ergab ein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.048$ ).

Tab. 98 : DINX, Vergleich M1 und M2  
Variable: Legalverhalten

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)					
	x	s	x	s	x	s	df	t	sign.	ES
14	0.76	0.80	0.71	1.14	0.07	1.14	13	0.234	nein	-

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.35$ .

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied und keine praktische Signifikanz (ES). Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls kein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.671$ ).

In den nachfolgenden, analogen Tabelle ist der t-Test über die Gesamtsumme des DINX von Messung M1 und M2, sowie der Differenz angegeben.

Tab. 99 : DINX, Vergleich M1 und M2  
Gesamtsumme DINX

N	M1		M2		Diff.(M1-M2)					
	x	s	x	s	x	s	df	t	sign.	ES
14	17.00	2.11	13.50	5.54	3.50	4.38	13	2.989	ja	l

Die Korrelation der Messwiederholung beträgt  $r = 0.68$ .

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Die praktische Signifikanz (ES) ist sehr gross.

Der Wilcoxon-Test ergab ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ( $p = 0.024$ ). Es findet sich eine "Verbesserung" in der Dissozialisierung (DINX Globalwert).

Zusammenfassend nimmt der DINX-Gesamtwert von Erhebung M1 zu Erhebung M2 statistisch signifikant mit einer grossen praktischen Signifikanz ab. Die Standardabweichung (s) nimmt von M1 zu M2 massiv zu, d.h. die Streuung der einzelnen Werte ist viel grösser.

Auf die einzelnen Sozialisationsbereiche bezogen nehmen die Dissozialisierungswerte in allen Bereichen ausser "Substanzkonsum" und "Legalverhalten" statistisch signifikant ab.

Die Korrelationen der Messwiederholung zeigt ausser im Bereich "Legalverhalten" in den restlichen Bereichen einen mittleren Zusammenhang der Mittelwerte von M1 zu M2. Im Bereich "Legalverhalten" ist dieser Zusammenhang schwach.

## 11.8. Globale Erfolgseinschätzung der Klienten der SOMOSA (GCI)

Bis zum 30.9.98 sind 41 Klienten aus der SOMOSA ausgetreten, bzw. 9 Klienten haben sich in der SOMOSA aufgehalten. Die Leitung der SOMOSA hat die Bewertung des Zustandes bei Austritt, bzw. per 30.9.98 vorgenommen, sodass uns von allen N = 50 Klienten eine Bewertung vorliegt.

Folgendes Item wird bewertet:

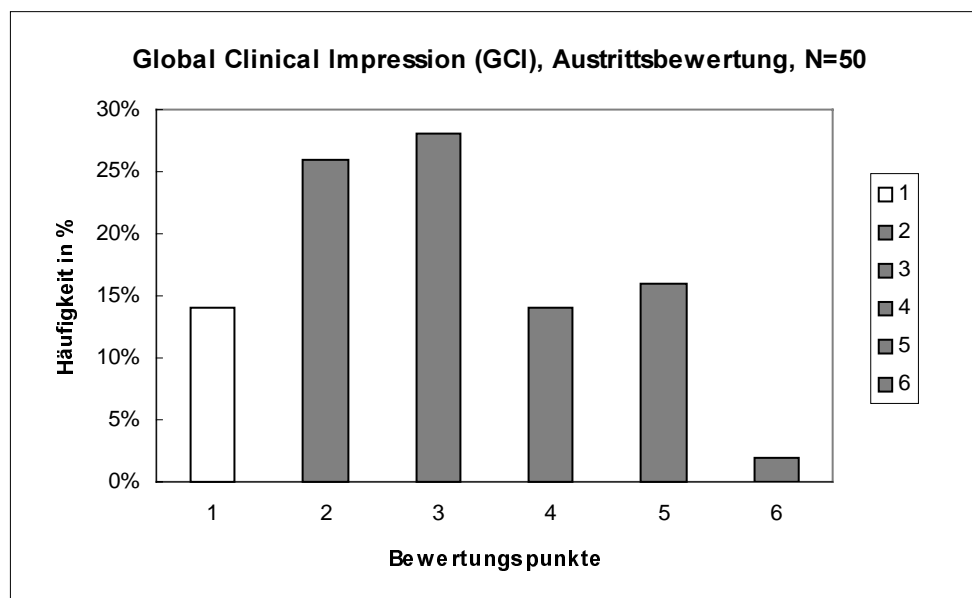
### Zustand bei Austritt:

(im Vergleich zu Eintritt)

- |                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1 = nicht beurteilbar            | 5 = Zustand ist unverändert          |
| 2 = Zustand ist sehr viel besser | 6 = Zustand ist etwas schlechter     |
| 3 = Zustand ist viel besser      | 7 = Zustand ist viel schlechter      |
| 4 = Zustand ist nur wenig besser | 8 = Zustand ist sehr viel schlechter |

In Abbildung 9 ist die Häufigkeitsverteilung (%) der Bewertungspunkte der globalen Erfolgseinschätzung (GCI) durch die SOMOSA-Leitung.

Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung (%) der Austrittsbewertung (GCI)



Um die Beurteilungen statistisch bearbeiten zu können, wurden die Klienten mit der Austrittsbewertung 1 ausgeschlossen (N=7).

Die weiteren Bewertungen wurden wie folgt umkodiert:

- |                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1 = Zustand ist sehr viel besser | 5 = Zustand ist etwas schlechter     |
| 2 = Zustand ist viel besser      | 6 = Zustand ist viel schlechter      |
| 3 = Zustand ist nur wenig besser | 7 = Zustand ist sehr viel schlechter |
| 4 = Zustand ist unverändert      |                                      |

In der folgenden Tabelle 100 wird der Median (Zentralwert), die Quartilabstände 1. Quartil (25%) und 3. Quartil (75%), sowie der Mittelwert ( $\bar{x}$ ) und die Standardabweichung ( $s$ ) angegeben.

Tab.100 : Lokations- und Dispersionsparameter der globalen Austrittsbewertung, N = 43

Median	2
1. Quartil	1
3. Quartil	3
x	2.30
s	1.17

Im Durchschnitt wird der Zustand bei Austritt aus der SOMOSA im Vergleich zum Eintrittszustand zwischen wenig besser und sehr viel besser eingeschätzt.

Die entsprechend umkodierte Werte der Stichprobe der SOMOSA-Gruppe der wissenschaftlichen Begleitung (i.e.S.) sind nachfolgend aufgeführt:

Tab. 101.: Lokations- und Dispersionsparameter der globalen Austrittsbewertung, N = 14

Median	2
1. Quartil	1
3 Quartil	3.75
x	2.43
s	1.40

Im Durchschnitt wird der Zustand bei Austritt aus der SOMOSA im Vergleich zum Eintrittszustand zwischen unverändert / wenig besser und sehr viel besser eingeschätzt.

## 11.9 Verlaufsveränderungen pro DIAD - Dimension

Die Verläufe der DIAD-Werte pro Skala über die fünf Messzeitpunkte wurde mit einer Varianzanalyse für wiederholte Messungen überprüft. Dabei geht es um intraindividuelle Veränderungen, wobei interindividuelle Unterschiede eliminiert werden.

Verwendet werden zunächst die fortgeschrieben Werte (N = 14, 5 Messungen;  $df = 4 / 52$ ).

Die graphischen Abbildungen der individuellen Verläufe (fortgeschrieben und nicht fortgeschrieben) finden sich im Anhang 2.5.4.

Tabelle 102 zeigt die Ergebnisse für LIMP "Lustprinzip und Impulsivität".

Tab. 102: Verlauf von LIMP, Varianzanalyse für wiederholte Messungen, N = 14, fortgeschrieben

		Messung M				
	Gesamt	1	2	3	4	5
Mittelwerte x	41.9	44.4	41.6	41.2	40.5	41.9
Standardab. s	6.25	<b>F = 3.168      p = 0.02074</b>				

Das Ergebnis ist statistisch signifikant. Der initiale Wert M1 sinkt innerhalb von drei Monaten stark und bleibt dann bis M5 ziemlich konstant.

Tabelle 103 zeigt die Ergebnisse für GRAL "Grösse und Allmacht".

Tab. 103 : Verlauf von GRAL, Varianzanalyse für wiederholte Messungen, N = 14, fortgeschrieben

		Messung M				
	Gesamt	1	2	3	4	5
Mittelwerte x	47.3	47.9	46.1	46.7	47.6	48.4
Standardab. s	7.36	<b>F = 0.625      p = 0.34994</b>				

Es zeigt sich keine signifikante Veränderung, d.h. für GRAL lassen sich im untersuchten Zeitraum keine Veränderungen nachweisen.

Tabelle 104 zeigt die Ergebnisse für MOPP, d.h. "Opposition und Missmut".

Tab. 104 : Verlauf von MOPP, Varianzanalyse für wiederholte Messungen, N = 14, fortgeschrieben

		Messung M				
	Gesamt	1	2	3	4	5
Mittelwerte x	45.4	46.2	45.6	44.4	45.1	45.9
Standardab. s	5.73	<b>F = 0.480      p = 0.75264</b>				

Es zeigt sich keine signifikante Veränderung.

Tabelle 105 zeigt die Ergebnisse für WET "Weltbezug und Transzendieren".

Tab.105 : Verlauf von WET, Varianzanalyse für wiederholte Messungen, N = 14, fortgeschrieben

		Messung M				
	Gesamt	1	2	3	4	5
Mittelwerte x	49.1	48.8	46.4	50.4	49.9	50.0
Standardab. s	7.79	<b>F = 2.138      p = 0.08834</b>				

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

Tabelle 106 zeigt die Ergebnisse für FIT "Tradition und Fitness".

Tab. 106 : Verlauf von FIT, Varianzanalyse für wiederholte Messungen, N = 14, fortgeschrieben

		Messung M				
	Gesamt	1	2	3	4	5
Mittelwerte x	45.8	43.5	45.1	47.7	46.7	46.2
Standardab. s	7.16	<b>F = 3.245      p = 0.01868</b>				

Die Ergebnisse für FIT sind statistisch signifikant. Der initiale Wert M1 steigt innerhalb von drei Monaten und erreicht sein Maximum nach 6 Monaten, um dann ziemlich konstant zu bleiben.

Tabelle 107 zeigt die Ergebnisse für KID "Kindlichkeit und Dependenz".

Tab. 107 : Verlauf von KID, Varianzanalyse für wiederholte Messungen, N = 14, fortgeschrieben

		Messung M				
	Gesamt	1	2	3	4	5
Mittelwerte x	45.6	45.4	45.9	45.7	45.7	45.3
Standardab. s	3.56	<b>F = 0.155      p = 0.95735</b>				

Es zeigen sich keinerlei Hinweise auf eine Veränderung im Verlaufe der fünf Messzeitpunkte.

Tabelle 108 zeigt die Ergebnisse für NIL "Nichtigkeit und Lähmung".

Tab. 108 : Verlauf von NIL, Varianzanalyse für wiederholte Messungen, N = 14, fortgeschrieben

		Messung M				
	Gesamt	1	2	3	4	5
Mittelwerte x	43.7	46.7	43.7	42.9	42.4	42.6
Standardab. s	5.49	<b>F = 6.163      p = 0.00061</b>				

Hier sind die Veränderungen statistisch hochsignifikant und klinisch deutlich. Der initiale Wert M1 sinkt innerhalb von drei Monaten stark und erreicht graduell sein Minimum bei M4, d.h. nach 9 Monaten.

Tabelle 109 zeigt die Ergebnisse für BANG "Beklemmung und Angst".



Tab. 109 : Verlauf von BANG, Varianzanalyse für wiederholte Messungen, N = 14, fortgeschrieben

		Messung M				
	Gesamt	1	2	3	4	5
Mittelwerte x	42.8	42.8	42.8	43.1	42.5	43.0
Standardab. s	8.08	<b>F = 0.064      p = 0.98926</b>				

Es lässt sich keinerlei Veränderung nachweisen.

Tabelle 110 zeigt die Ergebnisse für VEX "Verfremdung und Exzentrik".

Tab. 110 : Verlauf von VEX, Varianzanalyse für wiederholte Messungen, N = 14, fortgeschrieben

		Messung M				
	Gesamt	1	2	3	4	5
Mittelwerte x	54.1	55.1	55.0	53.1	53.6	53.8
Standardab. s	4.74	<b>F = 1.478      p = 0.22139</b>				

Es zeigt sich keine Veränderung.

Auf komplexere statistische Verfahren wie multivariate Mittelwertvergleiche (z.B. Hotelling, 1931; vgl. Bortz, 1999) wurde wegen des geringen Stichprobenumfangs verzichtet. Explorative nicht-lineare Trendanalysen ergaben keine nennenswerten weiteren Informationen.

Die vorliegenden Ergebnisse lassen sich folgendermassen zusammenfassen: In den neun DIAD - Skalen ergaben sich drei signifikante Verlaufsveränderungen. Dies sind in der Reihenfolge der p - Werte (welche wie hier bei gleichem N der Bedeutsamkeit entsprechen) : NIL ( p = 0.00061), FIT (p = 0.01868) und LIMP (p = 0.02074). Wird eine Alphaadjustierung nach Holm (1979) wegen der Vielzahl der Vergleiche vorgenommen, bleiben die Ergebnisse allerdings nur für NIL (a' = 0.0055) statistisch signifikant.

Inhaltlich bedeuten diese Veränderungen:

Wahrscheinlich sind Veränderungen in FIT und LIMP.

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 adoleszente 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 - auch bei sehr kritischer methodischer Betrachtung - und damit (fast) gesichert - 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.

Explorativ wurden analoge Berechnungen auch für die nicht fortgeschriebenen Werte durchgeführt, wobei sich die Stichprobengrösse mit zunehmenden Messwiederholungen stark reduziert.

Tabelle 111 gibt an, welche Vergleiche trotzdem welches Signifikanzniveau erreichen (t-Tests für verbundene Stichproben, Varianzanalyse für wiederholte Messungen; p-Werte: \*  $p \leq 0.10$ , \*\*  $p \leq 0.05$ , \*\*\*  $p \leq 0.01$ ).

Tab. 111 : t-Test und Varianzanalyse für verbundene Stichproben, DIAD Interviews M1-M5, nicht fortgeschriebene Werte (N sind angegeben).

Skala	M1 und M2 N = 10	M1 bis M3 N = 8	M1 bis M4 N = 5	M1 bis M5 N = 4
LIMP	*	**	***	**
GRAL	-	-	-	-
MOPP	-	-	-	-
WET	-	*	-	*
FIT	-	**	-	-
KID	-	-	-	-
NIL	*	*	-	-
BANG	-	-	-	-
VEX	-	-	-	-

Auch dieses explorative Vorgehen zeigt also ähnliche Ergebnisse wie die Berechnungen mit den fortgeschriebenen Werten:

Die Werte für FIT sind bei M3 signifikant erhöht. Für LIMP zeigt sich bei allen Vergleichen zumindest eine Tendenz für geringere Werte im Vergleich zu M1. In der Skala NIL ergeben sich auch bei diesen Berechnungen tendenziell für die ersten 6 Monate im Vergleich zur Ausgangslage erniedrigte Werte.

Hinzu kommen tendenzielle Veränderungen in WET, deren Reproduzierbarkeit in weiteren Untersuchungen überprüft werden muss. In allen weiteren Skalen zeigen sich auch hier keine bedeutsamen Veränderungen.

### 11.9.1. Zusammenhänge zwischen den Zielprofilen nach 1 Jahr (ZP 1), 5 Jahren (ZP 5) und dem Normprofil (NP) und empirische Ergebnisse

Die Ermittlung der drei Zielprofile des DIAD wurden in Kap. 6.2. beschrieben.

Für die folgenden Berechnungen könnten die Daten aller  $N = 18$  Klienten herangezogen werden, für die wenigstens die Ersterhebung vorliegt.

Tabelle 112 zeigt die Zusammenhänge zwischen den drei Zielprofilen ZP 1, ZP 5 und NP berechnet mittels der Produkt-Moment Korrelation nach Pearson  $r$  und deren Transformation in annähernd normalverteilte  $Z$  - Werte nach Fisher (vgl. Bortz, 1999).

Durch  $r$  bzw.  $Z$  werden lediglich Ähnlichkeiten des Profilverlaufs ("Profilkonfigurationen") berücksichtigt, nicht aber Profildistanzen.

Tab. 112 : Profilähnlichkeiten:  $Z$  und  $r$  ( $N = 18$ )

	Fisher's Z-Werte				$r$ x	$\alpha \geq 0.05$	ES
	x	s	min.	max.			
ZP 1 / ZP 5	1.02	0.27	0.55	1.42	0.77	ja	l
ZP 1 / NP	0.13	0.49	-0.63	1.05	0.13	nein	s
ZP 5 / NP	0.41	0.63	-0.87	1.26	0.39	ja	l

Die in Tabelle 112 zusammengefassten und im Anhang 2.4.2. aufgeführten Einzeldaten ergeben folgendes Ergebnis:

Sämtliche  $N = 18$  Einzelkorrelation  $r$  zwischen ZP 1 und ZP 5 entsprechen einer hohen ES von  $r \geq 0.50$  (Cohen, 1988), d.h. sie sind praktisch - klinisch bedeutsam.

Die inferenzstatistische Agglutination der  $Z$  - transformierten Einzelwerte mit der Nullhypothese, dass zwischen ZP 1 und ZP 5 kein Zusammenhang besteht, erfolgte mittels des Einstichproben t-Tests (zweiseitige Fragestellung). Es zeigt sich, dass die intraindividuell vorgegebenen ZP 1 und ZP 5 ausserordentlich ähnlich und statistisch signifikant sind ( $df = 17$ ;  $t = 16.028$ ,  $d = 5.34$ ).

Es wird also ein und fünf Jahre nach der Ersterhebung ein intraindividuell sehr konstantes therapeutisches Ziel bezüglich der Profilähnlichkeit angenommen. Nicht erwartet wird, dass die Schwerpunkte der adolescentären Störungen, wie sie sich im DIAD abbilden, sich intraindividuell innerhalb von fünf Jahren bedeutsam verändern.

Die Vergleiche zwischen ZP 1 bzw. ZP 5 und dem NP zeigen nach oben beschriebenen statistischen Berechnungen ein anderes Bild.

Die Profilähnlichkeit zwischen ZP 1 und NP ist gering und statistisch nicht signifikant ( $df = 17$ ,  $t = 1.126$ ,  $d = 0.38$ ). Es wird also keine bedeutsame Ähnlichkeit zwischen den Profilen erwartet.

Die Ähnlichkeit zwischen ZP 5 und NP ist dagegen höher und statistisch signifikant ( $df = 17$ ,  $t = 2.761$ ,  $d = 0.921$ ).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass erst fünf Jahre nach der DIAD - Ersterhebung individuelle Profile erwartet werden, die dem alters- und geschlechtsspezifischen Normprofil ähnlich sind.

Tabelle 113 zeigt Unterschiede zwischen ZP 1, ZP 5 und NP gemessen an der euklidischen Distanz  $d$ , welche nur Distanzen, nicht aber Ähnlichkeiten bzw. Unähnlichkeiten der Profilverläufe beschreibt. Höhere  $d$  - Werte entsprechen grösseren Entfernungen.

Tab. 113 : Profilähnlichkeiten: euklidische Distanzen  $d$  (N = 18)

	Euklidische Distanz $d$				$\alpha \geq 0.05$	ES
	x	s	min.	max.		
ZP 1 / ZP 5	3.03	0.65	1.96	1.86	ja	I
ZP 1 / NP	2.70	0.81	1.48	4.39	ja	I
ZP 5 / NP	2.29	0.81	1.29	4.11	ja	I

Die in Tabelle 113 zusammengefassten und im Anhang 2.4.2. aufgeführten Einzeldaten ergeben folgendes Ergebnis:

Alle statistischen Berechnungen mittels des Einstichproben t-Tests (zweiseitige Fragestellung; Nullhypothese:  $d = 0.00$ ) ergeben statistisch und praktisch signifikante Ergebnisse ( ZP 1 vs. ZP 5 :  $df = 17$ ,  $t = 19.779$ ,  $d = 6.592$ ; ZP 1 vs. NP :  $df = 17$ ,  $t = 14.143$ ,  $d = 4.712$ ; ZP 5 vs. NP:  $df = 17$ ,  $t = 11.996$ ,  $d = 3.997$ ).

Die grössten Unterschiede im  $d$  - Wert werden also zwischen ZP 1 und ZP 5 erwartet, die geringsten zwischen ZP 5 und NP.

Werden die Ergebnisse der Berechnungen mittels  $r$  und  $d$  zusammenfassend interpretiert, so zeigt sich, dass auch im Idealfalle nach einem und fünf Jahren sehr ähnliche individuelle Zielprofile, d.h. kaum Veränderung in der Art ("Qualität") der adolescentären Störung erwartet werden.

Der grösste Unterschied in der Distanz ("Quantität") bei gleichbleibender Art ("Qualität") wird intraindividuell zwischen einem und fünf Jahren erwartet.

Sowohl eine "quantitative" wie auch "qualitative" Annäherung im hier gebrauchten Sinne an die alters- und geschlechtsspezifische Norm wird nicht vor fünf Jahren nach dem Erstinterview, d.h. der Einweisung in die SOMOSA erwartet.

Auf komplexere statistische Verfahren wurde wegen der geringen Stichprobengrösse verzichtet.

Berechnungen zur empirischen intraindividuellen Stabilität der DIAD - Profile zeigen die vier nachfolgenden Tabellen.

Tab. 114 : Stabilität der DIAD Profile, Produkt-Moment Korrelation r und Fisher's Z-Transformation, fortgeschriebene Werte, N = 10

		r				
Interviews		1	2	3	4	5
Z	1	-	0.58 *	0.56 *	0.56 *	0.60 *
	2	0.67	-	0.80 *	0.81 *	0.80 *
	3	0.63	1.10	-	0.86 *	0.81 *
	4	0.64	1.12	1.28	-	0.82 *
	5	0.69	1.10	1.12	1.16	-

\* sign.  $\alpha < 0.05$

Das analoge Vorgehen für die nicht fortgeschriebenen Werte (N in Klammern) ergibt das folgende Ergebnis.

Tab. 115 : Stabilität der DIAD Profile, Produkt-Moment Korrelation r und Fisher's Z-Transformation, nicht fortgeschriebene Werte, N in Klammern

		r				
Interviews		1	2	3	4	5
Z	1	-	0.58 * (10)	0.58 * (8)	0.71 * (5)	0.78 * (4)
	2	0.67	-	0.85 * (8)	0.80 * (5)	0.78 * (4)
	3	0.67	1.26	-	0.89 * (5)	0.84 * (4)
	4	0.89	1.11	1.43	-	0.87 * (4)
	5	1.04	1.05	1.23	1.34	-

\* sign.  $\alpha < 0.05$

Die Korrelationen der DIAD-Skalen, Interview 1-5 für fortgeschriebene und nicht fortgeschriebene Werte sind im Anhang 2.4.3. dargestellt.

Nachfolgend sind die Durchschnittswerte der Fisher Z-Transformation der Produkt-Moment Korrelationen (x, s von Z), sowie die zurücktransformierten r-Werte der DIAD Interviews 1-5 mit den Zielprofilen (ZP1, ZP5 und der Norm) für die fortgeschriebenen und die nicht fortgeschriebenen Werte dargestellt.

Tab. 116: Mittelwert  $x$ , Standardabweichung  $s$  der Fisher Z-transformierten Produkt-Moment-Korrelation und Rücktransformation von  $x$  in  $r$ , DIAD Interview 1-5 mit ZP1, ZP5 und der Norm, fortgeschriebene Werte,  $N = 14$

Interview	Ziel 1			Ziel 5			Norm		
	$x$	$s$	$r$	$x$	$s$	$r$	$x$	$s$	$r$
1	0.94	0.53	0.74	0.61	0.48	0.54	-0.05	0.36	-0.05
2	0.60	0.53	0.54	0.43	0.36	0.41	0.05	0.55	0.05
3	0.53	0.51	0.49	0.46	0.37	0.43	0.32	0.55	0.31
4	0.56	0.57	0.51	0.47	0.35	0.43	0.26	0.61	0.25
5	0.66	0.54	0.58	0.54	0.40	0.49	0.20	0.53	0.20

Tab. 117 : Mittelwert  $x$ , Standardabweichung  $s$  der Fisher Z-transformierten Produkt-Moment-Korrelation und Rücktransformation von  $x$  in  $r$ , DIAD Interview 1-5 mit ZP1, ZP5 und der Norm, nicht fortgeschriebene Werte

Interview	N	Ziel 1			Ziel 5			Norm		
		$x$	$s$	$r$	$x$	$s$	$r$	$x$	$s$	$r$
1	14	0.94	0.53	0.74	0.61	0.48	0.54	-0.05	0.36	-0.05
2	10	0.45	0.45	0.42	0.44	0.40	0.41	0.11	0.62	0.11
3	8	0.31	0.23	0.30	0.43	0.44	0.41	0.58	0.50	0.53
4	5	0.48	0.49	0.44	0.53	0.17	0.48	0.46	0.79	0.43
5	4	0.65	0.21	0.57	0.72	0.33	0.62	0.50	0.52	0.46

Nachfolgend sind die Durchschnittsmittelwerte ( $x$ ) und die Standardabweichungen ( $s$ ) der euklidischen Distanz der DIAD Interviews 1-5 mit den Zielprofilen (ZP1, ZP5 und der Norm) für die fortgeschriebenen und die nicht fortgeschriebenen Werte dargestellt.

Tab.118 : Mittelwert  $x$ , Standardabweichung  $s$  der euklidischen Distanz ( $d$ ), DIAD Interview 1-5 mit ZP1, ZP5 und der Norm, fortgeschriebene Werte,  $N = 14$

Interview	Ziel 1		Ziel 5		Norm	
	$x(d)$	$s(d)$	$x(d)$	$s(d)$	$x(d)$	$s(d)$
1	1.47	0.45	2.00	0.47	3.12	0.65
2	2.09	0.87	2.33	0.61	3.03	0.94
3	2.04	0.84	2.20	0.52	2.54	0.65
4	2.09	0.87	2.30	0.62	2.72	0.77
5	2.03	0.84	2.25	0.66	2.80	0.79

Tab 119 : Mittelwert  $x$ , Standardabweichung  $s$  der euklidischen Distanz ( $d$ ), DIAD Interview 1-5 mit ZP1, ZP5 und der Norm, nicht fortgeschriebene Werte

Interview	N	Ziel 1		Ziel 5		Norm	
		$x(d)$	$s(d)$	$x(d)$	$s(d)$	$x(d)$	$s(d)$
1	14	1.47	0.45	2.00	0.47	3.12	0.65
2	10	2.45	0.77	2.45	0.64	3.06	1.11
3	8	2.55	0.71	2.34	0.59	2.29	0.59
4	5	2.85	0.78	2.72	0.49	2.80	0.97
5	4	2.58	1.00	2.49	0.83	2.78	0.94

Es zeigt sich also durchgängig die individuelle Art, dass Profile der adolescentären Störung, wie sie sich in den 9 Skalen des DIAD abbildet, bis zu 12 Monaten sehr konstant bleibt. Alle Werte überschreiten eine hohe ES und sind statistisch signifikant.

Es sind also tatsächlich innerhalb des untersuchten Zeitraumes kaum Veränderungen der individuellen "Qualität" der DIAD - Profile festzustellen.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Produkt-Moment Korrelation der Interviews 1-5 mit den Zielprofilen (ZP 1 und ZP 2) und der Norm zeigt sich, dass die Profilähnlichkeit der DIAD Interviews mit der Norm von Interview 1 zu Interview 5 tendenziell zunimmt. Diese Tendenz ist bei den nicht fortgeschriebenen Werten etwas stärker.

Die euklidischen Distanzen zwischen den Interviews 1-5 und den Zielprofilen (ZP 1 und ZP 2) und der Norm zeigen, dass sich die Distanzen zwischen der Norm und dem Interview 1 bis 5 tendenziell abnimmt.

Ob sich im weiteren Verlauf Annäherungen an vorgegebenen Zielprofile zeigen, ist nur durch Nachuntersuchungen der Klienten festzustellen.

Dabei sollten eventuell auch andere Distanzmasse als die euklidische verwendet werden (z.B. Mahalanobis, 1936). Dies bleibt für weitere Studien vorbehalten (Fischer, 1999).

## 11.10. Zusammenhang der Erfolgsmasse

Nachfolgend werden die Ergebnisse über den Zusammenhang der Erfolgsmasse präsentiert.

### 11.10.1. Zusammenhang der Erfolgsmasse des DINX und GCI Bewertung aller SOMOSA Klienten

Es lagen uns von der Co-Leitung zu jedem der N = 50 SOMOSA-Klienten die Austrittsbewertung mit dem "Global Clinical Impression" (GCI) vor. Die N = 7 Klienten, die die Einschätzung "nicht beurteilbar" aufwiesen, sowie ein Klient, der anhand der Akten mit dem DINX nicht zu bewerten war, wurden nicht in die Berechnung einbezogen (N = 8).

Es wurden die Differenzen (Eintritts- und Austrittswert) der 6 Sozialisationsbereiche und des Gesamtwertes des DINX mit dem GCI (N = 42) korreliert. Die Resultate sind in Tabelle 120 und Tabelle 121 dargestellt.

Tab. 120 : Produkt-Momentkorrelation (r), DINX (Diff. Eintritts- zu Austrittswert), GCI, N = 42

		DINX							GCI
		Zivil	NBez	Freiz	Arbeit	Subst	Legal	Total	GCI
		1	2	3	4	5	6	7	8
Zivil	1		0.75	0.68	0.85	0.29	0.42	0.91	-0.75
NBez	2			0.50	0.65	0.32	0.39	0.81	-0.66
Freiz	3				0.82	-0.07	0.14	0.72	-0.64
Arbeit	4					0.10	0.34	0.87	-0.74
Subst	5						0.52	0.46	-0.19
Legal	6							0.64	-0.42
Total	7								-0.78
GCI	8								

Tab. 121 : Spearman Rangkorrelation (Rho), DINX (Diff. Eintritts- zu Austrittswert), GCI, N = 42

		DINX							GCI
		Zivil	NBez	Freiz	Arbeit	Subst	Legal	Total	GCI
		1	2	3	4	5	6	7	8
Zivil	1		0.81	0.75	0.88	0.38	0.52	0.92	-0.61
NBez	2			0.68	0.75	0.34	0.42	0.83	-0.55
Freiz	3				0.84	0.17	0.28	0.76	-0.59
Arbeit	4					0.27	0.44	0.89	-0.65
Subst	5						0.64	0.50	-0.01
Legal	6							0.64	-0.18
Total	7								-0.71
GCI	8								

Eine Abnahme der Dissozialisierung (Gesamtwert des DINX) stimmt am höchsten mit einer Abnahme der Dissozialisierungswerten 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".

Es besteht kein oder ein schwacher Zusammenhang in der Abnahme der Werte in den Bereichen "Arbeit", "Freizeitgestaltung" und "Zivilalltag" mit den Bereichen "Substanzkonsum" und/oder "Legalverhalten".

Durch die so gebildeten Differenzen des DINX bedeutet eine Zunahme einen therapeutischen Erfolg und je tiefer der Austrittswert im GCI ist, desto besser ist der Zustand bei Austritt eingeschätzt worden. Dies bedeutet, dass sich die negativen Vorzeichen der Korrelationen mit dem GCI aufheben, da eine Abnahme der Differenz des DINX (zur letzten Messung) einen therapeutischen Erfolg darstellt.

Die Differenz (Abnahme) des Gesamtwert des DINX zeigt den grössten positiven Zusammenhang mit der "besseren" Austrittsbewertung des GCI.

In den 6 Sozialisationsbereichen zeigt sich, dass die Abnahme der Bereiche "Zivilalltag" und "Arbeit" ebenfalls eine hohe positive Übereinstimmung mit einer "besseren" GCI-Austrittsbewertung haben.

### 11.10.2. Zusammenhänge der Erfolgsmasse des DIAD, DINX und GCI bei Klienten der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne

Bei den N = 14 Klienten der wissenschaftlichen Begleitung i.e.S. wurden die Differenzwerte zwischen erster und letzter Messung in den DIAD- und DINX-Variablen gebildet.

Die Korrelationen Rho und r dieser Variablen zusammen mit GCI finden sich im Anhang 2.4.4.

In der folgenden Tabelle 122 werden die Rangkorrelationen Rho zwischen DINX - Total, GCI und denjenigen DIAD - Variablen zusammengefasst, in denen die varianzanalytischen Untersuchungen signifikante Effekte zeigten.

Tab. 122 : Rangkorrelationen Rho zwischen ausgewählten Effizienzmassen bei N = 14

Rho		Differenz				
		LIMP	FIT	NIL	DINX Total	GCI
	Nr.	1	5	7	16	17
LIMP	1	-	0.15	-0.30	0.29	-0.30
FIT	5		-	-0.58 **	-0.20	0.33
NIL	7			-	0.31	-0.23
DINX Total	16				-	-0.84 **
GCI	17					-

Auch in dieser Teilstichprobe wird also der Zusammenhang in der Gesamtstichprobe zwischen DINX - Total und GCI gefunden. Weiterhin lässt sich hier nachweisen, dass eine Herabsetzung von NIL ("Nichtigkeit und Lähmung") mit einer Erhöhung von FIT ("Tradition und Fitness") einhergeht und umgekehrt.

## 12. Diskussion

Die detaillierte Zusammenfassung der Ergebnisse mit einer ersten Interpretation findet sich zu Anfang dieses Berichtes.

An dieser Stelle bezieht sich die Diskussion deshalb vor allem auf methodische Probleme.

Die hauptsächliche Kritik an der vorliegenden Untersuchung zur wissenschaftlichen Begleitung der SOMOSA besteht wohl darin, dass die zentrale Fragestellung, ob SOMOSA effizienter in der Behandlung von schweren Adoleszentenkrisen ist als andere Institutionen, nicht beantwortet werden kann. Es gelang nicht, wie im ursprünglichen Versuchsplan vorgesehen, die Klienten der SOMOSA mit einer durch Randomisierung gewonnenen Kontrollgruppe zu vergleichen. Die Gründe dafür sind weder der Leitung der SOMOSA noch der wissenschaftlichen Begleitung anzulasten. Der wichtigste Faktor dürfte die Verschlechterung der ökonomischen Situation sein, welche während des Zeitraums dieser Untersuchung stattfand. Es wurden also bedeutend weniger Klienten als erwartet für SOMOSA angemeldet, sodass aus betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine durch die Randomisierung bedingte Ablehnung von 50% der Klienten nicht möglich war.

Aspekte einer Qualitätskontrolle, die nicht im Zusammenhang mit der Effizienz des Behandlungskonzeptes stehen, und Verlaufsuntersuchungen waren durch die Ergänzung des Versuchplanes nicht betroffen.

Weiterhin ist zu diskutieren, ob alle verwendeten Untersuchungsverfahren für unsere Zwecke optimal waren.

Der Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit (AZ) wurde von den Mitarbeitern der SOMOSA wohl mit Recht häufig als "nicht SOMOSA-konform" kritisiert. Seine Reliabilität und Validität für den verwendeten Untersuchungszweck ist ungeklärt.

Zum Fragebogen der Konzeptumsetzung (FKS), welcher sich auf die Umsetzung des Behandlungskonzeptes in der Praxis bezieht, wurde von den Mitarbeitern der SOMOSA angeregt, stärker nach den Gründen von Konzeptumsetzungs-Problemen zu fragen.

Gut bewährt hat sich der Stationsbeurteilungsbogen (SBB), welcher von Mitarbeitern und Klienten ausgefüllt wurde. Dessen Auswertung ergibt einen doch recht differenzierten Einblick in die Atmosphäre der SOMOSA.

Das Ratingverfahren DIAD erwies sich erwartungsgemäss - vor allem wegen des vorher notwendigen Trainings - als sehr aufwendig. Es liefert dafür aber ein sehr differenziertes Bild schwererer adoleszenter Störungen.

Kritisch ist für diese Untersuchung zu bemerken, dass die, gegenüber längeren Beobachtungsperioden eher "punktuelle" Informationen bei den Interviews die Reliabilität vor allem bei der Erstbegegnung verringert haben mögen.

Es ist zu erhoffen, dass das DIAD aufgrund unserer Ergebnisse eine weitere Verbreitung findet.

Die Werte im Dissozialisation - DINX wurden durch die wissenschaftliche Begleitung aufgrund von Berichten (Krankengeschichten) und Akten der SOMOSA erhoben. Diese waren in der Anfangsphase von SOMOSA eher dürftig. Die testtheoretische Güte des DINX ist nicht unbestritten. Für die Validität des Verfahrens spricht, dass die Durchschnitte der Austrittswerte aus der SOMOSA den Werten bei Eintritt in die Pestalozzi Jugendstätte Burghof (ein Übertritt in diese Institution ist auch ein Ziel des Behandlungskonzeptes SOMOSA) sehr ähnlich sind (Fischer, Andreae & Toscan, 1997).

Der globale Therapieerfolg (GCI) wurde durch die Leitung von der SOMOSA selbst erstellt. Die Interrater - Reliabilitäten, etwa mit unabhängigen Beurteilern, fehlen. Der dadurch entstandene Fehler lässt sich kaum abschätzen.

Die hohen korrelativen Zusammenhänge zwischen GCI und DINX, welche sehr unterschiedlich erfasst wurden, weisen aber auf eine zufriedenstellende Validität der beiden Verfahren hin.

Wie erwartet, gestaltete sich die Datenerhebung sehr aufwendig. Nicht immer gelang es, eine hundertprozentige Rücklaufquote bei den an die Mitarbeiter verteilten Fragebogen zu erreichen.

Trotz schweren psychopathologischen Zustandsbildern bei den Klienten verweigerten sie nur selten die Zusammenarbeit.

Solange die Klienten in der SOMOSA weilten, konnten DIAD-Wiederholungsuntersuchungen durchgeführt werden. Nicht immer aber waren alle geplanten Untersuchungen möglich, nicht zuletzt aufgrund irregulärer Austritte.

Vor allem bei der statistischen Auswertung des Verlaufs der relativ kleinen DIAD-Stichprobe (N = 14) stiessen die verwendeten Auswertungsverfahren manchmal an ihre Grenzbereiche.

Für spezielle Fragestellungen liessen sich möglicherweise optimalere statistische Auswertungstechniken finden.

Ergänzend zu dieser summarischen methodische Diskussion soll durch Fischer (1999) eine subtilere Analyse erfolgen.

Trotz aller aufgeführten methodischen Mängel und Schwierigkeiten lässt sich ein differenziertes und positives Bild der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von SOMOSA aufzeigen.



## Literatur

- Andreae, A. (1994). DIAD : Differentielle klinische Diagnostik adolescentärer Dissozialisation. Forschungsbericht an den Schweizer Nationalfonds (2. Aufl.). Gesuchsnummer 32-9249.87. Winterthur: Eigenverlag.
- Andreae, A. (1997). Testmanual DIAD - Differentielle klinische Diagnostik adolescentärer Dissozialisation. Küsnacht/ZH: Stiftung Entwicklungspsychiatrie des jungen Erwachsenenalters.
- Andreae, A. & Berthel, T. (1994). Basisdatenbogen und Ratingsystem zur Bestimmung des Dissozialisationsindex (DINX). Winterthur: Eigenverlag.
- Andreae, A. & Fischer, C. (1999). Quantitative Messung von adolescentärer Dissozialisation, Dissozialisationsindex (DINX). Im Druck, Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete.
- Andreae, A. & Furger, R. (1986). Jugendpsychiatrische Versorgung der 15-19Jährigen im Kanton Zürich. Unveröffentlichtes Manuskript, Gesundheitsdirektion Zürich.
- Angst, J., Dittrich, A. & Grof, P. (1969). Course of Endogenous Affective Psychoses and its Modification by Prophylactic Administration of Imipramine and Lithium. International Pharmacopsychiatry, 2, 1-11.
- Arbeits-Erziehungs-Anstalt (AEA) Uitikon, (1990). Jahresberichte 1987-1990. Uitikon: AEA.
- Berthel, T. (1990). Fünf-Jahres-Katamnesen von dissozialen Jugendlichen einer psychiatrisch-pädagogischen Beobachtungsstation unter besonderer Berücksichtigung des Sozialisationsverlaufs. Zürich: Med. Diss..
- Berthel, T. (1996). Erscheinungsvielfalt der schweren Adoleszentenkrisen und ihre adoleszenzdynamische Diagnostik. Unveröffentlichtes Manuskript, Vortragstagung SOMOSA, Winterthur.
- Berthel, T. & Andreae, A. (1991). Die Beurteilung der Bewährung bei dissozialen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 60, 159-167.
- Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. 2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bruggemann, A., Groskurth, P. & Ulich, E. (1975). Arbeitszufriedenheit. Bern: Huber.
- Brun-Toggenburger, B. (1992). Zur Validierung von DIAD. DIAD-Charakteristika von Probanden mit Schizophrenie-Diagnose auf der Basis von CIDI. Zürich: Med.Diss..
- Buchborn, E. (1993). Der ärztliche Standard. Deutsches Ärzteblatt, 90, B1446-B1449.

- Bührlen-Armstrong, B. & Bengel, J. (1998). Qualitätssicherung: Grundlagen, Funktionen, Möglichkeiten. In: Hell, D., Bengel, J. & Kirsten-Krüger, M. (Hrsg.), Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung (S. 1-15). Basel: Karger.
- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1966). Experimental and quasi-experimental design for research. Chicago: Rand McNally.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioural sciences (2nd Ed.). New Jersey: Erlbaum.
- Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). Quasi-experimentation. Design and analysis issues for field settings. Chicago: Rand McNally.
- Cronbach, L. (1983). Designing Evaluations of Educational and Social Programs. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cronbach, L., Ambron, S., Dornbusch, S., Hess, R., Hornik, R., Phillips, D., Walker, D. & Weiner, S. (1981). Toward Reform of Program Evaluation. San Francisco: Jossey-Bass.
- Deutscheschweizer Standard für Kliniken (1996). Eintritts- und Austrittsdokumentation der Patienten. Auszug: Globalbeurteilung bei Austritt.
- De Vries, F. (1998). Gesundheitspolitik und Qualitätssicherung – Politische und administrative Aspekte. In: Hell, D., Bengel, J. & Kirsten-Krüger, M. (Hrsg.), Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung (S. 16-22). Basel: Karger.
- Dittrich, A. & Fischer, C. (1994). Konzept der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung des Modellversuchs "Sozialpädagogische Modellstation (SOMOSA)" (2. Aufl.). Zürich: Eigendruck.
- Dittrich, A. & Fischer, C. (1995a). Fragebogen wissenschaftliche Begleitung der SOMOSA (FWB). Zürich: Eigendruck.
- Dittrich, A. & Fischer, C. (1995b). Fragebogen zum Konzept SOMOSA (FKS). Zürich: Eigendruck.
- Dittrich, A. & Fischer, C. (1997a). Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellversuch "Sozialpädagogisch-psychiatrische Modellstation (SOMOSA)". Zürich: Bericht z.Hd. des EJPD, Fachausschuss für Modellversuche.
- Dittrich, A. & Fischer, C. (1997b). Vorschläge zur Ergänzung des Versuchsplanes der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs SOMOSA. Unveröffentlichtes Manuskript, Zürich.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q, 44, 166-203.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? JAMA, 260, 1743-1748.
- Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) (1993). Verfügung Modellprojekt "Sozialpädagogische Modellstation (SOMOSA)". Bern: EJPD.

- Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) (1995). Verfügung Modellversuch "Sozialpädagogische Modellstation (SOMOSA)". Bern: EJPD.
- Engel, R.R., Knab, B. & Doblhoff-Thun, C. (1983). SBB. Stationsbeurteilungsbogen. Weinheim: Beltz Test.
- Erdheim, M. (1982). Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Eine Einführung in den ethnopsychoanalytischen Prozess. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Erdheim, M. (1995). Gibt es ein Ende der Adoleszenz? - Betrachtungen aus ethnopsychoanalytischer Sicht. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 44, 81-85.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1966). Personality structure and measurement. San Diego: Knapp.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1984). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1 (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fischer, C. (1991). Freiheitsstrafe und Strafvollzug bei Minderjährigen in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Unveröff. Seminararbeit, Universität Zürich, Rechtswissenschaftliche Fakultät.
- Fischer, C. (1999). 5 Jahre Modellstation SOMOSA, normatives Konzept und Realisierung. Dissertation in Vorbereitung, Universität Zürich, Phil.I..
- Fischer, C., Andreae, A. & Toscan, W. (1997). Das Burghofprogramm für dissoziale jugendliche Psychotiker und Grenzfälle. Zürich: Unveröff. Bericht. Artikel in Vorbereitung.
- Gaebel, W. & Schwarz, M. (1998). Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In: Hell, D., Bengel, J. & Kirsten-Krüger, M. (Hrsg.), Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung (S. 53-71). Basel: Karger.
- Göppinger, H. (1983). Der Täter in seinen sozialen Bezügen: Ergebnisse aus der Tübinger Jungtäter-Vergleichsuntersuchung. Berlin: Springer.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Haase, W. & Fischer, M. (1990) Biometrische Planung und Auswertung klinischer Prüfungen und Erstellung des biometrischen Studienberichtes. Good Clinical Practice, 149-174.
- Harms, V. (1992). Biomathematik, Statistik und Dokumentation. Kiel: Harms Verlag.
- Hell, D. (1998). Qualität oder Güte ? - Kritische Vorbemerkungen. In: Hell, D., Bengel, J. & Kirsten-Krüger, M. (Hrsg.), Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung (S. VII-IX). Basel: Karger.
- Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. Scandinavian Journal of Statistics, 6, 65-70.



- Horn, W. (1983). Leistungsprüfsystem L-P-S. Handanweisung (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hornung, R. (1998). Evaluationsforschung: Aufgaben und Probleme. In: Hell, D., Bengel, J. & Kirsten-Krüger, M. (Hrsg.), Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung (S. 23-33). Basel: Karger.
- Hotelling, H. (1931). The generalization of Student's ratio. Annals of mathematical Statistics, 2, 360-378.
- Jugendstätte Burghof (1990). Jahresberichte 1985-1990. Dielsdorf: Burghof.
- Kleiter, E.F. (1994). KMSS. PC-Computerprogramm für Statistik (2. Aufl.). Eigenvertrieb.
- Knecht, R. & Andreae, A. (1994). Entwicklung und Einsatz eines Computer-Expertensystems zur differentiellen klinischen Diagnostik adolescentärer Dissozialisation (DIAD-CIDD). Winterthur: Eigenverlag.
- Kupko, S. (1985). Entstehung und Bewältigung jugendlicher Dissozialität. Teil I: Strukturen öffentlicher Ersatzerziehung und abweichenden Verhaltens von Kindern und Jugendlichen. Lueneburg: Neubauer.
- Lehrl, S. (1989). Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT-B. Erlangen: Perimed.
- Lehrl, S., Merz, F., Burkard, G. & Fischer, B. (1991). Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest MWT-A. Erlangen: Perimed.
- LEILA (1994). Leistungsdiagnostisches Labor. Göttingen: Hogrefe.
- Lösel, F., Köferl, P. & Weber, F. (1987). Meta-Evaluation der Sozialtherapie. Qualitative und quantitative Analysen zur Behandlungsforschung in sozialtherapeutischen Anstalten des Justizvollzugs. Stuttgart: Enke.
- Mahalanobis, P.C. (1936). On the generalized distance in statistics. Proceedings of the National Institut of Sience,India, 12, 49-55.
- Microsoft (1994). EXCEL 5, PC-Programm für Microsoft Windows 3.1. (5. Aufl.). Microsoft.
- Modellstation SOMOSA (1994). Sozialpädagogisch-psychiatrische Modellstation für schwere Adoleszentenstörungen. Ein Forschungsbegleitetes neues Behandlungskonzept. Winterthur: SOMOSA.
- Möckli, R. (1992). Zur Validierung des DIAD. Vergleich zwischen dem Fremdratingsystem DIAD und den Selbstratingsystem RIG und FPI. Med. Diss., Universität Zürich.
- Munsch, C. (1997). Die Zusammenarbeit von WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen in Forschungs- und Entwicklungsprojekten der Sozialen Arbeit. Unveröff. Lizentiatsarbeit Phil.I., Universität Zürich.
- Narring, F., Tschumper, A., Michaud, P.-A., Vanetta, F., Meyer, R., Wydler, H., Vuille, J.-C., Paccaud, F. & Gutzwiller, F. (1994). Die Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz: Bericht einer gesamtschweizerischen Studie über Gesundheit und Lebensstil 15-bis 20jähriger. Lausanne: Cah Rech Doc IUMSP.

- Newell, D.J. (1992). Intention-to-treat analysis: Implications for quantitative and qualitative research. International Journal of Epidemiology, 21/5, 837-841.
- Payk, T.R.H. (1992). Dissozialität. Psychiatrische und forensische Aspekte. Stuttgart: Schattauer.
- Richter, P., Scheurer, H., Krüber, H.-L. & Sass, H. (1993). Intelligenz und Delinquenz. Ein Beitrag zur Rückfallprognose. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie, 52 (1), 25-30.
- Rink, M. (1984). Rigidität und Veränderungsmotivation. Eine empirische Untersuchung über Ausprägung und Zusammenhänge von Rigidität, Selbstkonzept und Therapiemotivation bei jungen Strafgefangenen und Berufsschülern unter Berücksichtigung des Sozialisations- und Situationshintergrundes. Diss. Phil. I., Universität Freiburg i.B.
- Rössler, W. (1998). Praktische Probleme der Evaluationsforschung. In: Hell, D., Bengel, J. & Kirsten-Krüger, M. (Hrsg.), Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung (S. 34-44). Basel: Karger.
- Schütze, G. (1990). Nachreifung Adoleszenter in der stationären Behandlung. In: Steinhausen, H.C. (Hrsg.), Das Jugendalter : Entwicklungen - Probleme - Hilfen (S. 246-256). Bern: Huber.
- Seghezzi, H.D. (1996). Integriertes Qualitätsmanagement: das St. Galler Konzept. München: Hanser.
- SOMOSA (1994). Jahresberichte 1994-97. Winterthur: Modellstation SOMOSA.
- Uchtenhagen, A. (1997). Synthesebericht. In : Uchtenhagen, Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. (Hrsg.), Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Udris, I. (o.J.). Arbeitszufriedenheit. Fragebogen. Zürich: ETH.
- Udris, I. & Rimann, M. (1994). Ingenieure - alter Beruf, neue Werte ? In: von Rosenstiel, L., Lang, T. & Sigl, E. (Hrsg.), Fach- und Führungsnachwuchs finden und fördern (S. 135-152). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- WHO (World Health Organisation) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Huber.
- Wittmann, W.W. (1985). Evaluationsforschung: Aufgaben, Probleme und Anwendungen. Berlin: Springer.

# Inhaltsverzeichnis

## (detailliert)

		Seite
<b>Zusammenfassung</b>		I - XVI
<b>1.</b>	<b>Ziel und Aufbau der Arbeit</b>	<b>1</b>
1.1.	Allgemeines zum Aufbau von Qualitätskontrollen	1
<b>1.2.</b>	<b>Strukturqualität</b>	<b>3</b>
1.2.1.	Äussere Strukturqualität	3
1.2.2.	Innere Strukturqualität	3
<b>1.3.</b>	<b>Prozessqualität</b>	<b>3</b>
<b>1.4.</b>	<b>Ergebnisqualität</b>	<b>3</b>
1.4.1.	Ergebnisqualität im Vergleich zu anderen Behandlungen oder Institutionen	3
1.4.2.	Ergebnisqualität anhand des Behandlungsverlaufs oder Aussagen zum Prozess innerhalb einer Institution	5
<b>1.5.</b>	<b>Probleme der Zielfindung</b>	<b>6</b>
<b>1.6.</b>	<b>Probleme der Kriterienbestimmung</b>	<b>6</b>
<b>1.7.</b>	<b>Validitätsprobleme von Untersuchungsdesigns</b>	<b>7</b>
<b>1.8.</b>	<b>Politische und ökonomische Problembereiche</b>	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>Zur Problematik schwerer Adoleszentenkrisen und ihrer Behandlung</b>	<b>10</b>
2.1.	Umschreibung schwerer Adoleszentenkrisen	11
2.2.	Behandlungsformen schwerer Adoleszentenkrisen	12

<b>3.</b>	<b>Qualitätskontrolle der SOMOSA</b>	<b>13</b>
<b>3.1.</b>	<b>Zur Strukturqualität der SOMOSA</b>	<b>13</b>
3.1.1.	Äussere Struktur der SOMOSA: Haus, Infrastruktur und Umgebung	13
3.1.2.	Innere Struktur	14
3.1.3.	Entstehungsgeschichte der SOMOSA	14
3.1.4.	Das therapeutische Konzept der SOMOSA	15
3.1.5.	Ein- und Ausschlusskriterien	19
<b>4.</b>	<b>Untersuchungsverfahren zur Prozesserfassung der SOMOSA</b>	<b>20</b>
<b>4.1.</b>	<b>Allgemeine Unterlagen</b>	<b>20</b>
<b>4.2.</b>	<b>Erfassung der Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit bei den Mitarbeitern (AZ)</b>	<b>20</b>
<b>4.3.</b>	<b>Erfassung der Konzeptrealisierung bei den Mitarbeitern (FKS)</b>	<b>20</b>
<b>4.4.</b>	<b>Variablen der wissenschaftlichen Begleitung (FWB)</b>	<b>20</b>
<b>4.5.</b>	<b>Erfassung der Stationsatmosphäre bei den Mitarbeitern und den Klienten (SBB)</b>	<b>21</b>
4.5.1.	Die Konstruktion der Zielvariablen der Stationsbeurteilung (SBB)	21
<b>4.6.</b>	<b>Untersuchungszeitpunkte der Mitarbeiter und der Klienten der SOMOSA</b>	<b>22</b>

<b>5.</b>	<b>Ergebnisqualität der SOMOSA</b>	<b>23</b>
<b>5.1.</b>	<b>Grundzüge nach dem ursprünglichen Konzept der wissenschaftlichen Begleitung</b>	<b>23</b>
5.1.1.	Fragestellungen dieser Untersuchung	23
<b>5.2.</b>	<b>Ursprüngliches experimentelles Design</b>	<b>23</b>
5.2.1.	Klienten der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinn	23
5.2.2.	Technik der Randomisierung	24
<b>5.3.</b>	<b>Gründe zur Änderung des ursprünglichen Versuchsplanes</b>	<b>25</b>
<b>6.</b>	<b>Qualitätskontrolle anhand von Zielvorgaben DIAD</b>	<b>26</b>
<b>6.1.</b>	<b>Vorbemerkungen</b>	<b>26</b>
<b>6.2.</b>	<b>Konkretes Vorgehen</b>	<b>26</b>
6.2.1.	Mögliche Zielvorgaben	26
6.2.2.	Intraindividuelle Zielvorgaben	27
6.2.3.	Allgemeine Zielvorgaben	27
6.2.4.	Beschreibung und Wegleitung zur Angabe der DIAD-Zielprofile	27
<b>6.3.</b>	<b>Eintritts- und Austrittsbewertung der Klienten der SOMOSA (DINX)</b>	<b>28</b>
<b>6.4.</b>	<b>Austrittsbewertung der Klienten durch die Co-Leitung der SOMOSA (GCI)</b>	<b>28</b>

	Seite
<b>7.      <b>Untersuchungsinstrumente zur Operationalisierung</b></b>	<b>29</b>
7.1. <b>Struktur</b>	29
7.1.1.  Innere Struktur	29
<b>7.2.    <b>Untersuchungsinstrumente zur Prozessqualität</b></b>	29
7.2.1.  Arbeitszufriedenheit-Fragebogen: AZ	29
7.2.2.  Fragebogen zur Konzeptumsetzung der SOMOSA: FKS	30
7.2.3.  Assessment der Stationsatmosphäre durch Klienten und Mitarbeiter: SBB	30
7.2.4.  Fragebogen wissenschaftliche Begleitung: FWB	32
<b>7.3.    <b>Untersuchungsinstrumente zur Ergebnisqualität</b></b>	32
7.3.1.  Freie Protokollierung von Zuständen und Veränderungen	32
7.3.2.  Ratingverfahren zur Diagnostik Adolescentärer Dissozialisation: DIAD	32
7.3.2.1. Interrater-Training DIAD	33
7.3.3.  Dissozialisations-Index: DINX	35
7.3.4.  Somatische Daten	37
7.3.5.  Globale Erfolgseinschätzung durch die SOMOSA-Leitung (GCI)	37
<b>8.      <b>Assessment und Untersuchungsinstrumente zur Beschreibung der Stichproben</b></b>	<b>38</b>
<b>8.1.    <b>Assessment der Klienten der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne</b></b>	38
<b>8.2.    <b>Basisdaten</b></b>	38
<b>8.3.    <b>Anamnestische Daten</b></b>	38
<b>8.4.    <b>Fluide und kristallisierte Intelligenz: LPS und MWT</b></b>	38
<b>8.5.    <b>Persönlichkeitsfragebogen: FPI-ARIG</b></b>	38
8.5.1.  Der Rigiditätsfragebogen von RINK (RIG)	39
8.5.2.  Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)	39
8.5.3.  Der Selbstrating-Fragebogen FPI-ARIG	40
<b>8.6.    <b>Assessment der Mitarbeiter</b></b>	40

<b>9.</b>	<b>Dokumentation der Daten und statistische Auswertung</b>	<b>41</b>
<b>10.</b>	<b>Beschreibung der Stichproben</b>	<b>43</b>
<b>10.1.</b>	<b>Stichproben der Probanden der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne und der Gesamtstichprobe der Klienten der SOMOSA</b>	<b>43</b>
<b>10.2.</b>	<b>Stichprobe nach dem ursprünglichen Konzept der wissenschaftlichen Begleitung</b>	<b>44</b>
10.2.1.	Stichprobe der nicht randomisiert aufgenommenen Klienten mit DIAD Interviewverläufen	44
10.2.2.	Stichprobe der Klienten der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne	45
10.2.2.1.	Intelligenz-Erfassung	46
10.2.2.2.	Persönlichkeitsfragebogen FPI-ARIG	47
10.2.3.	Stichprobe aller Klienten in der SOMOSA	49
10.2.3.1.	Stichprobe der Klienten bei den Befragungen	50
10.2.4.	Globale Beschreibung der Klienten der SOMOSA	50
<b>10.3.</b>	<b>Stichprobe der Mitarbeiter</b>	<b>52</b>
10.3.1.	Stichprobe der Umfrage bei den Mitarbeitern	53
<b>10.4.</b>	<b>Wissenschaftliche Begleitung</b>	<b>54</b>
<b>11.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>55</b>
<b>11.1.</b>	<b>Ergebnisse: Prozessqualität</b>	<b>55</b>
<b>11.2.</b>	<b>Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit (AZ)</b>	<b>55</b>
11.2.1.	Arbeitssituation (AS)	56
11.2.2.	Arbeitszufriedenheit (AZ)	60

<b>11.3.</b>	<b>Konzeptumsetzung (FKS)</b>	65
<b>11.4.</b>	<b>Stationsbeurteilung (SBB)</b>	75
11.4.1.	Ideale und reale SOMOSA - Stationsatmosphäre (SBB)	76
11.4.2.	Vergleich von SOMOSA Profilen mit anderen Institutionen	77
11.4.3.	Varianzanalytischer Vergleich der einzelnen SBB - Skalen	80
<b>11.5.</b>	<b>Wissenschaftliche Begleitung (FWB)</b>	86
11.5.1.	Erwartungshaltungen	86
11.5.2.	Beurteilung der Zusammenarbeit mit der SOMOSA	87
11.5.3.	Beurteilung des Teamklimas	87
<b>11.6.</b>	<b>Ergebnisse: Ergebnisqualität (Outcome)</b>	89
<b>11.7.</b>	<b>DINX, Vergleich Erhebung M1 (Eintritt) und M2 (Austritt, bzw. 30.9.98) aller Klienten der SOMOSA</b>	89
11.7.1.	DINX, Vergleich Erhebung M1 (Eintritt) und M2 (Austritt, bzw. 30.9.98) der Klienten der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne	92
<b>11.8.</b>	<b>Globale Erfolgseinschätzung der Klienten der SOMOSA (GCI)</b>	96
<b>11.9.</b>	<b>Verlaufsveränderungen pro DIAD - Dimension</b>	97
11.9.1.	Zusammenhänge zwischen den Zielprofilen nach 1 Jahr (ZP 1), 5 Jahren (ZP 5) und dem Normprofil (NP) und empirische Ergebnisse	102
<b>11.10.</b>	<b>Zusammenhang der Erfolgsmasse</b>	107
11.10.1.	Zusammenhang der Erfolgsmasse des DINX und GCI Bewertung aller SOMOSA Klienten	107
11.10.2.	Zusammenhänge der Erfolgsmasse des DIAD, DINX und GCI bei Klienten der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne	108
<b>12.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>110</b>
	<b>Literatur</b>	<b>113</b>
	Unterschriften	



## **Anhang**

**Anhang 1: Fragebogen und Erhebungsinstrumente**

**Anhang 2: Abbildungen und Tabellen**

**Anhang 3: Inhaltsverzeichnis (detailliert)**