

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management

Dualer Studiengang Pflege (BA)

**Auswirkungen personenbezogener Hilfen für psychisch
kranke/seelisch behinderte Menschen, nach SGB XII und
SGB IX, auf deren Lebensqualität**

Bachelor-Arbeit

Tag der Abgabe: 1. Juni 2011

Vorgelegt von: Simon Steinwachs

Betreuende Prüfende: Prof. Dr. phil. Uta Gaidys
Zweiter Prüfer: Bernd Dobritsch

Inhaltsverzeichnis

1 Problembeschreibung	1
1.1 Fragestellung	2
1.2 Ziel	2
1.3 Methodik	3
1.4 Aufbau der Arbeit	5
2 Die Lebensqualität von Menschen mit psychischer Erkrankung	6
2.1 Definition von Lebensqualität	6
2.2 Erhebung von Lebensqualität	8
2.3 Der Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Lebensqualität	10
3 Versorgungskonzepte für Menschen mit psychischer Erkrankung	13
3.1 Die ambulante psychiatrische Versorgung in Hamburg	14
3.2 Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII	15
3.2.1 Personenbezogene Hilfen für psychischkranke Menschen	16
3.2.2 Personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen (PPM) in Hamburg	17
4 Einfluss personenbezogener Hilfen für psychisch kranke Menschen auf deren Lebensqualität	18
4.1 Determinanten der Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen	19
4.2 Der Beitrag personenbezogener Hilfen für psychisch kranke Menschen zur Lebensqualität	19
4.3 Die Rolle der Pflegenden in PPM und deren Einfluss auf die Lebensqualität von psychisch kranken Menschen.	23
5 Diskussion	27
6 Schlussfolgerung	30
7 Literaturverzeichnis	32
Anhang	III

1 Problembeschreibung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert den Begriff Gesundheit als einen „[...] Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens [...]“ (WHO 1946, S. 1). Damit wird sie der Entwicklung im Umgang mit chronischen Erkrankungen gerecht, bei dem Gesundheit im biomedizinischen Sinne, also Abwesenheit von Krankheit, nicht mehr im Vordergrund der Therapie steht. Durch die Betonung sozialer und psychischer Aspekte von Gesundheit zielt die Definition auf ein eher biopsychosoziales Krankheitsverständnis ab (Bullinger 2000).

In Anbetracht der steigenden Prävalenz psychischer Erkrankungen gewinnt die Definition der WHO an Relevanz. Im Jahr 2010 lag der Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitstagen bei 12,1%, im Vergleich dazu im Jahr 2005 bei 9,8% (DAK-Gesundheitsreport 2005). Psychische Erkrankungen liegen nach Angaben der DAK auf Platz vier der häufigsten Erkrankungen in Deutschland (DAK-Gesundheitsreport 2011).

Zieht man die WHO-Definition von Gesundheit als Grundlage für die Versorgungsplanung heran, so gilt es, geeignete Bewertungskriterien für Maßnahmen zur Versorgung zu finden. Heilung oder Gesundwerden können gerade bei chronischen Krankheiten nicht als Outcome-Kriterien für Behandlung und Bewältigung gelten (Meyer et al. 2002). Vielmehr ist dadurch die Lebensqualität zu einem Kriterium geworden, um Gesundheitsziele zu bewerten (Koller et al. 2009).

Eine gute Lebensqualität wird als wesentliche Determinante begriffen, das Wohlbefinden zu steigern und sich somit dem Zustand von Gesundheit anzunähern (Meyer et al. 2002). Meyer et. al gehen davon aus, „[...] dass sich das Leiden an psychischen Krankheiten und deren erfolgreiche Bewältigung nicht lediglich mit objektiven diagnostischen Merkmalen erfassen lassen, sondern vielmehr in der subjektiven Lebensqualität nachvollziehbar sind.“ (Meyer et al. 2002, S. 64).

In Hamburg wurden im Jahr 2004 die personenbezogenen Hilfen für psychisch kranke Menschen (PPM) eingeführt. Als wesentliches Ziel der Maßnahme formuliert die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), die

„[...] Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft [...]“ (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2004, S. 1) zu ermöglichen. Die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen trägt neben der Symptombehandlung zur sozialen Integration bei (Meyer et al. 2002).

Die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche ergaben, dass hinsichtlich der Auswirkungen von PPM auf die Lebensqualität psychisch kranker Menschen ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. So waren unter den Veröffentlichungen nur wenige deutsche Studien zu finden, die sich mit der Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen auseinandersetzen und keine, die sich explizit mit den Auswirkungen von PPM auf die Lebensqualität psychisch Erkrankter befassen.

1.1 Fragestellung

Auf der Grundlage des oben dargestellten Forschungsbedarfs, wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, ob die Maßnahmen, die im Rahmen von PPM angeboten werden, eine Auswirkung auf die Lebensqualität psychisch Erkrankter haben. Des Weiteren liegt die Frage zu Grunde, in wie weit Pflegende im Rahmen von PPM einen Einfluss auf die Lebensqualität von psychisch kranken Menschen haben.

1.2 Ziel

Die Ergebnisse der Arbeit können als Bewertung der in PPM angebotenen Leistungen dienen und zu deren Optimierung beitragen. Ferner können die Ergebnisse eine Grundlage für weiterführende Studien darstellen, die durch qualitative und quantitative Untersuchungen in der Lage sind, empirisch fundierte Aussagen über die Lebensqualität von Klienten in einer PPM-Maßnahme zu treffen.

1.3 Methodik

Zur Identifizierung von Prädiktoren für die Lebensqualität psychisch kranker Menschen wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank PubMed durchgeführt. Die Recherche wurde unter Anwendung des PIKE-Schemas (Behrens, Langer 2006) systematisiert (vgl. Anhang 1). Für die vorliegende Untersuchung wurde das Schema der Fragestellung angepasst. Die Kontrollintervention (K) wurde in der Recherche nicht berücksichtigt.

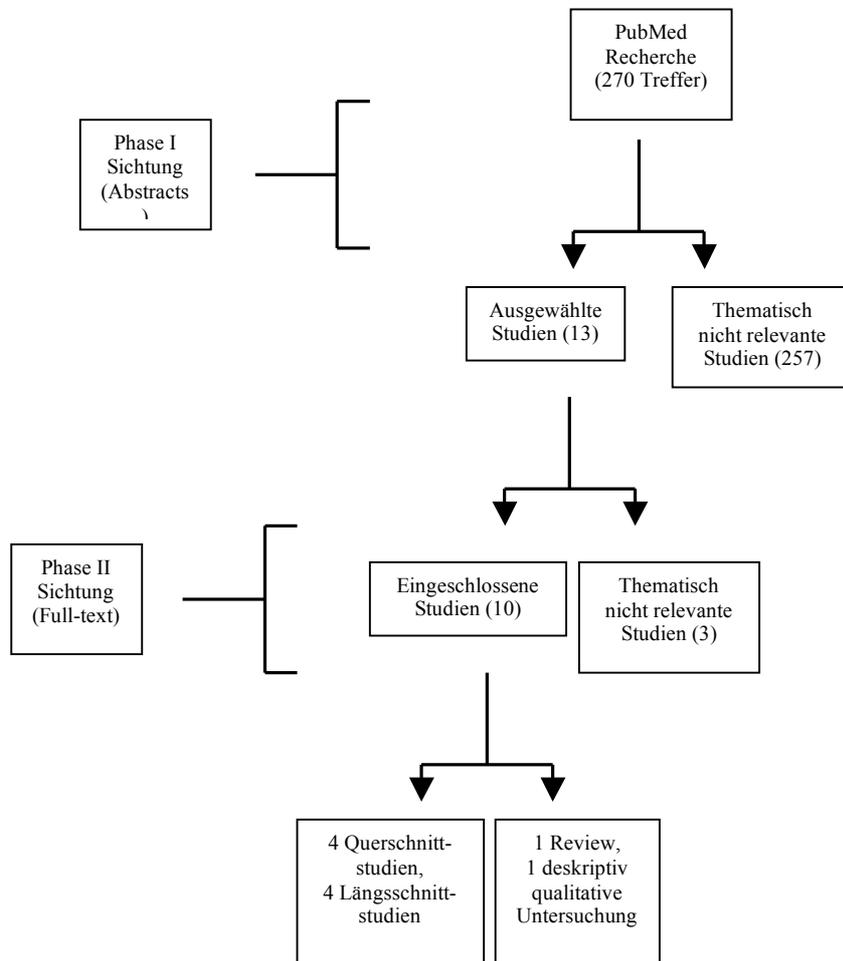
Als Population (P) wurden Menschen mit psychischen Erkrankungen gewählt. Die Population ist bewusst allgemein gehalten, da PPM nicht für eine bestimmte Krankheitsform, sondern für ein breites Spektrum an psychisch erkrankten Menschen entwickelt wurde. Die aus der Fragestellung hervorgehende Intervention (I) bezieht sich auf personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen. Nach einem vergleichbaren englischen Begriff wurde ausgiebig recherchiert. Ein Fachgespräch mit Prof. Dr. Dieter Röh der HAW Hamburg ergab, dass es keinen vergleichbaren englischen Terminus gibt. Der Begriff wurde daraufhin sinngemäß mit dem Mesh-Term „community mental health services“ übersetzt. Darunter fallen alle Interventionen die im gemeindepsychiatrischen Versorgungssetting erbracht werden. Da keine Veröffentlichungen zu PPM in die Untersuchung eingeschlossen werden konnten, wurden auch Gesetzestexte und Veröffentlichungen der Stadt Hamburg zur Beschreibung von PPM hinzugezogen. Endpunkt (E) der Recherche war der Begriff der Lebensqualität. Entsprechend der Spezifizierung von Lebensqualität hin zu gesundheitsbezogener Lebensqualität (vgl. Kapitel 2.1), wurde hier nach „health related quality of life“ gesucht.

Zu den Suchbegriffen wurden die entsprechenden Mesh-Terms der Datenbank recherchiert und für die weiterführende Literaturrecherche verwendet (vgl. Anhang 2).

Die Trefferanalyse erfolgte anhand festgelegter Kriterien. So wurden Studien ohne Abstract nicht berücksichtigt. Es wurden nur Studien in englischer und deutscher Sprache einbezogen. Wie das Flowchart in Abbildung 1 zeigt, ergab die Recherche nach dem PIKE-Schema 270 Treffer. In Phase I wurden nach Durchsicht der Titel und Abstracts 13 Studien in die weitere Analyse eingeschlossen. In Phase II wurde von den verbleibenden 13 Studien der Full-text gesichtet. Daraufhin wurden weitere drei Studien ausgeschlossen, da sie für die Fragestellung nicht von Relevanz waren.

So wurden insgesamt zehn Studien in die vorliegende Untersuchung eingeschlossen.

Abbildung 1: Flowchart Literaturrecherche



Neben der systematischen Literaturrecherche wurde in den Katalogen verschiedener Universitäten und in fachspezifischen Zeitschriften recherchiert.

Auf Basis der Quellen wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung defizitäre Determinanten der Lebensqualität psychisch Erkrankter den angebotenen Leistungen personenbezogener Hilfen für psychisch kranke Menschen gegenüber gestellt und verglichen.

Urteilsgrundlage der Untersuchung bildet die folgende Definition von Brunswig (1910): „Zwei Objekte zu vergleichen heißt: sie aufmerksam nacheinander mit spezieller Hinsicht auf ihr gegenseitiges Verhältnis [zu] betrachten“ (Brunswig 1910,

S. 62). Er sieht die vergleichende Tätigkeit in Abgrenzung zur „eingliedrigen Relationswahrnehmung“ (Brunswig 1910, S. 61). Das Auftreten eingliedriger Relationserlebnisse ist laut Brunswig auf die hohe objektive Auffälligkeit der Relation und die räumliche oder zeitliche Nachbarschaft der wahrgenommenen Unterschiede zurückzuführen. Als Beispiel dafür nennt der Autor die Wahrnehmung von Temperaturunterschieden. Das zentrale Merkmal der Vergleichstätigkeit, im Unterschied zur Relationswahrnehmung, liegt in der „[...] absichtsgemäßen sukzessiven Auffassung beider Vergleichsobjekte selbst“ (Brunswig 1910, S. 62).

Die gewählte Definition ist offen formuliert und vielseitig interpretierbar. Für die vorliegende Arbeit bietet sie keine methodische Leitlinie. Brunswigs Beschreibung der vergleichenden Tätigkeit wird lediglich als Arbeitsdefinition und damit als Urteilsgrundlage verwendet.

Um den Einfluss der Pflege hinsichtlich der Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen zu zeigen, wurde die Recherchestrategie angepasst und erneut eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank PubMed durchgeführt (vgl. Anhang 3 und 4). Die Kriterien der Trefferanalyse wurden beibehalten. Aufgrund der Studienlage wurden ebenfalls Erklärungsansätze aus gesetzlichen Grundlagen und Pflegetheorien für die Bearbeitung der Fragestellung hinzugezogen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Der Begriff der Lebensqualität ist vielseitig auslegbar (vgl. Koller et al. 2009; Bullinger 1997). Zur Schaffung einer Arbeitsgrundlage wird er in Kapitel 2 zunächst für die Zwecke dieser Untersuchung definiert. Zur Erhebung von Lebensqualität stehen Wissenschaftlern zahlreiche Messinstrumente zur Verfügung, von denen einige dort vorgestellt werden. Zudem werden an dieser Stelle die Schwierigkeiten der Datenerhebung thematisiert. Zuletzt wird der Forschungsstand zur Lebensqualität psychisch kranker Menschen abgebildet um den Zusammenhang von psychischer Erkrankung und Lebensqualität aufzuzeigen.

In Kapitel 3 wird PPM kontextuell im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem dargestellt.

Im vierten Teil der Arbeit wird der in Kapitel 2 abgebildete Forschungsstand zu Determinanten der Lebensqualität psychisch kranker Menschen zusammengefasst

und in Kapitel 4.2 mit dem Leistungskatalog von PPM verglichen. Zudem wird in Kapitel 4.3 die Rolle der Pflege in PPM aufgezeigt um daraufhin den Einfluss Pflegenden auf die Lebensqualität psychisch kranker Menschen im Rahmen von PPM zu veranschaulichen.

In Kapitel 5 werden die Ergebnisse und die Methodik der vorliegenden Untersuchung kritisch diskutiert und die Limitationen dargelegt. Darauf aufbauend folgt in Kapitel 6 eine Schlussfolgerung.

Zur Vereinfachung der Darstellung wird im Weiteren auf die weibliche Form verzichtet. In jedem Fall ist jedoch implizit auch die weibliche Person gemeint.

2 Die Lebensqualität von Menschen mit psychischer Erkrankung

Die Lebensqualitätsforschung im psychiatrischen Setting hat sich im Vergleich zum somatischen Bereich eher spät entwickelt (Bullinger-Naber, Naber 1999). Bullinger-Naber und Naber führen dafür unterschiedliche Gründe an. Die Überzeugung, „[...] dass in der Psychiatrie schon immer und essentiell die Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit der Patienten von Interesse war, weil diese Bereiche die Symptome der psychiatrischen Erkrankungen darstellen [...]“ (Bullinger-Naber, Naber 1999, S. 237) führe dazu, dies mit der individuell erlebten Lebensqualität gleichzusetzen.

In Kapitel 2.3 wird gezeigt, dass die Lebensqualität psychisch kranker Menschen mittlerweile jedoch in den Fokus unterschiedlicher Forschungsvorhaben gerückt ist.

2.1 Definition von Lebensqualität

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF e. V.) hat im Jahr 2009 ein Memorandum zur Erfassung der Lebensqualität in der Versorgungsforschung verabschiedet (Koller et al. 2009). Darin heißt es, dass „Lebensqualität innerhalb der Gesundheitswissenschaften [...] das subjektive Befinden und Handlungsvermögen im körperlichen, im psychischen und im sozialen Bereich [umfasst] [...]“ (Koller et al. 2009, S. 867). Im Rahmen der Versorgungsforschung sieht das DNVF e. V.

„Lebensqualität stets in Bezug auf Gesundheit (health related quality of life, HRQL) und/oder Krankheit (krankheitsbezogene Lebensqualität)“ (Koller et al. 2009, S. 867). Gesundheitsbezogene Lebensqualität beschreibt „Aspekte des Befindens und Handlungsvermögens von Personen [...] welche unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden bzw. chronisch krank sind“ (Bullinger et al. 2000, S. 11). Dem gegenüber steht der sozialwissenschaftliche Lebensqualitätsbegriff. Glatzer und Zapf (1984) prägten den Begriff der individuellen Wohlfahrt. Für sie stand die „[...] Konstellation der einzelnen Lebensbedingungen [Einkommen, Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, Familienbeziehungen und soziale Kontakte, Gesundheit, soziale und politische Beteiligung] und der Komponenten des subjektiven Wohlbefindens [...]“ (Glatzer, Zapf 1984, S. 23) im Fordergrund ihrer Untersuchungen.

Subjektives Erleben von medizinischen und sozial-ökonomischen Belangen kann durch die Erhebung gesundheitsbezogener Lebensqualität abgebildet werden. Dadurch wird gesundheitsbezogene Lebensqualität zu einem zentralen Endpunkt innerhalb der Versorgungsforschung und einem wichtigen Outcome-Kriterium für die Beurteilung von Versorgungsangeboten (Koller et al. 2009).

Hinsichtlich der Beurteilung der Auswirkungen von PPM auf die Lebensqualität ergibt sich, dass in diesem Zusammenhang die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vordergrund der Untersuchung steht.

Aus der besonderen Ausrichtung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf das subjektive Erleben bestimmter Einschränkungen durch Krankheit oder Störung, kann sich jedoch ein Problem ergeben. Von Mensch zu Mensch unterscheiden sich die Qualitätskriterien bezüglich des Lebens. Bullinger (2000) geht davon aus, dass auch das Handlungsvermögen von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in die Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einfließt. Dem gegenüber steht die Aussage Benners: „Quality of life can be approached from the perspective of quality of being, and does not need to be approached merely from the perspective of doing and achieving“ (Benner 1985, S. 5). Die Beurteilung von Lebensqualität hängt demnach nicht zwangsläufig von der Funktionsfähigkeit einer Person ab. Lebensqualität kann sich auch in der Qualität des bloßen Seins widerspiegeln. Benner ist der Meinung, dass insbesondere Krankheit und Gesundheit interpretativ hermeneutisch erfasst werden sollte: „Hermeneutics [...] is a holistic strategy

because it seeks to study the person in the situation rather than isolating person variables and situation variables and then trying to put them back together“ (Benner 1985, S. 1).

2.2 Erhebung von Lebensqualität

Lebensqualität kann auf unterschiedliche Weise erhoben werden. Forschern stehen hierfür eine Vielzahl an Messinstrumenten zur Verfügung (Koller et al. 2009).

Der Fokus, insbesondere bei der Ermittlung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, richtet sich auf die subjektive Sicht der Betroffenen. Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein „änderungssensitives Phänomen“ (Bullinger et al. 2000, S. 12). Daraus folgt, dass diejenigen Aspekte von besonderer Bedeutung sind, die sich beeinflussen und verändern lassen. Die Einschätzung der Lebensqualität erfolgt in der Regel durch die Betroffenen selbst. Dieser Subjektbezug hat einen großen Einfluss auf das Realitätsniveau der Messung (Bullinger et al. 2000).

Die subjektive Lebenssituation mit ihren spezifischen Erlebnis- und Bewertungsinhalten ist für die Messung von großer Bedeutung. Es existiert daher kein allgemeingültiges Messinstrument zur Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität. Vielmehr gibt es eine große Anzahl unterschiedlicher Instrumente, die der Forschungsfrage entsprechend ausgewählt werden müssen (Koller et al. 2009). Messinstrumente, mit denen die Lebensqualität erhoben wird, müssen das Beschwerdebild der Studienpopulation abbilden können und werden daher anhand ihrer inhaltlichen Schwerpunkte klassifiziert (Koller et al. 2009, Bullinger 2000). Bei den Messinstrumenten wird zwischen krankheitsübergreifenden (generischen) und krankheitsspezifischen unterschieden. Daneben wird nach der Gewichtung der verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität differenziert (Koller et al. 2009).

Zu den wichtigsten Messinstrumenten gehören das World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100) (WHOQOL Group 1998), der SF-36 Health Survey (Ware, Sherbourne 1992) und das Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP) (Oliver et al. 1997).

Letzteres ist ein krankheitsspezifisches Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität psychisch kranker Menschen (Bullinger-Naber, Naber 1999). Dabei handelt es sich um ein strukturiertes Interview, mit Hilfe dessen ein Selbstbericht der Interviewten angestrebt wird. Dabei werden sowohl subjektive als auch objektive Aspekte der Lebensqualität erfragt. Insgesamt umfasst das Interview 100 Items, die in neun Bereiche eingeteilt sind. Dazu gehören die Lebenssituation, Familie, soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten, Arbeit und Bildung, Finanzen, persönliche Sicherheit, Gesundheit und Religion (Oliver et al. 1997). Das LQOLP wird häufig zur Erhebung von Lebensqualität psychisch kranker Menschen im gemeindenahen Setting verwendet (Hansson 2006; Ruggeri et al. 2005; Hansson et al. 2003; Bengtsson-Tops, Hansson 1999).

Der SF-36 Health Survey hingegen ist generisch konzipiert und basiert auf einem Fragebogen mit 36 Items, die in acht Dimensionen der subjektiven Lebensqualität abgefragt werden: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden (Bullinger 2000, Ware, Sherbourne 1992).

Durch den SF-36 Health Survey wird ein Selbstbericht der Befragten zur subjektiven Lebensqualität angestrebt.

Das WHOQOL-100 ist im Vergleich zu den anderen Messinstrumenten von besonderer Bedeutung, da an seiner Entwicklung fünfzehn Nationen beteiligt waren. Die Entwicklung des WHOQOL-100 fand in all diesen Staaten simultan statt und wurde nicht, wie sonst üblich, erst im Nachhinein übersetzt (WHOQOL Group 1998). Ziel dieser Strategie war es, einen interkulturellen Fragebogen zu entwickeln. Dazu wurden Forscher aus allen fünfzehn Ländern zu gleichen Teilen in die Entwicklung der Items einbezogen. Schlussendlich konnten 100 Items identifiziert werden, die für alle Beteiligten gleichermaßen von Bedeutung waren (WHOQOL Group 1998). Aus der interkulturellen Entwicklung ging somit ein generischer Fragebogen hervor, dessen 100 Items zur Selbstbeurteilung der Lebensqualität dienen (Koller et al. 2009).

2.3 Der Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Lebensqualität

Eine Vielzahl von Studien (Hansson 2006; Ruggeri et al. 2005; Hansson et al. 2003; Bengtsson-Tops, Hansson 1999) basiert auf dem Lebensqualitätsmodell Lehmanns (1988). Dieses Modell betrachtet „[...] the experience of general well-being as a product of personal characteristics, objective life conditions in various life domains, and satisfaction with life conditions in these various domains“ (Lehman 1988, S. 52). Um die individuelle Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen zu erheben, werden nach Lehman unterschiedliche aktuelle Lebensereignisse ausgewertet, die eine Auswirkung auf die Wahrnehmung der Lebensqualität haben können (Lehman 1988). Als besonders geeignetes Instrument zur Messung der Lebensqualität psychisch kranker Menschen im gemeindenahen Versorgungssetting erscheint dabei das LQOLP (Hansson 2006; Ruggeri et al. 2005; Hansson et al. 2003; Bengtsson-Tops, Hansson 1999).

In die vorliegende Untersuchung konnte nur eine deutsche Veröffentlichung eingeschlossen werden (Leißle, Kallert 2003). Dies lässt Rückschlüsse darauf zu, dass im Bereich der Lebensqualitätsforschung von psychisch kranken Menschen im gemeindenahen Versorgungssetting in Deutschland ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. Mit der Internationalität der eingeschlossenen Studien geht indes auch eine Einschränkung einher. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse, insbesondere bedingt durch unterschiedliche Versorgungssettings, ist eingeschränkt. Bei der Übertragung der Ergebnisse ins deutsche Versorgungssystem ist dies zu berücksichtigen.

Der psychopathologische Zustand von Menschen mit einer psychischen Erkrankung hat einen starken Einfluss auf deren Lebensqualität. Mehrere Untersuchungen zeigten, dass sich insbesondere die depressive Symptomatik und Angstzustände negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirken (Bengtsson-Tops, Hansson 1999; Narvaez et al. 2008; Meijer et al. 2009; Hansson et al. 2003).

Auch Hansson (2006) identifiziert signifikante negative Korrelationen zwischen der Psychopathologie psychisch kranker Menschen und deren Lebensqualität. Diese Aussage wird durch eine Studie von Narvaez et al. (2008) gestützt. Die Autoren

fanden in ihrer Querschnittsstudie von n=88 an Schizophrenie erkrankten Teilnehmern heraus, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen depressiven und negativen Symptomen und der Lebensqualität der Betroffenen besteht. Sie bezeichnen psychiatrische Symptome als „the best independent predictors of subjective and objective QOL [quality of life] in schizophrenia“ (Narvaez et al. 2008, S. 5). Aufgrund der kleinen Studienpopulation besteht jedoch ein erhöhtes Risiko einen Fehler zweiter Art zu begehen. Dies muss bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden. Eine Untersuchung mit einer größeren Studienpopulation von n=143 Teilnehmern durch Meijer et al. (2009) belegen diese Ergebnisse. Die Autoren erreichten mit einem Follow-up von 78% ein befriedigendes Ergebnis und konnten somit die Validität ihrer Ergebnisse unterstreichen (Behrens, Langer 2006).

Bengtsson-Tops und Hansson (1999) fanden heraus, dass psychisch kranke Menschen als Randgruppe der Gesellschaft leben und nur eingeschränkt in das gesellschaftliche Leben eingebunden sind.

Trompenaars et al. (2007) stellten in einer Querschnittsstudie mit n=410 Teilnehmern einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der Funktionsfähigkeit in verschiedenen sozialen Rollen psychisch kranker Menschen fest. Die soziale Funktionsfähigkeit wurde mit dem 15 Dimensionen umfassenden Groningen Social Behavior Questionnaire-100 (GSBQ-100) erhoben. Insbesondere in den Dimensionen Selbstpflege, Alleinleben, Beziehung zu Verwandten und tägliche Aktivitäten wurden erhebliche Probleme in der Studienpopulation festgestellt. Aufgrund des Studiendesigns konnten die Autoren jedoch keine Aussagen über kausale Zusammenhänge machen.

Der Einfluss sozialer Indikatoren auf die Lebensqualität wurde durch die Untersuchung von Meijer et al. (2009) bestätigt. Auch Leißle und Kallert (2003) stellten in einer Längsschnittuntersuchung von n=83 Menschen mit chronisch schizophrener Störung einen signifikanten Einfluss psychosozialer Störungen auf die Lebensqualität fest.

In einer Längsschnittstudie mit n=251 Teilnehmern fanden Lasalvia et al. (2005) einen signifikanten Einfluss sozialer Bedürfnisse auf die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen. Demnach wirken sich nichtbefriedigte Bedürfnisse bezüglich sozialer Netzwerke, insbesondere vertraulicher Beziehungen, negativ auf die Lebensqualität aus. Die Autoren sehen hier einen Ansatz für Interventionen und

empfehlen, von Klienten geäußerte Bedürfnisse als Grundlage für die Planung von Interventionen zu nutzen. Die Einbindung von Klienten in die Planung wird durch Ruggeri et al. (2005) bekräftigt, die feststellten, dass die Zufriedenheit mit der erhaltenen Intervention einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität psychisch kranker Menschen hat.

Hedberg und Skärsäter (2009) kommen in ihrer qualitativ-deskriptiven Untersuchung von n=12 psychisch kranken Personen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass soziale Kontakte für ihre Studienpopulation eine wichtige Voraussetzung sind, um ein Zugehörigkeitsgefühl zu entwickeln und ein Gefühl von Gleichberechtigung zu bekommen.

Auch Hansson (2006) kommt in einem Review zu dem Schluss, dass die Lebensqualität stark mit der Qualität des sozialen Netzwerks der psychisch kranken Menschen in Verbindung steht. Negative soziale Interaktionen, wie Stigmatisierung auf Grund der psychischen Erkrankung, stehen demnach mit einer geminderten Lebensqualität in Verbindung. Da diese Sekundärstudie jedoch nur wenig Aufschluss über die Methodik der Arbeit gibt, muss ihre Aussagekraft in Frage gestellt werden. Der Autor trifft weder Aussagen über die Strategie der Recherche und die Kriterien zur Auswahl der Studien, noch über ihre Auswertung und Analyse. Es scheint sich demnach nicht um eine systematische Übersichtsarbeit zu handeln (Behrens, Langer 2006).

Auch Meijer et al. (2009) vermuten, dass fehlende soziale Beziehungen und unausgefüllte gesellschaftliche Rollen Gründe für mangelndes Selbstbewusstsein bei schizophrenen Menschen sein können. Erfahrene Stigmatisierung bezüglich der psychischen Einschränkung wird ebenfalls als ein Grund für gemindertem Selbstwertgefühl benannt. Einschränkungen im Selbstbewusstsein haben einen starken Einfluss auf die Lebensqualität von psychisch kranken Menschen (Meijer et al. 2009; Hansson 2006; Ruggeri et al. 2005). Einige Dimensionen der subjektiven Lebensqualität, wie zum Beispiel Freizeit, soziale Beziehungen und Gesundheit, werden wiederum durch den Faktor Selbstbewusstsein beeinflusst (Ruggeri et al. 2005).

Es lässt sich feststellen, dass die Lebensqualität von an Schizophrenie erkrankten Menschen häufiger Gegenstand aktueller Forschungsvorhaben im gemeindepsychiatrischen Setting ist, als die von Menschen mit anderen psychischen

Erkrankungen (Meijer et al. 2009; Narvaez et al. 2008; Hansson et al. 2003). Bei der Generalisierung der Ergebnisse auf die allgemeine Population psychisch kranker Menschen ist diese Erkenntnis zu berücksichtigen.

Auffällig ist ebenfalls, dass unter den in die vorliegende Untersuchung eingeschlossenen Veröffentlichungen keine Interventionsstudien zu finden sind. Dagegen werden häufig Zusammenhänge zwischen bestimmten Determinanten und der Lebensqualität psychisch kranker Menschen untersucht (Meijer et al. 2009; Trompenaars et al. 2007; Hansson et al. 2003). Die Auswirkungen spezifischer Interventionen im gemeindepsychiatrischen Bereich scheinen hingegen nicht im Fokus aktueller Forschungsvorhaben zu liegen. Insbesondere für PPM deutet dieses Ergebnis auf einen erheblichen Forschungsbedarf hin.

Ein Zusammenhang soziodemographischer Merkmale psychisch kranker Menschen und deren Lebensqualität konnte nicht nachgewiesen werden. Hansson (2006) bezeichnet diese Feststellung als evident.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich anhand der Literaturanalyse ein indirekter Einfluss psychischer Erkrankungen auf die Lebensqualität der Betroffenen zeigt. So geben die dargestellten Studien Aufschluss darüber, wie die Lebensqualität psychisch Erkrankter durch unterschiedliche körperliche, soziale und persönliche Faktoren beeinflusst wird.

3 Versorgungskonzepte für Menschen mit psychischer Erkrankung

1975 wurde in der Bundesrepublik Deutschland die sogenannte Psychiatrie-Enquête durchgeführt. Hierzu verfasste eine Sachverständigen-Kommission einen Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD und legte ihn dem deutschen Bundestag vor. Die Versorgung psychisch kranker Menschen wurde darin als „[...] dringend verbesserungsbedürftig [...]“ (Bundesdrucksache 7/4200, S. 6) beschrieben. Die Psychiatrie-Enquête gilt als Meilenstein in der Geschichte der Deinstitutionalisierung der Psychiatrie in Deutschland und gab den Anstoß für die Reformierung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland (Dörner 2010).

Heute gilt der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘, der in den Sozialgesetzbüchern festgeschrieben ist, die die Versorgung psychisch kranker Menschen maßgeblich regeln (§ 39 SGB V, §3a SGB XII).

Wichtiger Auftrag der Sozialpolitik ist es, „[...] psychisch Kranke oder Behinderte zu befähigen, in einer eigenen Wohnung in der Enabling Community zu leben, also pragmatisch gesehen, mit möglichst wenig Institution (Heim) auszukommen“ (Dörner 2010). Dörner sieht hier die Phantasie der Sozialprofessionellen gefragt, entsprechende Konzepte zu entwickeln. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass „[...] die Strategie ‚ambulant vor stationär‘ komplexe Ansprüche an die Entwicklung nicht stationärer Pflege- und Hilfearrangements stellt“ (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. 2010, S. 147). Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (2010) weist in seinem Gutachten „Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld“ darauf hin, dass die Kommunen und andere relevante Akteure mit innovativen Projekten auf die Ambulantisierung reagieren müssen.

3.1 Die ambulante psychiatrische Versorgung in Hamburg

Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt kann ambulante psychiatrische Pflege (APP) ärztlich verordnet werden. Zur „[...] Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und zur Sicherstellung der Behandlung [...]“ (Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege 2008, S. 3) können psychisch kranke Menschen bis zu vier Monate durch Pflegekräfte ambulant betreut werden. Die ambulante psychiatrische Pflege wird von einem Psychiater verschrieben und basiert auf der gesetzlichen Grundlage von § 37 SGB V. Die Angebote finden in der häuslichen Umgebung der Betroffenen statt. Dadurch soll gewährleistet werden, dass der Betroffene in seinem sozialen Umfeld (re)integriert werden kann. Die Leistungen umfassen die Bewältigung von Alltagssituationen wie Einkaufen, Kochen oder Körperpflege und reichen bis hin zur Krisenintervention. APP soll dem Betroffenen helfen einen aktiven Umgang mit seiner Erkrankung zu finden. Angehörige sowie das soziale Umfeld sollen in die Angebote mit einbezogen werden um ein Verständnis für die Erkrankung erlangen (Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege 2008).

Neben APP gibt es in Hamburg Leistungen der Eingliederungshilfe. Die Angebote für psychisch erkrankte Menschen sind in das ambulant betreute Wohnen (BeWo) und die personenbezogenen Hilfen für psychisch kranke Menschen (PPM) unterteilt.

Das BeWo orientiert sich am persönlichen Bedarf der Betroffenen. Neben Einzel- und Gruppenbetreuung in der eigenen Wohnung können die Leistungen auch in den Räumlichkeiten des Anbieters in Form von themenzentrierten Gruppen oder ähnlichen Angeboten im Rahmen eines so genannten „Offenen Treffs“ stattfinden (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg).

Die Leistungen von PPM konzentrieren sich auf Unterstützungen im eigenen Wohnraum und haben die Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben sowie deren Selbstständigkeit zum Ziel (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2004).

3.2 Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist im Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe (SGB XII) geregelt. Darin heißt es, dass es „Aufgabe der Sozialhilfe ist [...], den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht“ (§1 SGB XII). Die angebotenen Leistungen sollen betroffene Menschen dazu befähigen, weitestgehend unabhängig von ihnen leben zu können.

Nach § 9 SGB XII richten sich die Leistungen nach dem besonderen Bedarf der Leistungsberechtigten und nach dessen Kräften und Mitteln.

Die Sozialhilfe umfasst nach § 8 folgende Leistungen:

1. Hilfe zu Lebensunterhalt (§§ 27 bis 40)
2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 bis 46)
3. Hilfe zur Gesundheit (§§ 47 bis 52)
4. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 bis 60)
5. Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66)
6. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 bis 69)
7. Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 bis 74)

Die Leistungsberechtigten werden in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX genauer definiert. Demnach handelt es sich um Menschen, die durch „[...] ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt [sind]“ (SGB IX).

Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden in § 54 SGB XII beschrieben. Dazu gehören ebenfalls die Leistungen nach §§ 26, 33, 41 und 55 SGB IX. Es handelt sich dabei um Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX), Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen (§ 33 SGB IX) sowie Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (§ 41 SGB IX). In § 55 SGB IX sind Leistungen zur Teilhabe in der Gesellschaft beschrieben. Des Weiteren sind in § 54 SGB XII Hilfen zur angemessenen Schulbildung, zur Ausbildung, zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlich verordneter Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben geregelt.

3.2.1 Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung

Der Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988) und die Psychiatrie-Enquête (Deutscher Bundestag 1975) haben die Reform der psychiatrischen Versorgung in Deutschland maßgeblich beeinflusst (Dörner 2010). Aus den Berichten ergibt sich als zentrales Ziel die Etablierung gemeindeintegrierter Hilfesysteme für psychisch kranke Menschen. Den Hilfeempfängern soll trotz schwerer Einschränkungen ermöglicht werden, in ihrem gewohnten Umfeld zu leben (Bundesdrucksache 7/4200, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988).

Kunze (1997) beschreibt dieses Ziel als einen Paradigmenwechsel hin zu einem „[...] personenzentrierten Umbau der bisher einrichtungszentrierten Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen“ (Kunze 1997, S. 17). Gemeint sind die Ergebnisse der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung (Bundesministerium für Gesundheit 1999).

„Einrichtungszentrierte Rehabilitation und Eingliederung wirkt rehabilitations- bzw. eingliederungsbehindernd, ist deshalb nicht bedarfsorientiert und damit auch nicht wirtschaftlich“ (Kunze 1997, S. 20). Dementsprechend wurde von der Kommission ein Ansatz entwickelt, bei dem der Hilfebedarf personenzentriert ermittelt wird (Kunze 1997). Kunze entwickelt auf dieser Grundlage ein Konzept, in dem die selbstbestimmte Lebensform einer Person, also die eigene Wohnung, „[...] als Fix- und Angelpunkt für Rehabilitation und Eingliederung“ (Kunze 1997, S. 20) genutzt wird. Die personenzentrierte Bedarfsplanung orientiert sich dabei an den Fähigkeiten und Selbsthilfepotentialen der betroffenen Person. Nichtpsychiatrische Hilfen werden von der Wohnung aus erschlossen, wobei die Klienten Anleitung, Beratung und Unterstützung erhalten (Kunze 1997).

Als Grund für diesen Paradigmenwechsel neben der fachlichen Ebene nennt Kunze die Umgestaltung der Finanzierung im Gesundheits- und Sozialbereich: Vorhaltekosten für Einrichtungen werden nicht mehr finanziert und stattdessen durch Entgelte für vereinbarte Leistungen mit definierter Qualität ersetzt (Kunze 1997).

Im Freistaat Thüringen ist die „Implementation personenzentrierter Leistungen in der psychiatrischen Versorgung“ in einem Projektversuch gelungen und wurde auch über die Projektgrenzen hinweg verstetigt (Krüger, Fröhlich 2010).

3.2.2 Personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen (PPM) in Hamburg

Im Jahr 2004 wurden in Hamburg personenbezogene Hilfen für psychisch kranke beziehungsweise seelisch behinderte Menschen (PPM) eingeführt. PPM ist eine ambulante Leistung „[...] zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen helfen soll, in ihrer eigenen Häuslichkeit selbstständig und möglichst unabhängig von Leistungen nach dem zwölften Sozialgesetzbuch zu leben“ (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2004).

Des Weiteren sollen durch PPM teilstationäre und stationäre psychiatrische Hilfen vermieden, die Entwicklung zur Selbstständigkeit und Eigenverantwortung gefördert sowie vorhandene Fähigkeiten unterstützt werden. Durch PPM sollen psychisch

krank Menschen Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung erwerben und die Mobilität und Orientierung in der Wohnung und am Wohnort hergestellt sowie das soziale und Arbeitsumfeld gestaltet werden. Die angebotenen Leistungen sollen unterstützend auf die Gestaltung des Wohnumfeldes und der Freizeit wirken (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2004). Die Leistungen werden von den Einrichtungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII erbracht (Leistungskatalog vgl. Kapitel 4.2). Die Vereinbarungen über Leistung, Vergütung und Prüfung werden mit dem Träger der Sozialhilfe getroffen und können in Form von Beratung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung und Anleitung gewährt werden (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2004).

Zu berechtigten Empfängern von PPM zählen volljährige psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, die nach § 53 Abs. 1 SGB XII „[...] wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind [...].“ Die Personen müssen im eigenen Haushalt leben und dürfen keine stationäre oder teilstationäre psychiatrische Maßnahme in Anspruch nehmen.

Der individuelle Bedarf an Leistungen wird in einem Gesamtplan ermittelt und festgehalten. Inhaltlich und zeitlich orientiert sich der Bedarf an den Fähigkeiten der betroffenen Person. Der Gesamtplan wird gemeinsam vom Träger der Sozialhilfe mit dem psychisch kranken Menschen erstellt. Angehörige, Vertrauenspersonen oder Betreuer können hinzugezogen werden, „[...] so dass die Beurteilung der aktuellen Lebenssituation der Betroffenen und die Vereinbarung mittel- und langfristig erreichbarer Ziele möglich ist“ (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2004a).

4 Einfluss personenbezogener Hilfen für psychisch kranke Menschen auf deren Lebensqualität

Wie in Kapitel 2.3 dargestellt, ist die Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung erheblich eingeschränkt. Die Defizite bestehen in unterschiedlichen Bereichen des Lebens und werden durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Ob personenbezogene Hilfen einen Einfluss auf die Lebensqualität psychisch kranker Menschen haben wurde noch nicht systematisch

erhoben. Im Folgenden wird der Einfluss der angebotenen Leistungen im Rahmen von PPM auf die Determinanten der Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen untersucht.

4.1 Determinanten der Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen

Die Literaturanalyse zeigte einen indirekten Einfluss psychischer Erkrankungen auf die Lebensqualität der Betroffenen. Die beschriebenen Faktoren werden im Folgenden als Determinanten der Lebensqualität zusammengefasst.

Die Schwere der psychopathologischen Symptomatik hat einen starken Einfluss auf die Lebensqualität psychisch kranker Menschen. Depressive Symptome sowie Angstzustände führen zu Einschränkungen in der Lebensqualität (Narvaez et al. 2008).

Soziale Beziehungen, insbesondere vertrauliche Beziehungen, werden als Bedürfnisse psychisch kranker Menschen benannt. Können diese Bedürfnisse nicht erfüllt werden, so haben sie einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität (Lasalvia 2005). Auch negative soziale Interaktionen wie Stigmatisierung können zu einer Minderung der Lebensqualität beitragen (Meijer 2009). Zusammenfassend wird durch Hansson (2006) konstatiert, dass psychisch erkrankte Menschen in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eingeschränkt sind und ihre sozialen Rollen nur bedingt ausfüllen können.

4.2 Der Beitrag personenbezogener Hilfen für psychisch kranke Menschen zur Lebensqualität

Die Unterstützungsangebote können in Form von Beratung, Motivation, Begleitung, Unterstützung und Anleitung erbracht werden (Stadt Hamburg 2004). Der Hilfenkatalog ist in direkte und indirekte personenbezogene beziehungsweise nicht personenbezogene Leistungen gegliedert.

Direkte personenbezogene Leistungen werden in unmittelbarem Kontakt mit der betroffenen Person erbracht. Folgende Bereiche werden dabei umfasst:

- „Aktivitäten des täglichen Lebens,
- Umgang mit Behörden, Ämtern und Institutionen,
- Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit,
- Alltagsbewältigung,
- Tages- und Kontaktgestaltung,
- Teilnahme am öffentlichen Leben,
- Mobilität,
- Bildung und Arbeit und
- Nachbetreuung zur Sicherung des Erfolges“ (Stadt Hamburg 2004, S. 3).

Art und Umfang der direkten personenbezogenen Unterstützungsangebote werden auf Grundlage der im Gesamtplan erarbeiteten Ziele festgelegt (Stadt Hamburg 2004). Daher sind die entsprechenden Leistungsbereiche nicht näher beschrieben und lassen auf Grundlage der im Gesamtplan festgehaltenen Bedürfnisse und Probleme des Betroffenen Raum für eine individuelle Ausgestaltung der Hilfeleistungen. Dadurch wird die Wichtigkeit des Gesamtplans für Betroffenen unterstrichen. Die Untersuchung der Leistungen wird jedoch durch die ungenaue Beschreibung erschwert.

Indirekt personenbezogene Leistungen werden für die betroffene Person erbracht. Es handelt sich dabei beispielsweise um „[...] stellvertretende Regelung mit anderen Personen / Organisationen / Behörden“ (Stadt Hamburg 2004, S. 3). Die nicht personenbezogenen indirekten Leistungen sind im weitesten Sinne administrative und Verwaltungstätigkeiten, „[...] die als Voraussetzung für personenbezogene Leistungen notwendig sind“ (Stadt Hamburg 2004, S. 3).

Im Folgenden wird gezeigt, wie im Rahmen der oben beschriebenen Leistungsbereiche die Determinanten der Lebensqualität beeinflusst werden können.

Psychopathologische Symptome

Depressive Symptome zeigen sich häufig in „ [...] gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und einer Verminderung des Antriebs“ (Dilling et al. 2005, S. 139). Weitere häufig auftretende Symptome sind verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit sowie ein eingeschränktes Selbstwertgefühl und

Selbstvertrauen. Darüber hinaus sind negative und pessimistische Zukunftsperspektiven typisch für depressive Verstimmungen (Dilling et al. 2005).

Neben medikamentöser und psychotherapeutischer Versorgung stehen die sozialen Auslösebedingungen im Fokus der Behandlung. Dazu gehören unterschiedlichste Faktoren, wie beispielsweise Arbeitslosigkeit oder der Verlust von sozialen Beziehungen. Interventionen sollten sich an den individuellen sozialen Problemen der Betroffenen orientieren (Zaudig et al. 2006).

Die Leistungsbereiche von PPM bieten vielfältige Interventionsmöglichkeiten um depressiven Symptomen zu begegnen. So ist zu bemerken, dass die Leistungen auch in Form von Motivation erbracht werden können. So kann beispielsweise bei Antriebslosigkeit ein motivierender Einfluss zur Steigerung der Aktivität des Betroffenen beitragen. Des Weiteren ist eine unterstützende Tagesgestaltung der Antriebssteigerung dienlich. Ein strukturierter Tagesablauf ist besser zu überschauen und bietet die Möglichkeit, die Ziele des Tages zu systematisieren. Dem Verlust von Interessen kann ebenfalls durch eine tagesstrukturierende Maßnahme begegnet werden, indem gezielt Freizeitaktivitäten geplant und gegebenenfalls begleitet werden.

Auch Angstzustände wurden in der Literaturanalyse als ein die Lebensqualität beeinflussender Faktor identifiziert (Meijer 2009). Diese Determinante ist in der Literatur nicht näher beschrieben. Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) bietet jedoch Anhaltspunkte, in welcher Form Angstzustände auftreten können. Bei phobischen Störungen „[...] wird Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte – außerhalb des Patienten – wahrgenommen“ (Dilling et al. 2005, S. 155). Die entsprechenden Situationen werden von den Betroffenen gemieden oder ertragen. Das subjektive Empfinden reicht von leichtem Unbehagen bis hin zu panischer Angst (Dilling et al. 2005). Neben der medikamentösen Therapie, ist auch Psychotherapie bei Angststörungen indiziert (Zaudig et al. 2006). Begleitend zu einem verhaltenstherapeutischen Konfrontationsverfahren können Betroffene auch durch PPM unterstützt werden. Je nach Ausprägung des Angstzustandes könnte durch PPM das Konfrontationsverfahren begleitet werden, bestimmte Entspannungsmethoden erlernt um so zur Alltagsbewältigung beizutragen (Zaudig et al. 2006).

Da auch die Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit zum Leistungsspektrum von PPM gehören, können die Betroffenen bei der Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen unterstützt werden.

Soziale Beziehungen und Stigmatisierung

Psychisch kranken Menschen fehlen oft soziale, insbesondere vertrauliche, Beziehungen. Diese unerfüllten sozialen Bedürfnisse haben negative Auswirkungen auf die Lebensqualität (Lasalvia 2005).

Ein Bereich des Leistungsangebotes von PPM weist explizit auf die soziale Behinderung von psychisch kranken Menschen hin. So können Betroffene bei der Kontaktgestaltung unterstützt werden oder dazu motiviert werden, in den Kontakt mit anderen Menschen zu treten. Im Rahmen des Leistungsbereiches Kontaktgestaltung sollen durch PPM soziale Kontakte gefördert werden. Als Beispiele dafür werden Beratung und Unterstützung im Bereich Familie, Ehe und Partnerschaft, aber auch mit der Nachbarschaft und dem gesamten sozialen Umfeld genannt. Darüber hinaus soll psychisch erkrankten Menschen das Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden. Dazu können die Angebote auch den Arbeitsbereich oder die Freizeitgestaltung und Hobbys betreffen (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2006).

Corrigan et al. (2001) benennen vor allem drei Strategien um Stigmatisierungen in der Gesellschaft zu begegnen. Unter „education“ als eine Strategie verstehen die Autoren die Aufklärung über psychische Erkrankungen um vorherrschende Vorurteile und Mythen durch korrekte Informationen zu ersetzen. Als weitere Möglichkeit Stigmata zu beeinflussen sehen die Autoren den Kontakt („contact“) zu psychisch kranken Menschen. Hier berichten psychisch kranke Menschen über ihr Leben und bieten die Möglichkeit der direkten Interaktion. Beide Strategien zeigen gute Effekte bei der Veränderung der Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen (Corrigan et al. 2001). Die dritte Strategie des Widerstands („protest“), der öffentlichen Anprangerung diskriminierenden Verhaltens, hat nach Corrigan et al. keine messbaren Ergebnisse erzielt.

Die Ergebnisse von Corrigan et al. (2001) lassen Rückschlüsse darauf zu, wie im Rahmen von PPM auf die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen eingegangen werden kann. So können Betroffene dabei unterstützt werden, im Sinne des „contact“ ihr Umfeld positiv zu beeinflussen. Sie können dabei unterstützt

werden, mit Freunden oder Familie über ihre Krankheit zu sprechen. Dies kann zu einem besseren beidseitigen Verständnis beitragen, wenn der Betroffene beispielsweise sein für Außenstehende „seltsames“ Verhalten erklären kann.

Um eine Selbststigmatisierung zu verhindern, kann es für die Betroffenen von Bedeutung sein, ein Krankheitsverständnis zu entwickeln. Zur Steigerung des Selbstwertgefühls können psychisch kranke Menschen auch hier durch PPM unterstützt werden um Sicherheit im Umgang mit ihrer Erkrankung zu erlangen.

Der nur grob formulierte Leistungskatalog von PPM bietet folglich Interventionsmöglichkeiten zur Beeinflussung der Determinanten der Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen. Es werden jedoch keine konkreten Hilfen zu den oben beschriebenen Bereichen benannt. Die offen formulierten Ziele bieten die Möglichkeit, Angebote entsprechend den individuellen Bedürfnissen, Problemen und Ressourcen der Klienten zu gestalten.

4.3 Die Rolle der Pflegenden in PPM und deren Einfluss auf die Lebensqualität von psychisch kranken Menschen

Die systematische Literaturrecherche in der Datenbank PubMed zeigte, dass sich die aktuelle Forschung größtenteils mit der Untersuchung von pflegegestützten Entlassungsprogrammen, sogenannten Transitional Care Interventions (TCI) befasst. TCI-Programme haben zum Ziel, die Rehospitalisierung der Betroffenen zu verhindern und den Übergang in die gemeindenahe ambulante Versorgung zu unterstützen. Dabei wird die Entlassung aus der jeweiligen stationären Einrichtung beispielsweise in Kooperation mit einer psychiatrischen Fachpflegekraft aus dem ambulanten Setting begleitet (Reynolds et al. 2004, Rose et al. 2007). Hieraus ergibt sich eine bedingte Vergleichbarkeit von TCI mit PPM. Da unter den Treffern der Recherche keine Veröffentlichungen zu pflegerischen Tätigkeiten im personenbezogenen Ansatz waren, wurden zur Untersuchung der vorliegenden Fragestellung Erklärungsansätze aus Pflege-theorien und gesetzlichen Grundlagen hinzugezogen.

In der Globalrichtlinie zu den personenbezogenen Hilfen für psychisch kranke Menschen werden die Leistungserbringer nicht explizit benannt (Stadt Hamburg 2004). Nach § 6 SGB XII werden jedoch diejenigen Personen zur Durchführung der Leistungen aus dem SGB XII benannt, „[...] die sich hierfür nach ihrer Persönlichkeit eignen und in der Regel entweder eine ihren Aufgaben entsprechende Ausbildung erhalten haben oder über vergleichbare Erfahrungen verfügen“. Diese Beschreibung lässt eine eindeutige Zuordnung der Leistungen zu einer bestimmten Berufsgruppe nicht zu. Bei einer Suche in der Suchmaschine Google mit den Stichwörtern ‚PPM‘ und ‚Hamburg‘ erscheinen unter den ersten Treffern Anbieter von PPM. Auffällig ist, dass es sich bei dem überwiegenden Teil der Anbieter um Pflegedienste handelt. Daher ist anzunehmen, dass sich für die Pflege außerhalb der klassischen Leistungsbereiche aus SGB V und SGB XI ein Aufgabenfeld in Form von PPM entwickelt hat.

Zu den bereits erwähnten Zielen von PPM gehört es unter anderem, die Betroffenen darin zu unterstützen, weitestgehend unabhängig von den angebotenen Leistungen leben zu können. Die Förderung von Selbsthilfekompetenzen steht damit im Mittelpunkt von PPM. Mit der Definition psychiatrischer Pflege der Expertenkommission zur Reform im psychiatrischen psychotherapeutisch- psychosomatischen Bereich, erfüllt die Pflege eben dieses Kriterium personenbezogener Hilfen. Dort heißt es, dass „Psychiatrische Pflege [...] bedeuten [muss], dem psychisch Kranken Hilfe zu geben, dass er die Regeln der Sorge des Menschen für sich selbst und des mitmenschlichen Umgangs als Elemente des eigenen Handlungsrepertoires wahrnimmt und umsetzt [...]“ (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988, S. 156). Anhand dieser Definition wird deutlich, dass die Pflege grundsätzlich geeignet ist, Leistungen im Rahmen von PPM auszuführen.

Kunze (1997) sieht in seinem Konzept personenzentrierter Hilfen für psychisch kranke Menschen verlässliche personale Beziehungen als Grundlage der Intervention. Als Beispiel hierfür nennt er stets Pflegende, die als vertrauliche therapeutische Bezugspersonen fungieren können. Dies ist keinesfalls als Indiz zu sehen, dass der Pflege die Ausführung der Leistungen von PPM primär zukommt. Es kann vielmehr als Hinweis gedeutet werden, dass die Pflege als Leistungserbringer in Frage kommt.

Auch bei Peplau (2009) steht die zwischenmenschliche Beziehung im Fokus ihrer theoretischen Überlegungen zur Pflege. Die Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten und die daraus resultierende „Pflegeperson-Patienten-Beziehung“ (Peplau 2009, S. 49) sieht die Autorin als wesentliches Merkmal professioneller Pflege. Die Aufgaben der Pflegenden werden bei Peplau genauer untersucht. So zeichnet sich ihr zufolge professionelle Pflege dadurch aus, „[...] daß die Aufmerksamkeit ganz auf den Patienten ausgerichtet ist“ (Peplau 2009, S. 49). Der Patient steht demnach mit seinen Bedürfnissen und Wahrnehmungen im Mittelpunkt der Beziehung. Peplaus Pflegeverständnis weist auf den personenzentrierten Ansatz hin und lässt die Schlussfolgerung zu, dass insbesondere Pflegende geeignet sind, personenbezogen zu handeln. Nach Peplau ist die Pflege zudem ein bedeutsamer, therapeutisch wirkender zwischenmenschlicher Prozess, der mit anderen menschlichen Entwicklungen einhergeht, die dem Einzelnen ein normales Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Mit dieser Definition von Pflege wird das Ziel von PPM, integrierend zu wirken, deutlich.

Neben der theoretischen Grundlage gibt auch die pflegerische Praxis hinweise darauf, dass die Pflege einigen Zielen von PPM gerecht wird. So ergibt sich aus den beschriebenen Zielen der ambulanten psychiatrischen Pflege in einigen Aspekten eine Übereinstimmung mit denen von PPM; beide Maßnahmen sollen die Eigenständigkeit der psychisch kranken Menschen fördern und die soziale Integration unterstützen.

Die Ausführungen zeigen, dass die Pflege im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Versorgung eine seit 2005 etablierte Leistung anbietet, die in der inhaltlichen Ausrichtung PPM ähnelt. Aufgrund der bestehenden institutionellen Strukturen ambulanter psychiatrischer Pflegedienste scheint es zudem schlüssig, dass auch die personenbezogenen Hilfen durch Pflegende erbracht werden.

Auch die gesetzlichen Grundlagen der Pflegeausbildung in Deutschland beinhalten Anhaltspunkte, die auf die Befähigung Pflegenden zur Ausübung personenbezogener Hilfen hindeuten. So ist nach § 3 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger auf, „[...] die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten.“ Diese Ausrichtung stimmt zum Teil mit den

Bereichen des Leistungsangebotes von PPM über ein. Pflegende sollen dazu befähigt sein, „[...] [die] Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit [eigenständig durchzuführen]“ (§ 3 Abs. 2c KrPflG). Somit wird auch an dieser Stelle deutlich, dass Ziel von PPM, psychisch kranke Menschen in ihrem Umgang mit der Erkrankung zu unterstützen, durch die Pflege erfüllt werden kann. Zudem ist in § 3 Abs. 2a KrPflG festgehalten, dass Pflegende eigenverantwortlich den Pflegebedarf erheben und festlegen können müssen. Diese Kompetenz können Pflegende bei der Ermittlung des individuellen Bedarfs an Leistungen von PPM im Rahmen des Gesamtplans einfließen lassen.

Die Einflussmöglichkeiten, die die Pflege auf die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen hat, werden von Johnston Taylor et al. (2002) beschrieben. Die Autoren benennen Interventionen, die Pflegende in der Arbeit mit chronisch kranken Menschen anwenden können, um gezielt die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Basierend auf der Annahme, dass jede Person selbst definieren muss, was Qualität für ihr Leben bedeutet, weisen die Autoren daraufhin, dass Interventionsziele gemeinsam mit den Betroffenen oder deren Familien festzulegen seien. Des Weiteren empfehlen sie, überschaubare Teilziele zu entwickeln, die für den Klienten erreichbar erscheinen. Im Rahmen des Gesamtplans kann diese Intervention von Pflegenden umgesetzt werden. Um das Gefühl der Selbstkontrolle der Klienten zu stärken und damit ihr Selbstwertgefühl zu steigern, empfehlen Johnston Taylor et al., vorhandene Coping-Strategien zu erfragen oder diese zusammen mit den Klienten zu erarbeiten. So können Pflegende dem Ziel von PPM gerecht werden, die Betroffenen dabei zu unterstützen, Sicherheit im Umgang mit ihrer Erkrankung zu erlangen. Außerdem scheint das Aufzeigen von Vorschlägen zur Pflege sozialer Beziehungen in Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse als adäquate Intervention zur Verbesserung der Lebensqualität (Johnston Taylor et al. 2002).

Nicht zuletzt gibt es in der Pflegelehre Hinweise darauf, dass die Ausrichtung pflegerischer Tätigkeiten auf die Verbesserung der Lebensqualität ein wesentlicher Bestandteil professioneller Pflege ist. So geht Parse (1994) in ihrer „Theory of Human Becoming“ davon aus, dass Lebensqualität nur von derjenigen Person definiert werden kann, die dieses spezielle Leben lebt. Die Autorin impliziert, dass

Lebensqualität nur in der Interaktion zwischen der Pflegenden und der zu pflegenden Person erfahren werden kann und bezeichnet Lebensqualität als explizites Ziel pflegerischer Betreuung: „Quality of Life is [...] a major focus in the nurse-person process“ (Parse 1994, S. 18).

5 Diskussion

Ergebnisse

Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zeigten, dass hinsichtlich der Auswirkungen personenbezogener Hilfen für psychisch kranke Menschen auf die Lebensqualität ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. Die vorliegende Arbeit liegt daher mit der zu Grunde liegenden Fragestellung im aktuellen Forschungsbereich. Insbesondere im deutschsprachigen Raum scheint es eine Forschungslücke in der Lebensqualitätsforschung im gemeindepsychiatrischen Versorgungssetting zu geben. Anhand dessen wird deutlich, dass dieser Versorgungsbereich in den Fokus aktueller Forschungsvorhaben gestellt werden muss. Dazu soll die vorangegangene Untersuchung einen ersten Anstoß geben.

Um die Auswirkungen von PPM auf die Lebensqualität zu untersuchen rückte hier zunächst der Einfluss psychischer Erkrankungen auf die Lebensqualität in den Fokus der Untersuchung. Dabei wurde festgestellt, dass psychische Erkrankungen einen Einfluss auf die Lebensqualität haben. Aus der oben beschriebenen Literaturanalyse ergaben sich zwei Determinanten der Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen. Zum einen wurde die Schwere der psychopathologischen Symptomatik, insbesondere depressiver Symptome und Angstzustände als Einflussfaktor der Lebensqualität identifiziert. Zum anderen konnten Bedürfnisse nach sozialen Beziehungen als weitere Einflussgröße herausgearbeitet werden. Daraus folgt, dass diese Determinanten bei Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität psychisch Erkrankter handlungsleitend sein sollten.

Der Vergleich der Leistungen von PPM mit den Determinanten der Lebensqualität zeigte eine große Übereinstimmung. Anhand einiger Beispiele konnte in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, wie die Determinanten in den Leistungen von PPM berücksichtigt werden können. Wie dies im Einzelfall erfolgen muss setzt jedoch voraus, dass der individuelle Bedarf erfasst wird.

Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass PPM besonders geeignet ist, da der Leistungskatalog nur grob beschrieben ist. Die Angebote werden in neun Bereiche unterteilt, wobei die konkreten daraus resultierenden Hilfen nicht benannt werden und die Leistungsbereiche so Raum zur individuellen Gestaltung bieten. Anhand des zur Bedarfserhebung vorgesehenen Gesamtplans von PPM, können so die Bedürfnisse und Problemfelder der einzelnen Betroffenen identifiziert und die Angebote entsprechend ausgestaltet werden.

Aufgrund dieses personenbezogenen Ansatzes von PPM wird deutlich, dass die konkreten Hilfen nicht standardisiert werden können. Es geht demnach nicht darum, konkrete Leistungen festzulegen, vielmehr ergibt sich die Frage, ob durch die individuell angepassten Leistungen die Lebensqualität des Einzelnen verbessert werden kann. Dies stellt hinsichtlich der Bewertung der Auswirkungen von PPM auf die Lebensqualität ein Problem dar, da eine Vergleichsgrundlage hinsichtlich der tatsächlichen Leistung fehlt. PPM kann daher nicht anhand der ausgeführten individuellen Hilfen bewertet werden, sondern lediglich hinsichtlich der Auswirkung dieser Hilfen auf die Lebensqualität des Betroffenen.

Sofern die Leistungen den individuellen Bedürfnissen angepasst werden können, ist eine Verbesserung der Lebensqualität durch PPM möglich. Bei der Bedarfsermittlung im Rahmen des Gesamtplans muss den oben dargestellten Determinanten eine besondere Aufmerksamkeit zukommen. Ob jedoch PPM tatsächlich die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen verbessert, ist nicht geklärt. Hier besteht Bedarf weiterführender Untersuchungen. Dazu kann die Lebensqualität von psychisch Erkrankten in einer PPM Maßnahme mit der von solchen ohne ambulante Versorgung verglichen werden. Eine klassische Interventionsstudie ist auszuschließen, da die Intervention nicht standardisiert werden kann. Als Forschungsdesign könnte beispielsweise eine Längsschnittstudie in Betracht gezogen werden.

Neben den Auswirkungen von PPM auf die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen wurde in der vorliegenden Arbeit auch der Einfluss der Pflege im Rahmen von PPM auf die Lebensqualität untersucht. Hierfür wurde an unterschiedlichen Ansätzen dargelegt, wie Pflegende personenbezogen arbeiten können und somit als Leistungserbringer für PPM in Betracht kommen. Mit dem Verweis auf die Pflegelehre Peplaus (2009) wurde gezeigt, dass der personenzentrierte Ansatz als

Grundlage professioneller Pflege angesehen wird. Nach Peplau steht der Patient in seiner gegenwärtigen Situation und seinen Interessen im Mittelpunkt professioneller Pflege. Die Pflegefachkraft richtet ihr Handeln demnach ganz an den Interessen und Bedürfnissen des Patienten, also personenbezogen, aus. Auch die Definition von Pflege der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich (1988) deutet darauf hin, dass die Pflege das in PPM geforderte Ziel der Unabhängigkeit der Betroffenen von den in Anspruch genommenen Leistungen durch die Selbsthilfeorientierung erfüllen kann. Dies setzt jedoch unbedingt voraus, dass die Pflegenden sich ihrer Rolle im Rahmen personenzentrierter Pflege bewusst sind und ihre Beziehung zu dem Klienten reflektieren können. Hierzu bedarf es wiederum hochqualifizierter Pflegenden, die beispielsweise in Reflektionsrunden gelernt haben, ihr eigenes Handeln in Frage zu stellen. Um die Selbsthilfe der Klienten unterstützen zu können, müssen sich die Pflegenden mit entsprechenden Konzepten, wie beispielsweise Empowerment oder Coping-Strategien, auseinandergesetzt haben. Diese Inhalte sollten daher im Ausbildungscurriculum berücksichtigt werden.

Die Fähigkeiten einer ausgebildeten Pflegefachkraft, unterstützend, beratend und anleitend die Auseinandersetzung von Menschen mit ihrer Krankheit zu begleiten, sind bereits in den gesetzlichen Grundlagen pflegerischer Ausbildung in Deutschland festgelegt. Dies zeigt, dass das Leistungsangebot von PPM grundsätzlich durch die in der Ausbildung erworbenen Kompetenzen der Pflegenden erfüllt werden kann. Auch die Betrachtung bestehender pflegerischer Angebote, wie das der ambulanten psychiatrischen Pflege, weisen darauf hin, dass im pflegerischen Bereich bereits institutionelle Strukturen bestehen, die auch in ihrer inhaltlichen Ausrichtung den Leistungen von PPM ähneln. Daher erscheint die Pflege als geeignete Berufsgruppe für die Durchführung von PPM.

Zudem wurde gezeigt, dass Pflegenden im Rahmen der Leistungsbereiche von PPM Einfluss auf die Lebensqualität psychisch kranker Menschen nehmen können. So können Pflegenden nach Johnston Taylor et al. die Lebensqualität beeinflussen, in dem sie ihre Klienten beispielsweise bei der Pflege ihrer sozialen Beziehungen unterstützen. Eine Intervention, die auf die Verbesserung oder Aufrechterhaltung sozialer Beziehung abzielt, kann demnach die Lebensqualität der Betroffenen verbessern.

Da Parse (1994) die Verbesserung der Lebensqualität als explizites Ziel pflegerischer Interventionen bezeichnet, ist daraus abzuleiten, dass die Pflege anhand des Outcome-Kriteriums Lebensqualität bewertet werden muss.

So muss auch die Frage, ob Pflegende hinsichtlich der Auswirkungen auf die Lebensqualität der erbrachten Leistungen die am besten geeigneten Anbieter von PPM sind, oder ob PPM auch von anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen erbracht werden kann, anhand der Lebensqualität beantwortet werden. Hierfür ist eine Untersuchung bezüglich der Auswirkung von Angeboten der unterschiedlichen Leistungserbringer notwendig. Beispielsweise könnten dazu die durch Pflegende erbrachten PPM Maßnahmen mit denen von Sozialpädagogen hinsichtlich des Outcomes Lebensqualität verglichen werden.

Limitationen

Wie eingangs beschrieben, liegen keine Studien vor, die explizit personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen untersuchen. Die hier berücksichtigten Ergebnisse basieren vielmehr auf Studien, die unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Lebensqualität psychisch Erkrankter in verschiedenen Settings untersuchen. Somit ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Die systematische Literaturrecherche ergab, dass eine Vielzahl von Studien die Population der an Schizophrenie erkrankten Menschen untersucht. Bei der Generalisierung der Ergebnisse spielt dieses Faktum eine nicht unerhebliche Rolle. Denn die Übertragbarkeit dieser Effekte auf Personen mit anderen psychischen Erkrankungen kann nicht selbstverständlich abgeleitet werden.

Bei der Bewertung der Ergebnisse ist insbesondere zu bemerken, dass die Studien in unterschiedlichen, meist europäischen Ländern, durchgeführt wurden. Dies ist bei Übertragung der Ergebnisse auf das deutsche Versorgungssystem zu berücksichtigen. Da Auffassungen über Wohlbefinden und Lebensqualität kulturspezifisch geprägt sind, muss auch dies bei dem Vergleich der Ergebnisse in die Bewertung einfließen. Darüber hinaus können aufgrund der Studienlage keine Aussagen über kausale Zusammenhänge zwischen den Interventionen im Rahmen personenbezogener Hilfen für psychisch kranke Menschen und deren Lebensqualität getroffen werden. Für weiterführende Studien müsste die Beschränkung der systematischen Literaturrecherche auf die Datenbank PubMed aufgehoben werden.

Ein Abgleich mit weiteren Studien aus anderen Datenbanken kann hier Aufschluss geben.

6 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen durch unterschiedliche Determinanten negativ beeinflusst werden kann. Die Determinanten der Lebensqualität psychisch Erkrankter finden in großen Teilen Entsprechung im Leistungskatalog von PPM. Auf dieser Grundlage wird geschlussfolgert, dass PPM zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen kann. Darüber hinaus wurde deutlich, dass Pflegende auf Grund ihrer professionellen Kompetenzen für die Ausführung von PPM besonders geeignet sind.

Unter Berücksichtigung sich ändernder Versorgungsstrukturen von stationären hin zu ambulanten Angeboten, erscheint PPM als Konzept, bei dem die Bedürfnisse der Betroffenen im Fordergrund der Leistungen stehen. Die Flexibilität des Leistungskataloges bietet die Möglichkeit, die Angebote individuell anzupassen. Der Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch- psychosomatischen Bereich folgend, stellt sich PPM als adäquate Strategie zur Umgestaltung des Leistungsspektrums von einem institutionsbezogenen zu einem bedarfsorientierten Angebot heraus.

Für die Pflege bedeutet PPM die Möglichkeit, ihr Dienstleistungsprofil außerhalb der klassischen Leistungsbereiche von SGB V und SGB XI erweitern zu können und auch im Rahmen der Eingliederungshilfe tätig zu werden. Hier kann die Pflege in besonderer Form den ihr zu Grunde liegenden personenzentrierten Ansatz verwirklichen und ihr Handeln an den individuellen Bedürfnissen ausrichten.

Eben darin besteht die Möglichkeit von Pflegenden, die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen zu verbessern. Für die Pflegeforschung impliziert dies den Auftrag, Strategien zu identifizieren, wie die Bedürfnisse psychisch Erkrankter bestmöglich erhoben werden können um die Leistungen adäquat anzupassen. PPM muss dabei in den Fokus pflegewissenschaftlicher Forschungsvorhaben rücken, um

auf der Basis wissenschaftlich fundierter Ergebnisse in der pflegerischen Praxis etabliert werden zu können.

7 Literaturverzeichnis

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (Hrsg.):
Betreutes Wohnen für seelisch behinderte und psychisch kranke Menschen.

URL: <http://www.hamburg.de/ambulante-leistungen-erwachsene/2122402/betreutes-wohnen-seelisch-behinderte-psychisch-krank.html> (entnommen: 09.05.2011).

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (Hrsg.)
(2004): Globalrichtlinie zu § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2
Nr. 3 und 6 SGB IX. Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke/seelisch
behinderte Menschen (PPM) vom 21.12.2004 (Az. SI 3309/111.20-3-1-10), Stand
22.02.2008.

URL: <http://www.hamburg.de/gl-sgbxii-54/126384/54-55-ppm.html?print=true>
(entnommen: 12.01.2011).

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (Hrsg.)
(2004a): Infoline-Archiv 2009: Globalrichtlinien zu § 53 SGB XII.

URL: <http://www.hamburg.de/infoline-archiv-2009/nofl/126894/gl-sgbxii-53-bis2009-1231.html?print=true> (entnommen: 14.04.2011).

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2006):
Konkretisierung zu § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Ziffern
3,4,6,7 SGB IX. Personenbezogene Leistungen für psychisch kranke/seelisch
behinderte Menschen (PPM). URL: <http://www.hamburg.de/kr-sgbxii-kap06-54/126614/ppm.html> (entnommen: 13.04.2011).

Behrens J, Langer G (2006): Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-
hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen.
Vertrauenbildende Entzauberung der „Wissenschaft“, 2. Auflage. Bern: Hans Huber.

Bengtsston-Tops A, Hansson L (1999): Subjective quality of life in schizophrenic
patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics.
Eur Psychiatry; 14: 256-263.

Benner P (1985): Quality of life: a phenomenological perspective on explanation prediction and understanding in nursing science. In: Advances in Nursing Science; 8(1): 1-14.

Brunswig A (1910): Das Vergleichen und die Relationserkenntnis. Leipzig Berlin: B. G. Teubner.

Bullinger M (1997): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie; 47: 76-91.

Bullinger M (2000): Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; 43: 190-197.

Bullinger M, Ravens-Sieberer U, Siegrist J (2000): Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – Eine Einführung. In: Bullinger M, Ravens-Sieberer U, Siegrist J (Hrsg.) (2000): Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und soziologischer Perspektive. Jahrbuch der medizinischen Psychologie Bd. 18. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Bullinger-Naber M, Naber D (1999): Erfassung der Lebensqualität psychisch Kranker. In: Helmchen H, et al. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart. Band 2 Allgemeine Psychiatrie, 4. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer, S. 235-260.

Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V (2008): Was ist psychiatrische Pflege, was APP? URL: <http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf> (entnommen: 10.05.2011).

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988): Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung.

Corrigan P W, River L P, Lundin R K et al. (2001): Three strategies for changing attributions about severe mental illness. In: Schizophrenia Bulletin; 27(2): 187-195.

DAK Versorgungsmanagement (Hrsg.) (2005): Gesundheitsreport 2005. URL: http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2005.pdf (entnommen: 27.04.2010).

DAK (2011): Gesundheitsreport 2011. Analyse der Arbeitsunfähigkeit. Schwerpunktthema: Wie gesund sind junge Arbeitnehmer? URL: http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2011.pdf (entnommen: 27.04.2011).

Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. Bonn: Heger.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2010): Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld. Innovationen für Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung. Hannover: Schlütersche.

Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Auflage. Bern: Hans Huber.

Dörner K (2010): Ende der Institution? Psychiatrie und Behindertenhilfe im dritten Sozialraum. In: Evangelische Stiftung Alsterdorf, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (Hrsg.): Enabling Community – Anstöße für Politik und soziale Praxis. Hamburg: Alsterdorf Verlag.

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf (entnommen: 09.05.2011).

Glatzer W, Zapf W (Hrsg.) (1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt/Main: Campus.

Hansson L (2006): Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*; 113(429): 46-50.

Hansson L, Sandlund M, Bengtsson-Tops A et al. (2003): The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A nordic multi-center study. *Nord J Psychiatry*; 57: 5-11.

Hedberg L, Skärskäter I (2009): The importance of health for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 16: 455-461.

Johnston Taylor E, Jones P, Burns M (2002): Lebensqualität. In: Morof Lubkin I (2002): *Chronisch Kranksein: Implikationen und Interventionen für Pflege und Gesundheitsberufe*. Bern: Hans Huber, S. 326-355.

Koller M, Neugebauer E A M, Augustin M et al. (2009): Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. In: *Gesundheitswesen*; 71: 864-872.

Kruckenberg P, Kunze H, Brill K-E et al. (1988): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band I, Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“, Band 116 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Krüger U, Fröhlich K; Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (Hrsg) (2010): Abschlussbericht zum Projekt „Implementation personenbezogener Hilfen in der psychiatrischen Versorgung in Thüringen“. URL: http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/referat45/abschlussbericht_implementation_mini.pdf (entnommen: 25.04.2011).

Kunze H (1997): Zeit für einen Paradigmenwechsel: Von institutionszentrierten Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund. In: Kruckenberg P, Kunze H, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.) (1997): Personenzentrierte Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung. Tagungsberichte, Band 24. Köln: Rheinland-Verlag.

Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F et al. (2005): Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. In: Psychological Medicine; 35: 1655-1665.

Leiß M, Kallert Th W (2003): Individueller Hilfebedarf und Platzierung in gemeindepsychiatrischen Versorgungsangeboten. Eine Analyse am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens. In: Nervenarzt; 74: 755-761.

Meijer C J, Koeter M W J, Sprangers M A G et al. (2009): Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology; 44: 361-368.

Meyer P C, Christen S, Graf J, Ruesch P, Hell D (2002): Determinanten der Lebensqualität psychisch kranker Personen. Österreichische Zeitschrift für Soziologie; 27: 63-79.

Narvaez J M, Twamley E W, McKibbin C L et al. (2008): Subjective and objective Quality of life in schizophrenia. Schizophrenia Research; 98(1-3): 201-208.

Oliver J P J, Huxley P J, Priebe S et al. (1997): Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology; 32: 76-83.

Parse R R (1994): Quality of Life: Sciencing and Living the Art of Human Becoming. In: Nursing Science Quarterly; 7(1), Spring: 16-21.

Peplau H (2009): Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege – Ausgewählte Werke, 2. Auflage. Bern: Hans Huber.

Ruggeri M, Nosè M, Bonetto C et al. (2005): Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: Multivariate follow-up study in community psychiatric practice. *British Journal of Psychiatry*; 187: 121-130.

Trompenaars F J, Masthoff E D, van Heck G L et al. (2007): Relationship between social functioning and quality of life in a population of dutch adult psychiatric outpatients. *International Journal of Social Psychiatry*; 53: 36-47.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V). URL: http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf (entnommen: 11.05.2011).

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX). URL: http://www.gesetze.juris.de/bundesrecht/sgb_9/gesamt.pdf (entnommen: 11.05.2011).

Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) http://www.bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_12/gesamt.pdf (entnommen: 11.05.2011).

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> (entnommen: 12.04.2011).

Ware J E, Sherbourne C D (1992): The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*; 30(6): 473-483.

WHOQOL Group (1998): The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. In: *Soc Sci Med* 1998, 46(12): 1569-1585.

Zaudig M, Trautmann R D (Hrsg.) (2006): *Therapielexikon. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin Heidelberg: Springer.

Inhaltsverzeichnis Anhang

Anhang 1: Recherchestrategie_1	IV
Anhang 2: Rechercheverlauf_1	V
Anhang 3: Recherchestrategie_2	VI
Anhang 4: Recherchestrategie_2	VII

Anhang 1: Recherchestrategie_1

P: psychisch kranke Menschen

I: personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen

K: -

E: (gesundheitsbezogene) Lebensqualität

Suchbegriffe

	Deutsch	Englisch	Mesh-Terms
P	Psychisch kranke Menschen	Mentally ill, mentally ill patient*, mentally ill person*, chronic mentally ill, psychiatric patient*,	„Mentally ill persons“, „mental disorders“
I	Personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen		„community health service“, „community psychiatry“
E	Lebensqualität	Quality of life,	„Quality of life“
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	health related quality of life	Freitextsuche
	Wohlergehen	Wellbeing, quality of well-being	„personal satisfaction“

Anhang 2: Rechercheverlauf_1

Suchkonzept	Suchschritte		Treffer
P = Psychisch Kranke Menschen	#1	„Mentally ill persons“ [Mesh]	3786
	#2	„Psychiatric Patients“	9376
	#3	„Chronic mentally ill“	212
	#4	„mental disorders“ [Mesh]	803920
	#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	807943
I= Personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen	#5	„community mental health service“ [Mesh]	15368
	#6	„community psychiatry“ [Mesh]	1606
	#7	„Intervention studies“ [Mesh]	4636
	#8	„Intervention“	254864
	#9	#5 OR #6 AND #7 OR #8	15445
E= Lebensqualität	#15	„Quality of life“ [Mesh]	88493
	#16	„Health related quality of life“	15043
	#17	„personal satisfaction“ [Mesh]	8031
	#18	#15 OR #16 OR #17	98324
	#19	#5 AND #9 AND #18	270

Anlage 3: Recherchestrategie_2

P: psychisch kranke Menschen

I1: personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen

I2: Pflege

K: -

E: (gesundheitsbezogene) Lebensqualität

	Deutsch	Englisch	Mesh-Terms
P	Psychisch kranke Menschen	Mentally ill, mentally ill patient*, mentally ill person*, chronic mentally ill, psychiatric patient*,	„Mentally ill persons“, „mental disorders“
I1	Personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen	–	„community health service“, „community psychiatry“
I2	Pflege	Nursing, Nurses, Nursing Care,	„nurses“, „nursing“, „nursing care“, „home care“, „psychiatric nursing“, „ambulatory care“
E	Lebensqualität	Quality of life,	„Quality of life“
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	health related quality of life	Freitextsuche
	Wohlergehen	Wellbeing, quality of well-being	„personal satisfaction“

Anhang 4: Rechercheverlauf_2

Suchkonzept	Suchschritte		Treffer
P = Psychisch Kranke Menschen	#1	„Mentally ill persons“ [Mesh]	3786
	#2	„Psychiatric Patients“	9376
	#3	„Chronic mentally ill“	212
	#4	„mental disorders“ [Mesh]	803920
	#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	807943
I1= Personenbezogen e Hilfen	#6	„community mental health service“ [Mesh]	15368
	#7	„community psychiatry“ [Mesh]	1606
	#8	#6 OR #7	16517
I2= Pfleger	#9	„Nursing“ [Mesh]	202830
	#10	„Nurses“ [Mesh]	63301
	#11	„Nursing care“ [Mesh]	109125
	#12	„Home care“ [Mesh]	36095
	#13	„Psychiatric nursing“ [Mesh]	14345
	#14	„Ambulatory care“ [Mesh]	41127
	#15	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14	338616
E= Lebensqualität	#16	„Quality of life“ [Mesh]	89217
	#17	„Health related quality of life“	15234
	#18	„personal satisfaction“ [Mesh]	8031
	#19	#16 OR #17 OR #18	99126
	#20	#5 AND #8 AND #15 AND #19 AND	35

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht

Hamburg, 31. Mai 2011

Simon Steinwachs