

KARIN-MARIA HOFFMANN

Enthospitalisierung und Lebensqualität



KARIN-MARIA HOFFMANN

Enthospitalisierung und Lebensqualität

Ergebnisse aus der
Berliner Enthospitalisierungsstudie

Mit einem Vorwort von Stefan Priebe

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884143520

Karin-Maria Hoffmann. Enthospitalisierung und Lebensqualität. Ergebnisse aus der Berliner Enthospitalisierungsstudie.

ISBN 3-88414-352-2

Zugel.: Univ.-Diss., Freie Universität Berlin, 2003.

Der Originaltitel der Arbeit lautet: Evaluation der Enthospitalisierung psychiatrischer Patienten anhand von Lebensqualitäts-Indikatoren.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2003

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck:

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie.de/verlag

Inhalt

Vorwort	11
Danksagung	13
Einleitung	14
1. Enthospitalisierung	16
1.1 Definition und Konzeptualisierung	17
1.2 Indikatoren für eine Strukturveränderung des Versorgungssystems	19
1.3 Enthospitalisierung in verschiedenen Ländern	20
1.3.1 USA und europäische Länder	20
1.3.2 Deutschland	22
1.3.3 Die Situation in Berlin zu Beginn der 90er-Jahre	28
1.4 Empirische Untersuchungen zur Enthospitalisierung	33
1.4.1 Untersuchungsebenen und Ansätze	33
1.4.2 Methodische Aspekte	34
1.4.3 Ältere Studien zum Krankheitsverlauf und zur Gemeindepsychiatrie	38
1.4.4 Eingrenzung: Für das Thema relevante Studien	39
1.4.5 Darstellung relevanter Studien und Ergebnisse	40
1.4.5.1 Internationale Studien aus den Jahren 1985–2000	40
1.4.5.1.1 Evaluation der Schließung zweier Großkrankenhäuser in London von TAPS	54
1.4.5.2 Enthospitalisierungsstudien aus Deutschland	57
1.5 Zusammenfassung	61
2. Lebensqualität	63
2.1 Das Konzept Lebensqualität aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven	64
2.1.1 Philosophische Perspektive	64
2.1.2 Soziologische Perspektive	64
2.1.3 Psychologische Perspektive	67
2.1.4 Medizinische Perspektive	71

2.2	Lebensqualität und Psychiatrie	73
2.2.1	Rezeption und Entwicklungsphasen in der psychiatrischen Forschung	73
2.2.2	Methodik	74
2.2.2.1	Erhebungsinstrumente	75
2.2.2.2	Fremd- und Selbstbeurteilung	77
2.2.2.3	Interviewereffekte, soziale Erwünschtheit, Akquieszenz	78
2.2.2.4	Konfundierende Variablen	79
2.2.2.5	Änderungssensitivität	80
2.2.2.6	Einflussvariablen	81
2.2.3	Ergebnisse psychiatrischer Lebensqualitätsforschung	82
2.2.3.1	Die »klassischen« Studien	82
2.2.3.2	Lebensqualität und Enthospitalisierung	84
2.2.3.3	Weitere empirische Befunde	87
2.3	Zusammenfassung	91
3.	Fragestellung und Methodik der Arbeit	94
3.1	Fragestellungen	95
3.2	Entstehungszusammenhang der Arbeit	96
3.2.1	Psychiatrieplanung in Berlin zu Beginn der 90er-Jahre	96
3.2.2	Die Berliner Enthospitalisierungsstudie	97
3.3	Methodik	98
3.3.1	Gewinnung der Stichprobe	98
3.3.2	Studienansatz und Design	98
3.3.3	Einschluss- und Ausschlusskriterien	99
3.3.4	Beteiligte Krankenhäuser und Praxiseinrichtungen	102
3.3.5	Erhebungsinstrumente	103
3.3.6	Durchführung der Untersuchung	107
3.3.6.1	Kooperationsvereinbarungen	108
3.3.6.2	Feldzugang	108
3.3.6.3	Kontaktaufnahme zu den Patienten	109
3.3.6.4	Interviewer	109
3.3.6.5	Interviewsituation und -ort	110
3.3.7	Datenschutz	110
3.3.8	Statistische Auswertungsverfahren	111
4.	Stichprobenbeschreibung	113
4.1	Gesamtstichprobe	113
4.2	Selektion	118
4.3	Diskussion	121
4.4	Zusammenfassung	124

5. Ergebnisse	125
5.1 Entlassene Patienten	125
5.1.1 Soziodemographische und krankheitsbezogene Merkmale	125
5.1.2 Lebensqualität im Krankenhaus vor der Entlassung	129
5.1.2.1 Objektive Lebenssituation	130
5.1.2.2 Subjektive Lebensqualität	135
5.1.2.3 Unterschiede der Lebensqualität bei verschiedenen Patientengruppen	137
5.1.2.4 Einflussfaktoren	138
5.1.2.5 Diskussion	139
5.1.2.6 Zusammenfassung	143
5.1.3 Lebensqualität in der Gemeinde nach der Entlassung	144
5.1.3.1 Behandlungs- und Betreuungssituation	145
5.1.3.2 Objektive Lebenssituation	147
5.1.3.3 Subjektive Lebensqualität	151
5.1.3.4 Unterschiede der Lebensqualität bei verschiedenen Patientengruppen	152
5.1.3.5 Einflussfaktoren	153
5.1.3.6 Diskussion	154
5.1.3.7 Zusammenfassung	157
5.1.4 Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung	158
5.1.4.1 Objektive Lebenssituation	159
5.1.4.2 Subjektive Lebensqualität	162
5.1.4.3 Verlauf der Lebensqualität bei spezifischen Patientengruppen	163
5.1.4.4 Einflussfaktoren	167
5.1.4.5 Diskussion	168
5.1.4.6 Zusammenfassung	173
5.1.5 Einflussfaktoren, Zusammenhänge und Prädiktion	174
5.1.5.1 Einflussfaktoren und subjektive Lebensqualität im Querschnitt und im Verlauf	174
5.1.5.2 Zusammenhänge mit weiteren subjektiven Parametern: Nutzerzufriedenheit und subjektive Beschwerden	176
5.1.5.3 Vorhersage subjektiver Lebensqualität	177
5.1.5.3.1 Prädiktion von t_0 zu t_1	177
5.1.5.3.2 Multiple Regression zu t_1	179
5.1.5.4 Diskussion	181
5.1.5.5 Zusammenfassung	183
5.2 Vergleich entlassener und weiter stationär behandelter Patienten	184
5.2.1 Vergleich soziodemographischer und krankheitsbezogener Merkmale	185
5.2.2 Vergleich der Lebensqualität	189
5.2.2.1 Objektive Lebenssituation	189
5.2.2.2 Subjektive Lebensqualität	191

5.2.2.3 Unterschiede im Verlauf	193
5.2.3 Diskussion	196
5.2.4 Zusammenfassung	199
5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	200
6. Diskussion in der Gesamtbetrachtung	203
6.1 Bewertung der Methodik	203
6.1.1 Ansatz und Design	203
6.1.2 Stichprobe	204
6.1.3 Erhebungsinstrumente und Auswertungsmethoden	206
6.2 Diskussion der Ergebnisse	208
6.2.1 Lebensqualität vor der Enthospitalisierung	208
6.2.2 Lebensqualität nach der Enthospitalisierung und im Verlauf	211
6.2.3 Vergleich der Lebensqualität bei entlassenen und stationären Patienten	215
6.2.4 Einflussfaktoren und Prädiktion	217
6.3 Einordnung in den Forschungskontext	220
6.3.1 Beitrag der Arbeit zur Enthospitalisierungs- und Versorgungsforschung	220
6.3.2 Beitrag der Arbeit zur Lebensqualitätsforschung	211
6.4 Schlussfolgerungen	222
6.4.1 Konsequenzen für die praktische Versorgung	222
6.4.2 Konsequenzen für ein Qualitätsmanagement	224
7. Rückblick und Ausblick	227
Literatur	229
Anhang A	241
Anhang B	242
Kurzvita	252

»Na ja, ich trag‘ jetzt Verantwortung für mich.«

Herr E. im November 2002 auf die Frage, was denn jetzt anders ist als früher.
Herr E. wurde im Zuge der Enthospitalisierung nach rund zehn Jahren stationärem Aufenthalt aus der Klinik entlassen und lebt seitdem in einer betreuten Wohngemeinschaft.

Vorwort

De-Institutionalisierung und Lebensqualitätsforschung

Das vorliegende Buch berichtet über den Ansatz und die Ergebnisse einer Dissertation, die für die psychiatrische Versorgung und insbesondere die psychiatrische Versorgungsforschung in Deutschland von ungewöhnlicher Bedeutung ist. Die Arbeit berührt zwei unterschiedliche Themenfelder, die De-Institutionalisierung und die Lebensqualitätsforschung in der Psychiatrie.

In praktisch allen westlichen Industrienationen hat die so genannte De-Institutionalisierung in den letzten vier Jahrzehnten zu grundlegenden Veränderungen der psychiatrischen Versorgung geführt. Bedingungsfaktoren, Zeitpunkt, Tempo und genaues Ergebnis der De-Institutionalisierung mögen international variiert haben, aber überall sind frühere psychiatrische Anstalten geschlossen oder verkleinert worden, die Gesamtzahl psychiatrischer Krankenhausbetten hat abgenommen, und gemeindenahere Einrichtungen haben viele Aufgaben der Krankenhäuser, vor allem in der Versorgung schwer und chronisch psychisch Kranker, teils oder ganz übernommen.

Haben nun die Patienten von diesen Veränderungen profitiert? Hierzu gibt es zwar – wie die Autorin kompetent schildert – eine Reihe von Untersuchungen, die andeuten, dass Patienten tatsächlich das Leben in der Gemeinde dem geschützten Dasein in der Anstalt vorziehen und klinisch zumindest keine wesentlichen Nachteile in Kauf nehmen müssen. Die meisten dieser Studien weisen aber erhebliche methodische Schwächen auf, und die Resultate ausländischer Untersuchungen sind auf die Bedingungen in Deutschland nur begrenzt zu generalisieren, da die Voraussetzungen hier doch anders sind als in den angloamerikanischen und skandinavischen Ländern, wo die meisten der bisherigen systematischen Studien durchgeführt wurden. So sind in Deutschland z. B. die Versorgungsangebote fragmentierter als in den oben genannten Ländern, Krankenhäuser wie auch gemeindepsychiatrische Einrichtungen sind – im Vergleich – großzügiger finanziert worden, und die Enthospitalisierung erfolgte relativ spät.

In der Bundesrepublik Deutschland war die De-Institutionalisierung durch die 1975 einstimmig vom Bundestag verabschiedete ›Psychiatrie-Enquete‹ gekennzeichnet. Die Enquete leitete den Aufbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen ein, war jedoch erst in den 90er-Jahren von einer wirklich bedeutsamen Reduktion der Gesamtbettenzahl gefolgt. Dieser späte Zeitpunkt der Entlassung von zuvor dauerhospitalisierten Patienten in die Gemeinde eröffnete wissenschaftlich die Möglichkeit, Veränderungen bei den betroffenen Patienten mit neueren und besseren Methoden zu evaluieren, als dies bei den älteren ausländischen Studien möglich gewesen war. Diese Möglichkeit hat Karin Hoffmann im Rahmen der Berliner Enthospitalisierungsstudie genutzt. Sie hat mit zeitgemäßer und anspruchsvoller Methodik untersucht, wie sich die Lebensqualität der

Patienten im Zuge der Entlassung ändert. Selbstverständlich ist die Studie kein kontrolliertes Experiment, sondern eine naturalistische Beobachtung, und die Vor- und Nachteile eines solchen Vorgehens werden im Buch ausgeführt. Die vorgelegte Evaluation ist methodisch aufwändig und praxisnah zugleich.

Das Buch enthält einen sehr guten Überblick über die psychiatrische Lebensqualitätsforschung, aus dem u. a. deutlich wird, dass alles eine Frage der Perspektive ist. Die Perspektive, unter der Lebensqualität hier untersucht wird, ist die der Patienten. Während bisher in der Literatur vielfach bestritten wurde, dass solche Lebensqualitätsindikatoren durch Versorgungsmaßnahmen überhaupt zu beeinflussen sind, belegt die Studie eindrucksvoll, dass sich die Lebensqualität der Patienten im Laufe der Enthospitalisierung – im Mittel und für einen längeren Zeitraum – tatsächlich bessern kann.

Die Studie evaluierte die spezifischen Ereignisse der Enthospitalisierung einer konkreten Gruppe von Patienten im Westen Berlins in den 90er-Jahren. Die Ergebnisse sind aber nicht nur von historischem oder lokalem Interesse. Die Befunde belegen, dass auch bei chronisch psychisch Kranken nach langjährigem Aufenthalt in Kliniken deutliche Verbesserungen der Lebensqualität zu erreichen sind, wenn die Lebensbedingungen verändert werden und eine hinreichende gemeindenahere Versorgung besteht. Sie sind generell ein Beleg dafür, dass gute gemeindepsychiatrische Versorgung Sinn macht. Wenn solche Versorgung – wie hier nachgewiesen – die Lebensqualität der Patienten tatsächlich verbessern kann, müsste dies eigentlich auch ein Anreiz zur Weiterentwicklung sein, sodass Patienten von zukünftigen Versorgungsangeboten in der Gemeinde noch mehr als bisher profitieren können. Gleichzeitig weist die Arbeit einen Weg dafür, wie wissenschaftlich sinnvolle Evaluation gesundheitspolitisch relevant sein kann. Die praktischen und gesundheitspolitischen Konsequenzen der Studie sind von Karin Hoffmann mit großer Sachkenntnis und äußerst ausgewogen diskutiert worden. Der Leser wird sicher wertschätzen, dass sie sich in ihren diesbezüglichen Erörterungen durchgehend auf die vorgelegten Ergebnisse stützt – und nicht in reinen Spekulationen verliert – und eine allgemein verständliche und klare Sprache ohne übertriebenen wissenschaftlichen Fachjargon verwendet.

Karin Hoffmann zeigt in der Arbeit ihre wissenschaftliche Expertise und Seriosität. Auch in Details ist sie korrekt und präzise vorgegangen. Gleichzeitig verrät der Text ihre langjährigen praktischen Erfahrungen in ambulanten und komplexen Einrichtungen. Es ist offensichtlich, dass sie – in jeder Hinsicht – weiß, wovon sie spricht. Aus meiner Sicht ist das Buch ein sicher begrenzter, aber wesentlicher Beitrag einer methodisch validen Versorgungsforschung zur praktisch-klinischen und gesundheitspolitischen Diskussion über psychiatrische Versorgung in Deutschland. Ich hoffe sehr, dass weitere konstruktive Beiträge dem Beispiel der vorgelegten Arbeit folgen werden.

Stefan Priebe

London, Sommer 2003

Danksagung

An erster Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. Stefan Priebe sehr herzlich danken, der mir den Einstieg in die Forschung ermöglicht, mich an das Thema Lebensqualität und Enthospitalisierung herangeführt und mich im Arbeitsprozess kontinuierlich ermutigt hat. Für die fachkundige, freundliche und unkomplizierte Art der Betreuung meiner Arbeit möchte ich Herrn Prof. Dr. Dieter Kleiber und Frau Prof. Dr. Anna Auckenthaler ganz herzlich danken.

Meinem Arbeitgeber, dem Verein Platane 19, gebührt in zweierlei Hinsicht besonderer Dank: Zum einen dafür, dass er mir ermöglicht hat, aus der praktischen Tätigkeit aus- und in die Forschung einzusteigen und dies ohne all zu große Reibungsverluste zu bewerkstelligen, zum anderen für ein großzügiges Sponsoring dieser Publikation.

Bedanken möchte ich mich weiterhin herzlich bei Herrn Dipl.-Psych. Dr. Wolfgang Kaiser, dem Mitstreiter der Berliner Enthospitalisierungsstudie, der jederzeit ein offenes Ohr für meine Anliegen hatte und stets bereit war, methodische Hilfen oder Anregungen zu geben, und bei Frau Dipl.-Psych. Doris Denis für das Lesen des Manuskriptes, kollegialen Austausch und freundschaftliche Ermutigung.

Meinem Lebensgefährten Jürgen Peters möchte ich Dank sagen für das Korrekturlesen des Manuskriptes und sprachlichen Feinschliff, meinen Söhnen Erasmus, Janek und Benjamin für geduldiges Aushalten meiner Höhen und Tiefen bei der Arbeit und meiner zeitweiligen geistigen Abwesenheit. Viele Freunde (insbesondere Clemens Kolling und Monika Zoege) haben mir durch ihr nicht nachlassendes Interesse und ermutigende Worte über manche Durststrecken der Arbeit hinweggeholfen.

Allen Kooperationspartnern der Berliner Enthospitalisierungsstudie möchte ich an dieser Stelle ebenfalls noch einmal für die gute Zusammenarbeit und ihr Entgegenkommen danken.

Schließlich danke ich ganz besonders allen Patienten, die an der Befragung teilgenommen und mir von ihren Erfahrungen berichtet haben.

Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten hat in den westlichen Industrienationen ein tief greifender Strukturwandel des psychiatrischen Versorgungssystems stattgefunden, wobei sich der Schwerpunkt der Behandlung psychiatrischer Patienten mehr und mehr vom stationären in den ambulanten Sektor verlagerte. Während sich im Zuge dieses Strukturwandels der stationäre Bereich deutlich verkleinerte, indem psychiatrische Krankenhäuser geschlossen oder zumindest die Anzahl vorhandener Betten reduziert wurden, expandierte der ambulante und vor allem der komplementäre Bereich¹ des psychiatrischen Versorgungssystems stark. Neuartige Dienste, Maßnahmen und Strukturen für die wohnortnahe Betreuung insbesondere chronisch psychisch Kranker entstanden innerhalb weniger Jahre in beträchtlicher Anzahl. In Hinblick auf die Finanzierung psychiatrischer Versorgung bewirkte dies nicht unmittelbar eine Kostensenkung, jedoch häufig eine veränderte Zuständigkeit der Kostenträger. So wurden etwa in Deutschland im Zuge der Enthospitalisierung die Krankenkassen spürbar entlastet, während sich die Ausgaben der Sozialhilfeträger deutlich erhöhten.

Für die betroffenen Patienten und hier an erster Stelle die chronisch psychisch Kranken bedeutete dieser Strukturwandel eine einschneidende Veränderung nicht nur ihrer Behandlungs- und Betreuungssituation, sondern meistens auch ihres gewohnten Lebensumfeldes und ihrer vertrauten Bezugspersonen. Nach vielen Jahren oder sogar Jahrzehnten, in denen die Patienten im beschützten Rahmen einer Institution gelebt hatten, sollten sie nun ein weitgehend selbstständiges Leben in einem normalen Wohnumfeld (»in der Gemeinde«) führen. Erhielten sie bisher alle erforderlichen Hilfen an einem Ort, nämlich unter dem Dach der Klinik versammelt, mussten sie sich jetzt daran gewöhnen, von verschiedenen Personen und Diensten Hilfeleistungen zu erhalten oder sogar selbst zu beantragen; hatten sie bisher ein Taschengeld zur freien Verfügung, so mussten sie nun lernen, ihren Lebensunterhalt insgesamt von Sozialhilfe zu bestreiten.

Angesichts der hier in Kürze umrissenen Tragweite und Bedeutung der Veränderungen für das psychiatrische Versorgungssystem in seiner Gesamtheit, für seine Finanzierung und nicht zuletzt für die betroffenen Patienten müsste man erwar-

1 Komplementär, also im Wortsinn ergänzend zur (stationären oder ambulanten) Behandlung werden gemeindepsychiatrische Einrichtungen wie beispielsweise Tagesstätten oder therapeutische Wohngemeinschaften genannt, in denen psychiatrische Patienten betreut werden, jedoch keine medizinische Behandlung stattfindet.

ten, dass Enthospitalisierungsprozesse in der Regel wissenschaftlich begleitet werden, um die vielfältigen Auswirkungen zu evaluieren. Während dies in den 1960er-Jahren in den USA jedoch weitgehend versäumt wurde, gab es rund 30 Jahre später in Deutschland immerhin die Chance, aus den gemachten Fehlern zu lernen. Diese Chance wurde bei weitem nicht überall, aber doch verschiedentlich genutzt, um die Veränderungsprozesse systematisch zu evaluieren.

Zum gleichen Zeitpunkt, also etwa in den frühen 90er-Jahren zeichnete sich in der psychiatrischen Forschung ein Perspektivenwechsel ab, der die subjektive Sicht der Patienten immer stärker in den Mittelpunkt rückte. Dominierten bis dahin objektive Parameter und Ergebnisindikatoren, so etablierten sich nun zunehmend so genannte subjektive Evaluationskriterien wie etwa die Nutzerzufriedenheit und die Lebensqualität der Patienten. Die Meinungen, Wünsche und die Zufriedenheit der Patienten wurden nun auch in der Wissenschaft und Forschung als Maßstab herangezogen, um Veränderungsprozesse und Interventionen der Behandlung und Betreuung systematisch zu bewerten.

Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen der *Berliner Enthospitalisierungsstudie* während der beschriebenen Umbruchphase des psychiatrischen Versorgungssystems entstanden und evaluiert den Prozess der Enthospitalisierung in einem Versorgungsgebiet Berlins. Als zentrales Evaluationskriterium wird dabei das Konzept der Lebensqualität herangezogen. Im *ersten Kapitel* wird zunächst theoretisch auf das Thema Enthospitalisierung eingegangen, im *zweiten Kapitel* auf das Konzept der Lebensqualität. Das *dritte Kapitel* beschreibt die Fragestellung und das methodische Vorgehen. Im *vierten Kapitel* wird die Gesamtstichprobe der zu beiden Messzeitpunkten interviewten Patienten vorgestellt. Das *fünfte Kapitel* beschreibt die empirischen Ergebnisse, wobei zunächst die Lebensqualität der Patienten in der Klinik, danach ihre Lebensqualität in der Gemeinde nach der Entlassung sowie im Verlauf geschildert wird. Nach einer Untersuchung potenzieller Einflussfaktoren subjektiver Lebensqualität wird vergleichend eine Gruppe weiter stationär behandelter Patienten untersucht. Im letzten Abschnitt des fünften Kapitels werden die Ergebnisse noch einmal zusammenfassend dargestellt. *Kapitel sechs* diskutiert die Ergebnisse in einer Gesamtbetrachtung, bevor sie in den Forschungskontext eingeordnet und Schlussfolgerungen in Hinblick auf die praktische Versorgung und ein zu etablierendes Qualitätsmanagement gezogen werden.

1. Enthospitalisierung

Das Thema Enthospitalisierung wurde gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts in der Fachöffentlichkeit der deutschen (Sozial-)Psychiatrie lebhaft diskutiert. Enthospitalisierung meinte die Auflösung der alten Landeskrankenhäuser, die Entlassung der dort zum Teil langjährig behandelten Patienten, die Rückführung dieser Menschen an ihren ursprünglichen Lebens- und Wohnort und ihre wohnortnahe Behandlung und Betreuung. Implizit stand der Begriff aber gleichzeitig für Fortschritt in der Psychiatrie, Strukturwandel des Versorgungssystems, Erproben neuer Behandlungs- und Versorgungsformen, ja manchmal sogar für Humanität in der Psychiatrie schlechthin. Für die Befürworter mit uneingeschränkt positiven Konnotationen versehen, weckte er auf der anderen Seite bei den Skeptikern schwerwiegende Bedenken: Zukünftig würden möglicherweise viele psychiatrische Patienten nicht mehr ausreichend medizinisch behandelt und versorgt werden, in Obdachlosigkeit und Armut leben und häufiger als früher Opfer krimineller Taten werden. Das Thema polarisierte die Fachwelt gewissermaßen in zwei Lager: wer in der Psychiatrie arbeitete, war entweder für oder gegen eine Enthospitalisierung, indifferent war er jedenfalls nicht.

Neben einer Auseinandersetzung darüber, was eine Enthospitalisierung für die betroffenen Patienten bewirken könnte, existierten bei den Professionellen psychiatrischer Institutionen auch – meist unausgesprochene – Befürchtungen oder Hoffnungen hinsichtlich der eigenen beruflichen Perspektive. Mussten die Mitarbeiter der Krankenhäuser (und hier vor allem das Pflegepersonal) in letzter Konsequenz den Verlust ihres Arbeitsplatzes befürchten, so konnten die Mitarbeiter des ambulanten und komplementären Bereichs (besonders die Sozialarbeiter) hoffen, ihr berufliches Aufgabengebiet zu erweitern und die eigenen Arbeitsplätze abzusichern.

Während in der deutschen (auch wissenschaftlichen) Fachwelt um das Thema Enthospitalisierung gestritten wurde, blieb die Öffentlichkeit von derartigen Diskussionen unberührt. Der Begriff Enthospitalisierung rief hier keinerlei Emotionen hervor, es entstand bei uns auch keine Diskussion über mögliche Sicherheitsrisiken, wie sie in angloamerikanischen Ländern bereits zu dieser Zeit in der Presse thematisiert wurden. Assoziationen wurden allenfalls zum Begriff »Hospitalismus« geweckt. Seit den Studien von Renè SPITZ (1957 und 1967) über die Entwicklungsstörungen und bleibenden Schäden von Heimkindern, die in reizarmer Umgebung und einem Milieu fehlender emotionaler Zuwendung aufwuchsen, verbindet auch der Laie negative Aspekte mit diesem Begriff. Wenn auch die

Untersuchungen von WING & BROWN (1970) in drei psychiatrischen Langzeitkliniken über die schädlichen Auswirkungen eines restriktiven, reizarmen Milieus auf den klinischen Zustand der Patienten und Goffmans Charakterisierung der ›totalen Institutionen‹ (GOFFMAN 1972) vorwiegend in Fachkreisen rezipiert wurden, so erhärtete sich doch auch im öffentlichen Bewusstsein eine negative Bewertung von Hospitalismusphänomenen. Möglicherweise im Umkehrschluss (»Wenn Hospitalismus schlecht ist, muss *Enthospitalisierung* wohl etwas Positives sein«) reagierte die Öffentlichkeit verhalten positiv oder zumindest nicht offen feindlich auf die ersten Bemühungen zur Enthospitalisierung psychisch Kranker in Deutschland.

Im deutschsprachigen Raum hat sich der Begriff *Enthospitalisierung* gegenüber dem aus dem Englischen stammenden Begriff *Deinstitutionalisierung* durchgesetzt. Beide Begriffe werden zwar häufig synonym benutzt, haben jedoch einen etwas anderen Bedeutungsumfang, was mit ihrem jeweils unterschiedlichen Entstehungskontext zusammenhängt. Enthospitalisierung entstand im Kontext der Psychiatrie und meint immer auch buchstäblich den Ortswechsel der Patienten von der Klinik in wohnortnahe Betreuungsformen. Deinstitutionalisierung hingegen bezeichnet allgemein eine Verminderung institutioneller Hilfe, bezieht sich also nicht auf Personen, sondern auf Strukturen professioneller Hilfeleistungen. Der Begriff entstand nicht speziell im Zusammenhang psychiatrischer Versorgung, sondern zielt beispielsweise auch auf den Bereich der Alten- oder Jugendhilfe (MOXLEY 1989). In ihm ist immer auch ein emanzipatorischer Anspruch enthalten, da er eine Verringerung von Abhängigkeit erzeugenden bzw. aufrechterhaltenden Strukturen anstrebt und den Einzelnen soweit wie möglich zur eigenen Verantwortungsübernahme befähigen will.

1.1 Definition und Konzeptualisierung

BACHRACH (1994) definiert Enthospitalisierung als einen Prozess, in dem psychiatrische Langzeitkrankenhäuser ersetzt werden durch kleinere, weniger isolierte Dienste in der Gemeinde. Dieser Prozess schließt drei Komponenten mit ein:

1. die Entlassung psychiatrischer Langzeitpatienten aus der Klinik,
2. die Verhütung stationärer Neu- oder Wiederaufnahmen,
3. die Entwicklung spezieller, alternativer gemeindepsychiatrischer Angebote.

Enthospitalisierung ist demnach als ein komplexer Prozess zu verstehen, der auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichem Fokus wissenschaftlich untersucht werden kann: auf der Systemebene (hier interessieren beispielsweise die Auswirkungen auf die Struktur des Versorgungssystems), auf der Programmebene (z. B. Evaluation einzelner Behandlungs- und Betreuungsformen) oder auf der

Ebene des Outcome, wobei zwischen patientenbezogenen (welche Veränderungen sind im Verlauf der Enthospitalisierung bei den Patienten hinsichtlich definierter Kriterien zu beobachten?) und sonstigen Outcomekriterien (z. B. Kosten, Belastung für Angehörige) differenziert werden kann.

BACHRACH (1996) hat darauf aufmerksam gemacht, dass die Institution Klinik manifeste (offizielle) und latente (häufig unausgesprochene) Funktionen hat, die bei einer Verlagerung des Behandlungs- und Betreuungsschwerpunktes von der Klinik in die Gemeinde mitbedacht werden müssen.

Zu den manifesten Funktionen einer psychiatrischen Klinik zählt sie

- die Behandlung inklusive somatischer Diagnostik und Therapie,
- den Schutz,
- die Sicherung basaler Bedürfnisse (Ernährung, Bekleidung, Unterkunft),
- das Angebot von Arbeitstherapie und -rehabilitation,
- die Erholung (›Auszeit‹) für die betreffende Familie des Patienten,
- die sichere Unterbringung sich selbst oder andere gefährdender Menschen,
- die Ausbildung angehender Ärzte und anderer Gesundheitsberufe sowie
- die Forschung.

Zu den latenten Funktionen gehören

- die Sicherung der Arbeitsplätze für die Mitarbeiter,
- die Absonderung unbequemer oder gefährlicher Menschen von der Gesellschaft,
- die wirtschaftliche Bedeutung des Klinikbetriebs für die jeweilige Region,
- die Aufrechterhaltung der Illusion einer umfassenden Versorgung der Patienten,
- die Vorgabe klar strukturierter Rollen für Mitarbeiter und Patienten.

Auch wenn manifeste und latente Funktionen nicht immer eindeutig voneinander abzugrenzen sind, erscheint eine solche Differenzierung sinnvoll, da sie auf mögliche Probleme hinweist, die im Zuge einer Enthospitalisierung und der damit einhergehenden strukturellen Veränderungen des Versorgungssystems auftreten können. Mit zunehmender Verlagerung der Behandlung und Betreuung in die Gemeinde werden einige dieser Funktionen gefährdet bzw. geschwächt. So ist beispielsweise die Sicherstellung basaler Bedürfnisse psychisch Kranker infolge mangelnder Betreuungskontinuität im ambulant-komplementären Bereich zuweilen gefährdet; noch immer fehlen Arbeitsmöglichkeiten wie Zuverdienst-arbeitsplätze oder Selbsthilfefirmen; Arbeitsplätze für die Klinikmitarbeiter sind potenziell gefährdet; Rollendefinitionen für Betreute und Betreuer sind weniger scharf umrissen, was Unsicherheit verursachen kann. Wesentlich ist, dass bei der Versorgungsplanung sowohl die manifesten als auch die latenten Funktionen einer Klinik und Möglichkeiten zu deren Transfer in die Gemeinde bedacht und einbezogen werden.

1.2. Indikatoren für eine Strukturveränderung des Versorgungssystems

Der grundlegende Strukturwandel, den das psychiatrische Versorgungssystem im Zuge von Enthospitalisierungsmaßnahmen erfährt, lässt sich mit Hilfe von Indikatoren beschreiben.

Analog zu Bachrachs Definition sollte eine umfassende Beschreibung der Enthospitalisierungspraxis in verschiedenen Ländern zweierlei umfassen: Eine Beschreibung des Veränderungsprozesses in den Krankenhäusern und eine Beschreibung der Entwicklung und des Aufbaus außerstationärer Betreuungsformen. Da sich der Aufbau der außerstationären Versorgung wohnortnah und dezentral vollzieht, liegen hierfür bisher auf nationaler Ebene keine verfügbaren Daten vor, die eine Einschätzung darüber ermöglichen, welche Einrichtungen in welcher Anzahl aufgebaut worden sind. Für den stationären Bereich hingegen können Informationen aus den Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhausdokumentation verwendet werden.

Ein international anerkannter Indikatorensatz für die Beschreibung des psychiatrischen Versorgungssystems und seines Strukturwandels fehlt bislang. RÖSSLER & SALIZE (1996) haben einen Indikatorenkatalog vorgeschlagen, der sowohl die aktuelle Datensituation als auch den Aspekt der Praktikabilität berücksichtigt. Danach können als Indikatoren herangezogen werden:

- *Die Anzahl psychiatrischer Krankenhausbetten in einem Versorgungsgebiet*; ein wichtiger Indikator, der allerdings weniger aussagekräftig ist als Kennwerte in Relation zur Bevölkerungszahl.
- *Die Bettenmessziffer* (Anzahl psychiatrischer Betten pro 1000 Einwohner); ein Indikator, der auch länderübergreifende Vergleiche ermöglicht. Die Diskussion über eine »angemessene« oder »erforderliche« Bettenmessziffer wird teilweise sehr heftig geführt und berücksichtigt häufig nicht, dass Messziffern für den stationären Sektor immer nur in Relation zur Entwicklung und Differenziertheit des jeweiligen ambulant-komplementären Versorgungssektors definiert werden können. Die angegebenen Werte schwanken zwischen 0,6 und 2.
- *Die Anzahl stationär behandelte psychiatrischer Patienten zu einem Stichtag*; auch dieser Indikator kann nur im Zeitverlauf oder im Zusammenhang anderer Kennwerte sinnvoll interpretiert werden.
- *Die durchschnittliche stationäre Verweildauer*; ein klassischer Indikator für Enthospitalisierung.
- *Die Größe psychiatrischer Krankenhäuser*; ebenfalls ein klassischer, wenn auch indirekter Indikator für Enthospitalisierung, da langzeithospitalisierte Patienten vorwiegend in großen Krankenhäusern zu finden sind.
- *Der Anteil psychiatrischer Betten in Fachkliniken, Universitätskliniken und Allgemeinkrankenhäusern*; ein indirekter Indikator für den Stand der Enthospi-

alisierung insofern, als davon ausgegangen wird, dass in den genannten Krankenhäusern Patienten seltener langzeithospitalisiert werden.

Bei einem Vergleich unterschiedlicher Versorgungsregionen (national oder international) oder unterschiedlicher Zeitspannen anhand eines bestimmten Indikators muss außerdem berücksichtigt werden, ob die Definition bzw. Operationalisierung des betreffenden Indikators identisch ausfällt. So ist es beispielsweise von Bedeutung, ob der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Forensik und der Sucht mit einbezogen werden und ob stationäre Rehabilitationseinrichtungen berücksichtigt werden. Und ein weiterer Umstand muss mitbedacht werden: Durch einen Wechsel der Zuständigkeit der Kostenträger können z. B. aus Krankenhausbetten Heimplätze werden, was sich in der Statistik als Bettenabbau niederschlägt, ohne dass ein einziger Patient seinen Lebensort gewechselt hätte.

Indikatoren können demnach nur vorsichtig, d. h. unter Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen interpretiert werden. Ungeachtet dessen haben sie ihren Sinn und ihre Berechtigung insbesondere dann, wenn es um allgemeine Aussagen über strukturelle Entwicklungen der psychiatrischen Versorgung geht. In den folgenden Abschnitten wird die Situation in den USA und in Europa anhand von wesentlichen Indikatoren umrissen, bevor auf die Situation in Deutschland und in Berlin eingegangen wird.

1.3 Enthospitalisierung in verschiedenen Ländern

1.3.1 USA und europäische Länder

Einen ausführlichen Überblick über Praxis und Entwicklung der Enthospitalisierung in verschiedenen Ländern geben THORNICROFT & BEBBINGTON (1989) und O'DRISCOLL (1993). Danach erreichte die Anzahl psychiatrischer Patienten in Krankenhäusern in den USA und in England ihren Höhepunkt etwa zeitgleich Mitte der 50er-Jahre. In absoluten Zahlen ausgedrückt sank in den USA die Zahl psychiatrischer ›Inpatients‹ von 558.900 im Jahr 1955 auf 132.164 im Jahr 1980 (SCULL 1984 nach THORNICROFT & BEBBINGTON 1989). Ähnlich in England: hier lebten 1954 nach TOOTH & BROOKE (1961) 148.100 psychiatrische Patienten in Krankenhäusern, dagegen waren es nach dem Ergebnis der AUDIT COMMISSION (1986) im Jahr 1985 nur noch rund 64.800 Patienten (zitiert nach THORNICROFT & BEBBINGTON 1989). In den USA waren im Zeitraum von 25 Jahren 24 %, in England innerhalb von 30 Jahren sogar 44 % weniger psychiatrische Patienten in stationärer Behandlung. Die Zahlen belegen den tief greifen-

den Strukturwandel des psychiatrischen Versorgungssystems in England und zeigen, wie viele Patienten von den Veränderungen betroffen waren.

Auslöser für die Verkleinerung bzw. Schließung psychiatrischer Krankenhäuser war in England eine immense Überbelegung und Überfüllung der psychiatrischen Stationen, was zu unhaltbaren Zuständen führte und schließlich die politisch Verantwortlichen zum Handeln nötigte. In den USA kam es infolge der Enthospitalisierungsmaßnahmen zu neuen Problemen dadurch, dass viele Patienten ohne ausreichende Vorbereitung entlassen wurden, außerhalb der Klinik ohne jede Behandlung und Betreuung blieben und zu einem nicht unbeträchtlichen Teil obdachlos wurden (im Überblick bei FISCHER & BREAKEY 1986).

Etwas später als in den angloamerikanischen Ländern begann in den 70er-Jahren in Italien mit der Verabschiedung des legendären Gesetzes 180 die Ära der Deinstitutionalisierung. In diesem Gesetz wurde festgelegt, dass keine neuen Patienten mehr in die großen, staatlichen psychiatrischen Kliniken aufgenommen werden durften. In Krankenhäusern langzeithospitalisierte Patienten durften weiterhin dort als ›Gäste‹ verbleiben. Zum Teil auf dem Hintergrund einer anti-psychiatrischen Haltung, die die Asylfunktion psychiatrischer Krankenhäuser brandmarkte und diese ganz abschaffen wollte, wurde in relativ kurzer Zeit eine große Anzahl psychiatrischer Patienten entlassen. Um eine empirisch begründete Bewertung dieser Maßnahmen treffen zu können, fehlen jedoch Evaluationsstudien, die methodische Minimalstandards erfüllen und nicht nur strukturbezogene, sondern auch patientenbezogene Merkmale erfassen. Einen Überblick über vorhandene Studien geben BOLLINI & MOLLICA (1989.) Wie zu Recht von O'DRISCOLL (1993) kritisiert wird, scheint außerdem die Mehrzahl der ›echten‹ Langzeitpatienten mit ihrer Umetikettierung von Patienten zu ›Gästen‹ von der weiteren Betrachtung ausgeschlossen.

RÖSSLER, SALIZE, BIECHLE und RIECHER-RÖSSLER (1994) vergleichen die Bettenmessziffern (Betten pro 1000 Einwohner) in neun europäischen Ländern in den Jahren 1989 bis 1991. Danach liegen Luxemburg und Belgien mit 2,6 bzw. 2,08 hinsichtlich der Bettendichte an der Spitze, die Bundesrepublik Deutschland (alte Länder) mit 1,43 an siebenter Stelle. Am niedrigsten fällt die Bettenmessziffer in Italien mit 0,55 Betten aus, wobei die Autoren allerdings darauf hinweisen, dass rund 17.000 Betten in privaten psychiatrischen Krankenhäusern mit einbezogen werden müssten, was dann zu einer im europäischen Maßstab vergleichbaren Anzahl vorgehaltener Betten führt (ebenda, S. 428).

1.3.2 Deutschland

Seitdem in der Psychiatrie- Enquete (DEUTSCHER BUNDESTAG 1975) die Verhältnisse in den psychiatrischen Krankenhäusern als teilweise menschenunwürdig angeprangert wurden, hat sich die bundesdeutsche Versorgungslandschaft wesentlich geändert. In den psychiatrischen Krankenhäusern sind die baulichen, personellen und fachlichen Bedingungen verbessert worden, außerhalb der Kliniken ist an den meisten Orten ein Netz ambulanter und so genannter komplementärer Einrichtungen (Ambulanzen, therapeutische Wohngemeinschaften, Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen, Krisendienste) entstanden.

Dies hat jedoch nicht unmittelbar dazu geführt, dass Krankenhäuser verkleinert oder sogar geschlossen wurden. Vielmehr wurde zunächst parallel zum stationären Sektor ein neues ambulantes Versorgungssystem geschaffen. Solange die finanziellen Ressourcen noch genügend Spielraum ließen, wurde zwar von Fachvertretern der Grundsatz ›ambulant vor stationär‹ vertreten, Vorgaben für die Umsetzung dieser Maßgabe wurden jedoch von den politisch Verantwortlichen und den Kostenträgern nicht ernsthaft und konkret festgelegt. Erst unter dem zunehmenden Kostensenkungsdruck im gesamten Gesundheitsbereich und nicht vorrangig unter dem Primat fachlicher Erwägungen begannen in den 90er-Jahren auch in Deutschland verstärkte Bemühungen zur Enthospitalisierung psychisch Kranker. Die Langzeitbereiche der großen, psychiatrischen Landeskrankenhäuser wurden zum Teil in Pflegeheime umgewandelt und wechselten damit aus dem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen in den der Pflegeversicherung. Mit einer Verkleinerung der stationären Kapazitäten steht nun erstmals das ambulante, gemeindepsychiatrische Versorgungssystem auf dem Prüfstand mit der Frage, inwieweit es die ihm zugewiesenen Aufgaben und Funktionen auch tatsächlich erfüllen kann.

Die Verkleinerung des stationären psychiatrischen Versorgungssektors lässt sich anhand verschiedener Indikatoren belegen. Einen Überblick über die Entwicklung gibt Tabelle 1. So ging der Anteil psychiatrischer Betten an der Bettenanzahl insgesamt von 12,3 % im Jahr 1993² auf 10,6 % im Jahr 1999 zurück (STATISTISCHES BUNDESAMT 1995–2000a). Die Anzahl psychiatrischer Betten insgesamt verringerte sich im gleichen Zeitraum um 13.366 Betten (also knapp 20 %), die Fallzahl erhöhte sich dagegen um 178.182 Fälle. Die durchschnittliche Verweildauer psychiatrischer Patienten im Krankenhaus sank von 50,6 auf 29,3 Tage (Quelle: ebenda.).

Aus den Angaben lässt sich der Schluss ziehen, dass in den 90er-Jahren die Anzahl psychiatrischer Betten in Deutschland deutlich verringert wurde, allerdings nicht in annähernd gleichem Ausmaß wie 20 Jahre zuvor in den USA oder

2 Diese Angabe bezieht sich nur auf die alten Bundesländer.

Tab. 1: Indikatoren der stationären psychiatrischen Versorgung in der BRD in den Jahren 1993–1999

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Verändrg. 1993–1999
Anteil psychiatrischer Betten an Gesamtbetten	12,3 ¹	10,7	11,3	10,8	10,7	10,6	10,6	0,86
Anzahl Fachabteilungen	378	384	381	370	379	385	394	1,04
Betten insgesamt	68.846	66.067	63.807	59.524	57.703	56.392	55.480	0,8
gesamt								
Pflegedage	22.168.981	20.908.202	20.353.855	18.996.533	18.269.742	18.113.502	18.046.265	0,81
Entlassungen	426.183	450.766	477.394	505.808	539.485	572.359	606.608	1,42
Fallzahl	437.692	463.411	491.502	520.266	550.069	581.019	615.874	1,41
Verweildauer (Tage)	50,6	45,1	41,4	36,5	33,2	31,2	29,3	0,58

¹ Diese Angabe bezieht sich nur auf die alten Bundesländer.

Erwachsenenpsychiatrie ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie und Suchterkrankungen
Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT, Fachserie 12, Reihe 6.1 für die Jahre 1993–1999.

Als Kennwert für die Veränderung über die Jahre wurde jeweils der Quotient aus den Werten für 1999 und 1993 errechnet.
Werte > 1 zeigen einen Zuwachs, Werte < 1 eine Abnahme an.

in England. Fallzahlen und Entlassungen erhöhten sich jeweils fast identisch, während sowohl die Pflge tage als auch die Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern stark abnahmen. Mit anderen Worten: Trotz einer Verkleinerung der Kapazitäten im stationären Sektor wurden gleichzeitig mehr Patienten in kürzerer Zeit behandelt.

Die in Tabelle 1 aufgeführten Zahlen beziehen sich auf den gesamten stationären psychiatrischen Sektor. Dazu gehören Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken, Fachkliniken und Landesnervenkliniken. Langzeithospitalisierte Patienten befanden sich jedoch vorrangig in den alten Landesnervenkliniken und großen Fachkliniken, so dass vermutlich auch dort zuerst Maßnahmen zur Enthospitalisierung und zum Bettenabbau angesetzt haben. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die Entwicklung anhand der Indikatoren *Bettenanzahl* und *Verweildauer* für die psychiatrische Versorgung insgesamt sowie für Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrisch/neurologischen Betten.

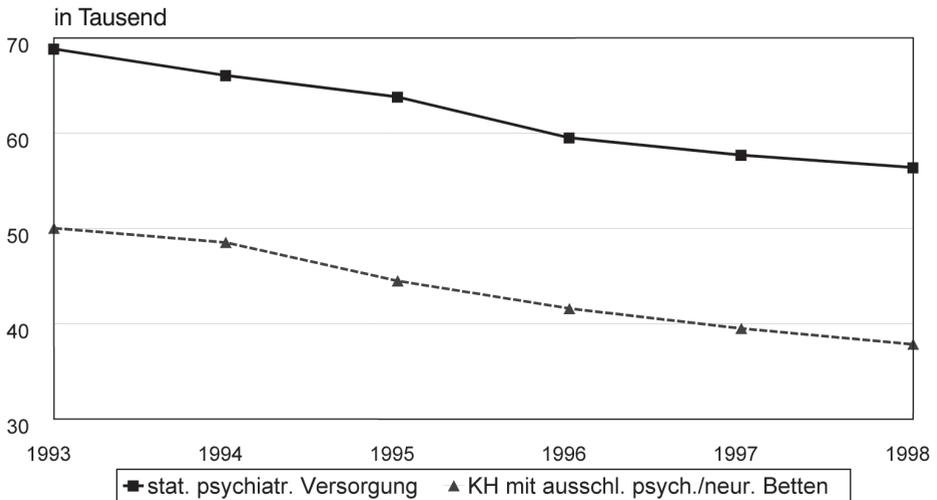


Abb. 1: Psychiatrische Betten 1993–1998; Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1

Abbildung 1 zeigt, dass sich im Zeitraum von 1993 bis 1998 die Anzahl der Betten in psychiatrisch-neurologischen Fachkliniken und Landesnervenkliniken deutlich verringerte (genau: um 12.178). Die Anzahl psychiatrischer Betten insgesamt sank proportional dazu, sodass man davon ausgehen kann, dass dies zum größten Teil auf den Rückgang der Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrisch-neurologischen Betten zurückzuführen ist.

Die Verweildauer psychiatrischer Patienten im Krankenhaus war in den Krankenhäusern mit ausschließlich psychiatrischen Betten besonders hoch. 1993 lag

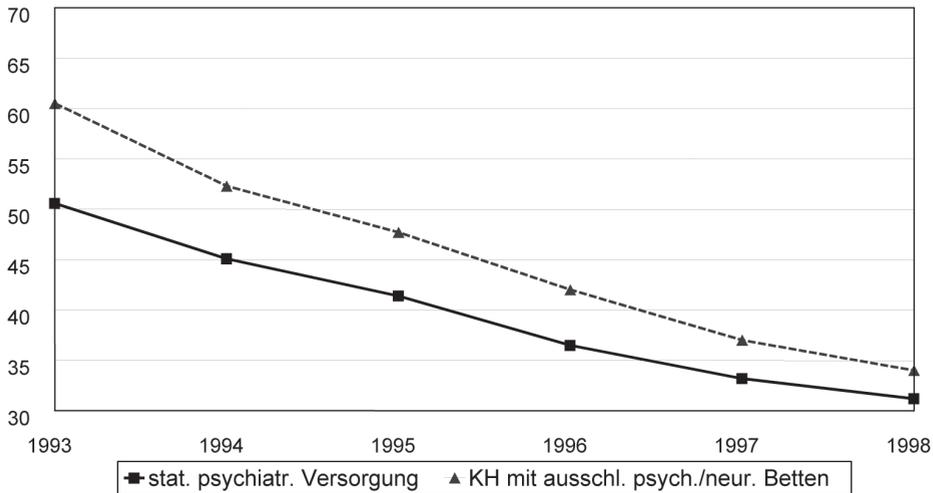


Abb. 2: Verweildauer in stationärer psychiatrischer Behandlung (Tage);
 Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1

sie noch bei durchschnittlich 60 Tagen und halbierte sich dann annähernd bis 1998 auf durchschnittlich 34 Tage. Abbildung 2 zeigt diese Entwicklung.

Die Darstellung in Abbildung 2 lässt wiederum den Schluss zu, dass die Verkürzung der Verweildauer in stationärer psychiatrischer Behandlung insgesamt in erster Linie auf eine Verkürzung der Patientenaufenthalte in Krankenhäusern mit ausschließlich psychiatrisch-neurologischen Betten zurückzuführen ist. Die Analyse der Indikatoren *Anzahl psychiatrischer Betten* und *Verweildauer in stationärer Behandlung* belegt demnach die Vermutung, dass Enthospitalisierung vor allem in Krankenhäusern mit ausschließlich psychiatrisch-neurologischen Betten stattgefunden hat.

In Tabelle 2 sind im Überblick Indikatoren für diejenigen Krankenhäuser aufgeführt, die ausschließlich psychiatrisch-neurologische Betten führen. Deren Anzahl verringerte sich im Zeitraum zwischen 1993 und 1999 um 21 Einrichtungen, gleichzeitig nahm die Zahl der großen Häuser mit mehr als 500 Betten rapide ab. Der Rückgang der Krankenhausanzahl kann allerdings nicht so interpretiert werden, dass diese mehrheitlich geschlossen wurden, wie dies etwa in den USA der Fall war, sondern ist auch durch eine Umwandlung in Kranken- und Pflegeheime bedingt. Die Bettenanzahl verringerte sich ebenso wie die Pflegetage um rund ein Viertel, Fallzahlen und Entlassungen erhöhten sich deutlich, die durchschnittliche Verweildauer in stationärer Behandlung sank auf die Hälfte der Tage. Die Kosten verringerten sich pro Behandlungsfall um knapp 30 %, die Gesamtkosten blieben demgegenüber konstant.

Tab. 2: Indikatoren der Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrisch-neurologischen Betten der Jahre 1993–1999

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Verändrg. 1993–1999
Anteil KH insgesamt	213	216	207	195	200	195	192	0,9
davon mit 500 und mehr Betten	31	27	20	14	11	10	8	0,23
Betten insgesamt	50.037	48.538	44.499	41.594	39.511	37.859	36.322	0,72
								0,8
Pflegtage	15.970.329	15.168.010	14.057.776	13.025.841	12.262.082	11.889.781	11.679.948	0,73
								0,8
Entlassungen	268.279	294.447	300.791	316.306	338.631	356.727	375.374	1,39
								1,42
Fallzahlen	264.153	289.950	294.902	310.484	331.616	349.819	368.393	1,39
								1,41
Verweildauer (Tage)	60,5	52,3	47,7	42,0	37,0	34,0	31,7	0,52
								0,58
Gesamtkosten	4.621.018	4.865.755	4.933.276	4.686.195	4.535.545	4.612.290	4.618.690	0,99
Kosten pro Behandlungsfall	17.493	16.781	16.728	15.093	13.677	13.184	12.537	0,72

Erwachsenenpsychiatrie ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie und Suchterkrankungen
Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT, Fachserie 12, Reihe 6.1 für die Jahre 1993–1999.

Als Kennwert für die Veränderung über die Jahre wurde jeweils der Quotient aus den Werten für 1999 und 1993 errechnet. Werte > 1 zeigen einen Zuwachs, Werte < 1 eine Abnahme an.

Zum Vergleich sind die Kennwerte für die Veränderung der psychiatrischen Versorgung insgesamt aus Tabelle 1 angegeben. Diese sind fett gesetzt.

Der Vergleich der Kennwerte für die Veränderung im Zeitraum 1993 bis 1999 aus Tabelle 1 und Tabelle 2 zeigt, dass sich die Bettenzahl, die Pflagetage sowie die Verweildauer in den ausschließlich psychiatrische Betten führenden Krankenhäusern besonders deutlich verändert haben.

Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der Anzahl psychiatrisch-neurologischer Fachkliniken und ihrer Größe in den Jahren 1993, 1995 und 1998. Als genereller Trend lässt sich ablesen, dass die Anzahl großer Krankenhäuser mit mehr als 500 Betten, aber auch die kleineren Häuser mit weniger als 100 Betten abgenommen und eine Konzentration auf Krankenhäuser mit einer mittleren Bettenzahl zwischen 100 und 500 stattgefunden hat. Der Schwund kleinerer Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten hat vermutlich betriebswirtschaftliche Gründe, da sich Krankenhäuser dieser Größenordnung nur schwer kosteneffizient betreiben lassen.

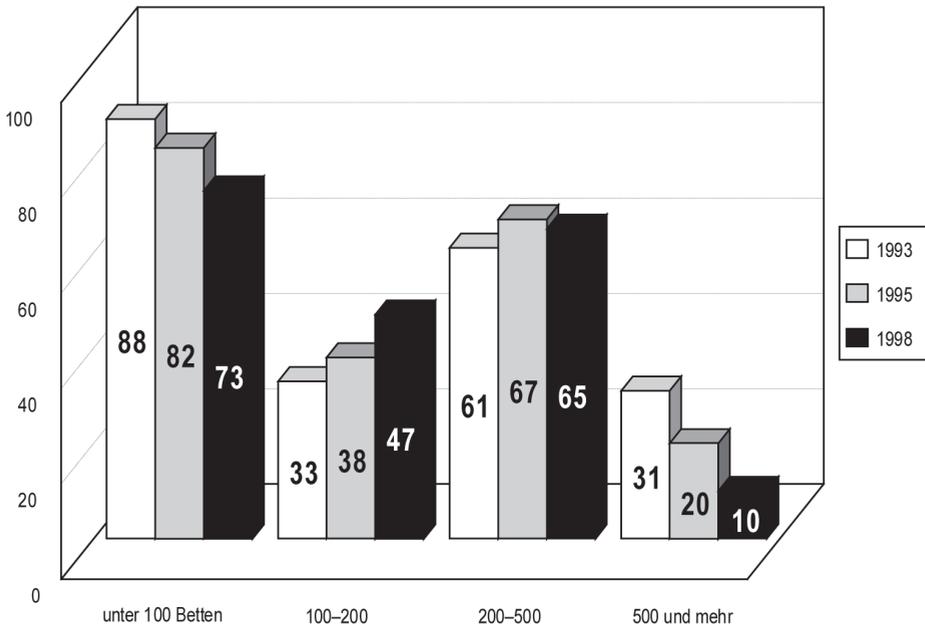


Abb. 3: Anzahl psychiatrischer/psychiatrisch-neurologischer Fachkliniken nach ihrer Größe in den Jahren 1993, 1995, 1998; Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die aufgeführten Indikatoren belegen, dass in den 90er-Jahren in Deutschland ein Strukturwandel des psychiatrischen Versorgungssystems stattfand, der eine Verkleinerung des stationären Versorgungssektors insgesamt, eine Abnahme der Anzahl von Einrichtungen mit aus-

schließlich psychiatrisch-neurologischen Betten und hier insbesondere eine Abnahme der großen Häuser mit mehr als 500 Betten beinhaltete. Gleichzeitig werden mehr Patienten bei sinkender stationärer Verweildauer und abnehmenden Fallkosten, aber jährlich konstant bleibenden Gesamtkosten behandelt.

1.3.3 Die Situation in Berlin zu Beginn der 90er-Jahre

Für Berlin liegen detaillierte Strukturdaten zur Entwicklung der stationären und ambulant-komplementären psychiatrischen Versorgung vor. Im Einzelnen sind dies:

- das *Psychiatrie-Entwicklungsprogramm für das Land Berlin – Psychiatrie Bericht Berlin – Teil III* (SENATSV ERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN 1996),
- das *Tabellenwerk Psychiatrie* (SENATSV ERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN 1999) sowie
- die *Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems Berlin* (SENATSV ERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN 1998).

Infolge der besonderen politischen Situation gab es in Berlin schon seit mehreren Jahrzehnten besonders viele Krankenhausbetten. Dies gilt auch für psychiatrische Betten, wie ein Vergleich der Bettenmessziffern der Bundesländer für das Jahr 1994 verdeutlicht (Abb. 4).

Allerdings hat es in den letzten Jahren verstärkte Anstrengungen gegeben, Betten abzubauen. Mit dem Krankenhausplan 1993 wurde eine Reduzierung der Bettenmessziffer für psychiatrische Betten (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie und Forensik) von 1,5 im Jahr 1993 auf 0,96 (Planungshorizont) für das Jahr 1998 vorgegeben. Das Psychiatrie-Entwicklungsprogramm ging noch darüber hinaus und formulierte als Zielvorgabe eine Bettenmessziffer von 0,6 inklusive Kinder- und Jugendpsychiatrie. Konkret bedeutete dies, dass insgesamt rund 1.800 psychiatrische Betten abgebaut werden sollten. Die tatsächliche Entwicklung der psychiatrischen Betten in Berlin zeigt Abbildung 5.

In der Abbildung wird zwischen ordnungsbehördlich genehmigten Betten und Betten in so genannten Sonderkrankenhäusern³ unterschieden. Letztere wurden im Zuge der Umsetzung des Psychiatrie-Entwicklungsprogramms teilweise in

3 Sonderkrankenhäuser waren Einrichtungen, die nicht im Krankenhausplan enthalten waren und in denen chronisch psychisch Kranke betreut wurden. Sie ähnelten Krankenheimen, verfügten aber im Unterschied zu diesen über einen besseren Personalschlüssel und über therapeutisches Personal (Ärzte, Psychologen).

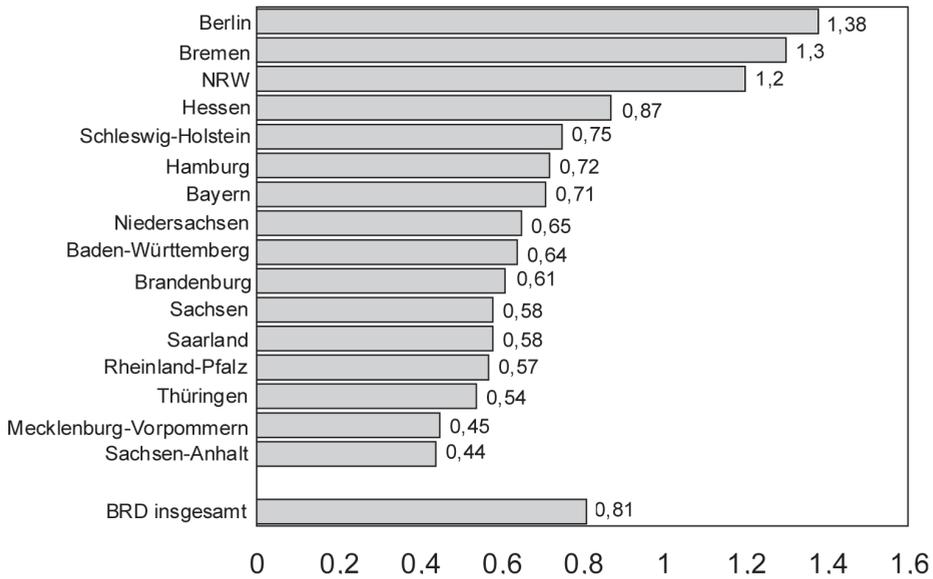


Abb. 4: Bettenmessziffern der Bundesländer im Jahr 1994 (stationäre Psychiatrie);
Quelle: Statistisches Bundesamt, nach Rössler & Salize 1996

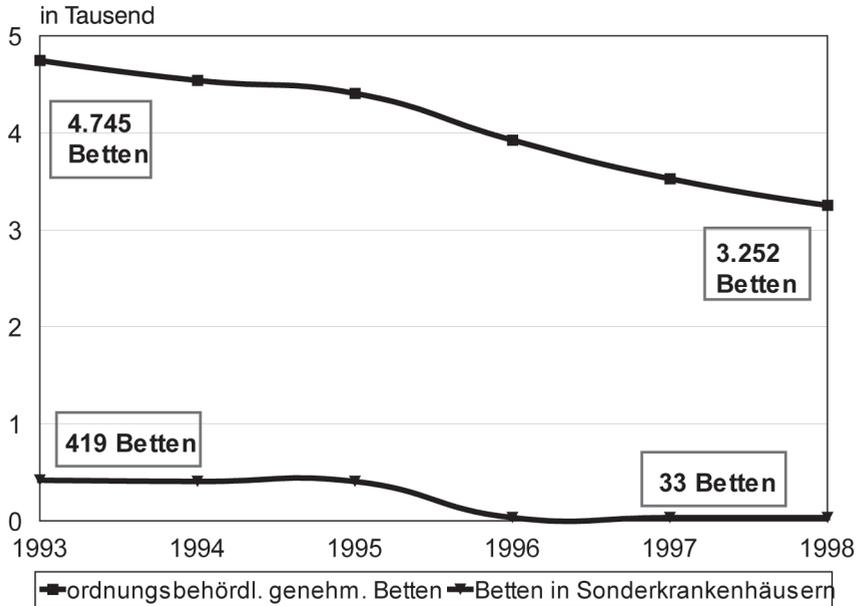


Abb. 5: Entwicklung der psychiatrischen Betten in Berlin; Quelle: Tabellenwerk Psychiatrie;
Angaben ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie und Forensik

Heime (finanziert über die Pflegeversicherung), teilweise in Einrichtungen des betreuten Wohnens (finanziert über das Bundessozialhilfegesetz) umgewandelt. Insgesamt wurden 1.879 Betten abgebaut und damit die politischen Vorgaben erfüllt bzw. sogar übertroffen.

Im Psychiatrie-Entwicklungsprogramm wurde ausdrücklich formuliert, dass die Verringerung psychiatrischer Betten an einen Aufbau entsprechender Angebote und Strukturen im ambulant-komplementären Bereich gekoppelt werden sollte. »Dementsprechend ist im Psychiatrie-Entwicklungsprogramm für jeden potenziell zu entlassenden Patienten gedanklich ein Platz im regionalen Versorgungssystem vorgemerkt. Als Berechnungsgrundlage hierfür dient die Anzahl der Betten, die noch zum Stichtag 31.12.1994 im psychiatrischen Bereich zurückzunehmen waren. Bezogen auf die Prognosebevölkerung von 1998 waren zum Stichtag noch ca. 0,4 Betten je 1.000 Einwohner zurückzunehmen, was den bis zu max. 0,4 Plätzen je 1.000 Einwohner in den betreuten Wohnformen zur Umsetzung der Enthospitalisierung entspricht.« (SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN (Hrsg.) 1996, S. 27)

Die Umsetzung dieses Vorhabens wurde dadurch möglich, dass die Krankenkassen für eine Beteiligung gewonnen werden konnten und für die Dauer von vier Jahren ein 60-Millionen-Programm zur Unterstützung der Enthospitalisierung und zum Aufbau entsprechender außerstationärer Strukturen beschlossen. Der Aus- und Aufbau komplementärer Strukturen soll exemplarisch an der Entwicklung von drei Betreuungsformen bzw. Einrichtungen (betreutes Wohnen, Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen) verdeutlicht werden.

Das *betreute Wohnen*⁴ stellt für psychisch Kranke eine Betreuung in ihrem häuslichen Umfeld bereit. Die Finanzierung erfolgt in Form von Tagessätzen über das Bundessozialhilfegesetz (Wiedereingliederungshilfe BSHG §§ 39/40). In Berlin verfügen die verschiedenen Bezirke jeweils über ein festes Kontingent von Plätzen; die Aufnahme ins betreute Wohnen erfolgt in der Regel über bezirkliche Steuerungsgremien (z. B. »AG Aufnahme« im Bezirk Charlottenburg, »Fallkonferenz« im Bezirk Spandau).

Abbildung 6 zeigt die Entwicklung der Platzzahlen im betreuten Wohnen. Nach dem *Psychiatrie-Entwicklungsprogramm* stieg die Zahl der Plätze in betreuten Wohnformen von 226 im Jahr 1985 auf 1.612 im Jahr 1995. In den leicht abweichenden Angaben des *Tabellenwerks Psychiatrie* sind zusätzlich Plätze für psychiatrisch auffällige Kinder und Jugendliche sowie für spezielle Zielgruppen enthalten. Danach erhöhte sich die Zahl der Plätze von 241 (1985) auf 2.602 (1998). Der steilste Anstieg der Kurve ist in den Jahren zwischen 1996 und 1998 zu verzeichnen.

4 Darunter werden verstanden: betreutes Einzelwohnen, therapeutische Wohngemeinschaften, Wohnverbände, Übergangswohnheime, Wohnstätten, nicht aber Kranken- und Pflegeheime.

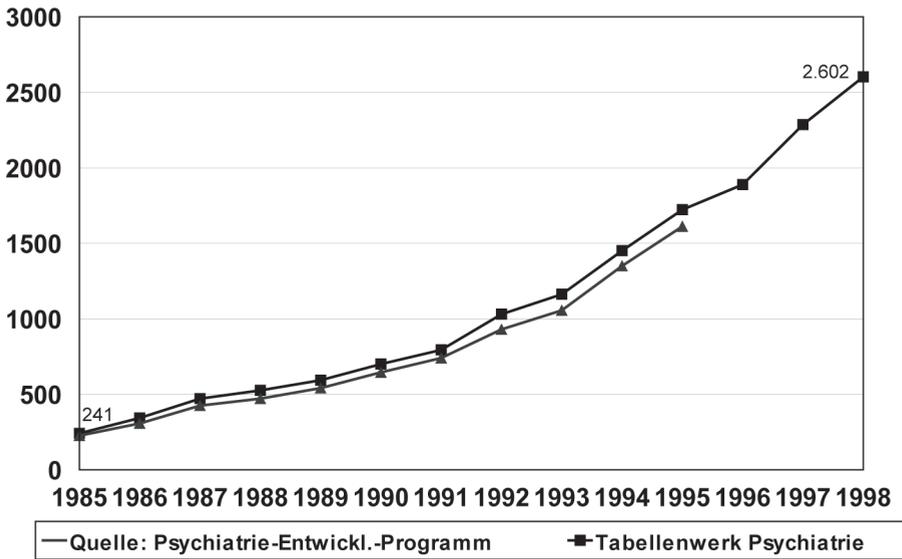
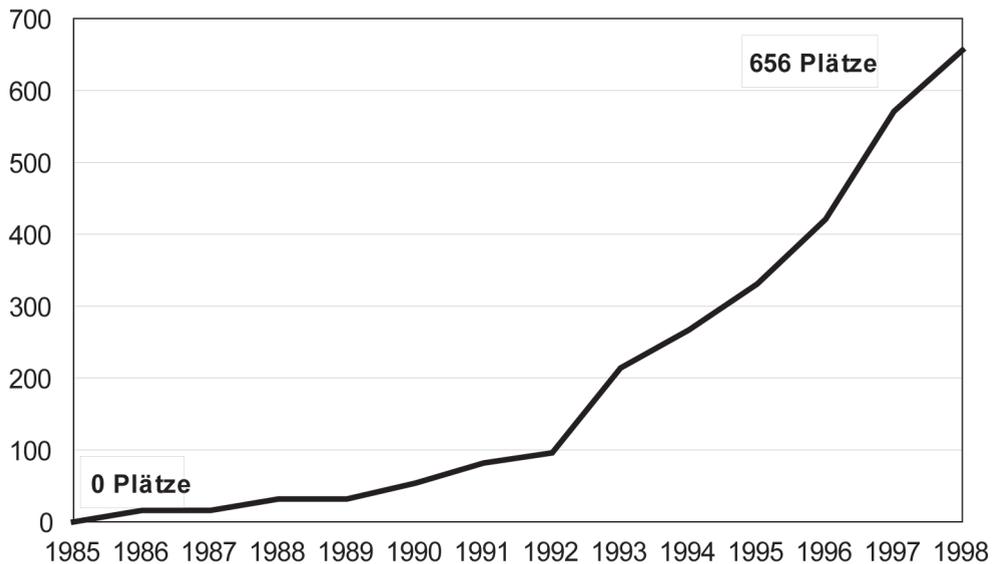


Abb. 6: Plätze in betreuten Wohneinrichtungen; Quelle: Psychiatrie-Entwicklungsprogramm für das Land Berlin

Tagesstätten für psychisch Kranke stellen für eine Gruppe von etwa 14–18 Besuchern ein meist einfach strukturiertes Programm zur Förderung alltagspraktischer Fertigkeiten und sozialer Kompetenzen sowie zur Beschäftigung zur Verfügung. Die Finanzierung erfolgt ebenfalls über die Wiedereingliederungshilfe des Bundessozialhilfegesetzes. Die Entwicklung der Plätze in Tagesstätten verdeutlicht Abbildung 7. 1985 gab es noch keine Tagesstätten, 1998 existierten in ganz Berlin insgesamt 656 Plätze in Tagesstätten. Der Kurvenlauf zeigt eine Verdoppelung der Platzzahl von 1992 zu 1993 und einen nachfolgenden, steilen Anstieg bis zum Jahr 1998.

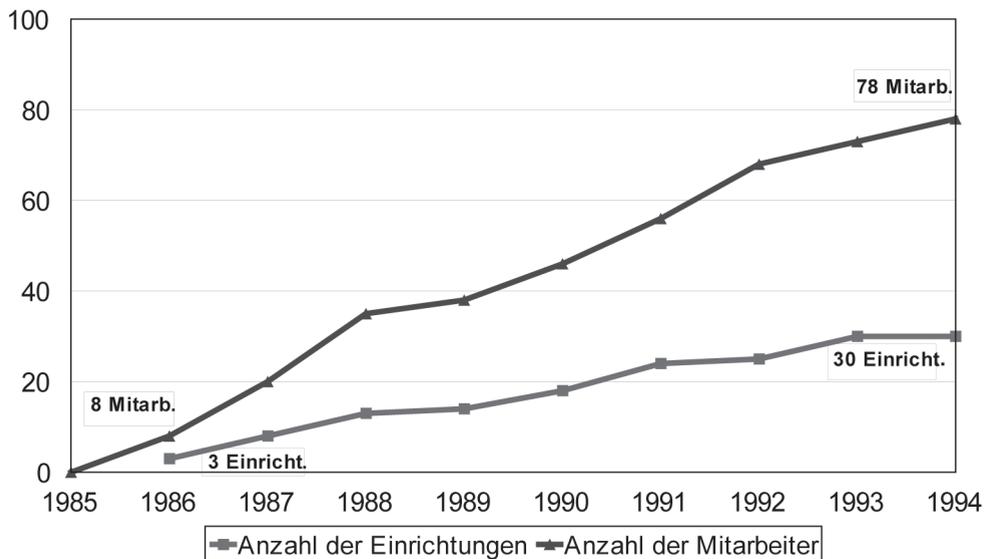
Kontakt- und Beratungsstellen bieten niedrigschwellige Angebote zur Kontaktfindung und Begegnung mit anderen Menschen, zur Tagesgestaltung sowie zur Beratung und Betreuung für psychisch Kranke an. Die Finanzierung erfolgt pauschal über Zuwendungen des Landes Berlin, das heißt nicht als Einzelfall- oder Leistungsabrechnung. Der quantitative Ausbau der Kontakt- und Beratungsstellen lässt sich deshalb nicht anhand von Platzzahlen ablesen, sondern wird hier anhand der Anzahl der Einrichtungen und der Mitarbeiter beschrieben (siehe Abbildung 8). 1985 gab es noch keine vom Land Berlin finanzierten Kontakt- und Beratungsstellen. 1986 existierten insgesamt drei Einrichtungen mit acht Mitarbeitern, 1994 bereits 30 Einrichtungen mit insgesamt 78 Mitarbeitern.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in Berlin in den 90er-Jahren die



Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht
 Quelle: Tabellenwerk Psychiatrie

Abb. 7: Plätze in tagesstrukturierenden Angeboten



Quelle: Psychiatrie-Entwicklungsprogramm

Abb. 8: Anzahl von Kontakt- und Beratungsstellen und Anzahl der dort tätigen Mitarbeiter

Zahl psychiatrischer Betten in den Kliniken um insgesamt knapp 1.900 verringert wurde und dass der komplementäre Bereich des Versorgungssystems – insbesondere das betreute Wohnen sowie die Tagesstätten – erheblich erweitert bzw. aufgebaut wurde. Aus den dargestellten Strukturdaten lassen sich allerdings keinerlei Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung und die konkreten Auswirkungen auf die betroffenen Patienten ziehen. Hierüber liegen meines Wissens bisher noch keine systematisch erhobenen Informationen vor.

1.4 Empirische Untersuchungen zur Enthospitalisierung

1.4.1 Untersuchungsebenen und Ansätze

Enthospitalisierung wird auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichem Fokus wissenschaftlich untersucht:

Auf der *Systemebene* interessieren die Auswirkungen der Enthospitalisierung auf das Versorgungssystem als Ganzes oder auf seine einzelnen Teile (Klinik, ambulant-komplementäre Versorgungseinrichtungen). Ein Beispiel dafür ist etwa die Untersuchung der Glenside-Klinik in Bristol. In dieser einzigartigen Studie wurde seit 1960 alle fünf Jahre die Patientenpopulation des Krankenhauses hinsichtlich ihrer absoluten Anzahl, ihres Alters, ihrer Diagnosen, Pflegebedürftigkeit, Hospitalisierungsdauer und Beschäftigungssituation untersucht (FORD, GODDARD und LANDSDELL-WELFARE 1987). Die Autoren fanden, dass sich im Verlauf von 25 Jahren die absoluten Patientenzahlen zwar stetig verringerten, jedoch mit den Jahren immer langsamer; die Altersstruktur der Patientenpopulation blieb im Wesentlichen unverändert, der Anteil von Patienten mit geistiger Behinderung sank von 9 % im Jahr 1975 auf 1 % im Jahr 1985, während der Anteil von Patienten mit dementiellen Erkrankungen nur leicht anstieg. Andere Beispiele für diesen Untersuchungsansatz sind Studien, die mit Hilfe eines Fallregisters beobachten, wie sich im Zuge der Enthospitalisierung die Inanspruchnahme stationärer gegenüber ambulanter Behandlung und komplementärer Betreuung verändert, wie dies etwa Häfner und Koautoren in Mannheim (HÄFNER & KLUG 1982; HÄFNER, AN DER HEIDEN, BUCHHOLZ, BARDENS, KLUG und KRUMM 1986) und Giel in Groningen (GIEL 1986) taten. HÄFNER & KLUG (1982) fanden zwar eine deutliche Abnahme der ›alten‹ Langzeitpatienten in den Kliniken, konstatierten jedoch in der Folge eine geringe Zunahme von so genannten ›neuen‹ Langzeitpatienten.

Auf der *Programmebene* geht es um die Wirksamkeit bestimmter Behandlungsformen, Maßnahmen, Dienste oder Einrichtungen, das heißt es handelt sich hier um Evaluationsstudien im engeren Sinne. Hier werden zum Beispiel Einrichtun-

gen des Betreuten Wohnens (therapeutische Wohngemeinschaften, Wohnheime) im Hinblick auf ihren Nutzen für die Integration ehemals langzeithospitalisierter Patienten untersucht. So zeigen einige Befunde, dass ein Großteil chronisch psychiatrischer Patienten im Betreuten Wohnen auch längerfristig in der Gemeinde leben kann (VAITL, BENDER und QUINKLER 1986; HUBSCHMIED, PFISTER und SPALINGER 1988; BROWN, RIDGWAY, ANTHONY und ROGERS 1991; OKIN, BORUS, BAER und JONES 1995). Die methodische Qualität der Studien ist allerdings sehr unterschiedlich; mitunter wird auch nicht klar danach unterschieden, ob eine bestimmte Einrichtung oder ein bestimmter Einrichtungstyp evaluiert werden soll (vgl. dazu HOFFMANN 1999).

Auf *individueller Ebene* werden die Effekte (der *Outcome*) von Enthospitalisierung auf die Patienten selbst, auf Angehörige und Mitarbeiter oder auch auf entstehende Kosten der Behandlung untersucht. Die weitaus meisten Studien beziehen sich auf den patientenbezogenen Outcome oder auf Kostenfragen, seltener werden die Auswirkungen auf die Mitarbeiter oder auf die Angehörigen fokussiert. Outcome wird heute grundsätzlich als mehrdimensionales Konstrukt verstanden (HANSSON 1996). Einen Überblick über Outcomestudien bei klinikentlassenen psychiatrischen Patienten geben AVISON & SPEECHLEY (1987). Nach Durchsicht und Bewertung von 33 Studien kommen sie zu dem Schluss, dass eine Vielzahl der Studien methodisch unzulänglich ist, eine untersuchungsleitende theoretische Perspektive meistens fehlt und bei der Identifizierung derjenigen Faktoren, die eine Integration psychiatrischer Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik begünstigen, bislang kein wesentlicher Erkenntnisfortschritt erreicht worden ist.

Differenzieren lassen sich außerdem Studien, die die *Schließung* eines Krankenhauses evaluieren (z. B. O'DRISCOLL & LEFF 1993) und solche, bei denen lediglich die Verkleinerung eines Krankenhauses – das heißt die *Verringerung der Bettenzahlen* – untersucht wird (z. B. HARDING, BROOKS, ASHIKAGA, STRAUSS und BREIER 1987a und 1987b). Im vorliegenden Zusammenhang interessieren an erster Stelle Studien, die sich auf den patientenbezogenen Outcome beziehen.

1.4.2 Methodische Aspekte

Im Folgenden werden methodische Probleme erörtert, die sich bei der Untersuchung von Enthospitalisierungsprozessen stellen. Einige dieser Probleme sind eher grundsätzlicher Natur und stellen sich generell bei empirischen Untersuchungen, andere sind spezifisch für den hier interessierenden Untersuchungsgegenstand.

Experimentelles vs. naturalistisches Design

Dem derzeit in der psychiatrischen bzw. empirisch-sozialwissenschaftlichen Forschung vorherrschenden Paradigma folgend steht ein randomisiertes experimentelles Design in der Rangfolge der Bewertungen empirischer Untersuchungen an erster Stelle. Soll die Wirksamkeit eines neuen Medikamentes, einer psychotherapeutischen Intervention oder einer neu eingeführten Betreuungsform untersucht werden, so werden die betreffenden Patienten bzw. Probanden randomisiert, also zufällig der Experimentalgruppe, in der die Intervention stattfindet oder alternativ einer Kontrollgruppe, in der keine oder eine üblicherweise praktizierte Behandlungsform angewendet wird, zugeteilt. Unterschiede zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der Effekte auf definierte Zielvariablen werden dann auf die stattgefundene Intervention zurückgeführt.

Für den hier interessierenden Untersuchungsgegenstand *Enthospitalisierung* hieße das, dass die Patienten per Zufall für eine Entlassung aus der Klinik bzw. für eine weitere stationäre Behandlung ausgewählt werden. Ein solches Vorgehen erscheint aus verschiedenen Gründen aber nicht möglich. Zum einen ist es aus ethischen Gründen kaum vertretbar, Patienten eine Entlassung aus der Klinik zu verweigern, bei denen diese möglich erscheint. Zum anderen lässt sich vermuten, dass die Entlassung eines Patienten aus der Klinik nicht ein zufälliger Prozess ist, sondern von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Bei psychiatrischen Patienten spielen abgesehen vom aktuellen Gesundheitszustand (z. B. der psychopathologischen Symptomatik) und den Fähigkeiten zu einer selbstständigen Lebensführung die zur Verfügung stehenden Ressourcen außerhalb der Klinik eine wesentliche Rolle. (Hat der Patient Angehörige oder Freunde, die ihn in seinem alltäglichen Leben unterstützen können? Gibt es geeignete ambulante Möglichkeiten für Behandlung und Betreuung, die der Patient nutzen kann?) Auch der aktuelle Belegungsstand innerhalb der Klinik, möglicher Druck des Kostenträgers auf Beendigung des stationären Aufenthaltes, die Einstellung der behandelnden Ärzte oder weitere, im engeren Sinne sachfremde Faktoren können für die Entlassung maßgeblich sein. Aus den beschriebenen Gründen erscheint es nicht praktikabel, die Entlassung von psychiatrischen Patienten nach einem Zufallsprinzip vorzunehmen.

Für das Untersuchungsdesign bedeutet dieser Umstand, dass ein experimentelles Design nur schwer zu realisieren ist und demzufolge in den meisten Studien zur Enthospitalisierung ein naturalistisches Design angewendet wird.

Kontrollgruppen

Auch bei einem naturalistisch angelegten Studiendesign stellt sich die Frage, ob und in welcher Weise ein kontrollierter Untersuchungsansatz realisiert werden kann. Als Kontrollgruppen könnten herangezogen werden:

- Patienten einer anderen Klinik, die ebenfalls enthospitalisiert werden,
- langzeithospitalisierte Patienten in Heimen,
- weiter stationär verbliebene Patienten,
- so genannte *matched pairs*, die den enthospitalisierten Patienten in wesentlichen Merkmalen gleichen.

Als Kontrollgruppen ungeeignet sind Stichproben akut kranker oder ambulant behandelter Patienten, da sich diese in wesentlichen Charakteristika (Krankheitsschwere, Chronizität, Behandlungs- und Betreuungsbedarf) von enthospitalisierten Patienten unterscheiden dürften.

Querschnitt vs. Längsschnitt, retrospektiv vs. prospektiv

Für Studien zur Enthospitalisierung bieten sich in erster Linie Längsschnittuntersuchungen an, da ja in der Regel gerade die Entwicklung der betreffenden Patienten im Verlauf von Interesse ist. Vermutlich aufgrund der Tatsache, dass Querschnitt- im Vergleich zu Längsschnitt-Untersuchungen mit einem weitaus geringeren zeitlichen und personellen Aufwand durchgeführt werden können, existieren trotzdem eine Reihe von Querschnittuntersuchungen zum Thema.

Ähnliches gilt für die Frage, ob ein prospektiver oder ein retrospektiver Ansatz gewählt wird. Prospektive Untersuchungen sind ungleich aussagekräftiger als retrospektiv angelegte; da ihre Realisierung jedoch schwieriger ist, wird häufig ungeachtet der entstehenden methodischen Probleme (Selektion der Stichprobe auf die »erfolgreich« enthospitalisierten Patienten; indirekte Veränderungsmessungen unterliegen der Gefahr einer systematischen Verzerrung etc.) ein retrospektiver Ansatz gewählt.

Einschlusskriterien und Stichprobenauswahl

Welche Einschlusskriterien definiert und – damit zusammenhängend – welche Stichproben für die jeweiligen Untersuchungen ausgewählt werden, ist von wesentlicher Bedeutung für die Aussagekraft bzw. Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Als Einschlusskriterien können (auch in Kombination miteinander) fungieren

- *geografische und institutionelle/organisatorische Gegebenheiten*; so kann beispielsweise ein Versorgungsgebiet, eine Klinik oder eine Station eines Krankenhauses untersucht werden;
- *zeitliche Kriterien*; z. B. können alle Patienten, die zu einem Stichtag in einer Klinik in Behandlung sind, einbezogen werden;
- *diagnostische Merkmale*; z. B. können nur Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie untersucht werden;
- *Aufenthaltsdauer*; bei Enthospitalisierungsstudien wird hier meistens eine Mindestdauer (zwischen mehreren Monaten bis zu mehreren Jahren) der stationären Behandlung festgelegt.

Je enger die Einschlusskriterien gefasst sind, desto geringer ist die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse. Auf der anderen Seite ist ein Vorteil eng gefasster Einschlusskriterien darin zu sehen, dass für eine bestimmte Gruppe von Patienten sehr aussagekräftige und detaillierte Ergebnisse geliefert werden. Werden beispielsweise in einer Studie nur Patienten eines Landeskrankenhauses unter 50 Jahren mit einer schizophrenen Erkrankung und einer Aufenthaltsdauer von mindestens fünf Jahren einbezogen, können vermutlich für diese Patientengruppe sehr genaue Aussagen getroffen werden, für andere Gruppen (z. B. ältere Patienten mit Multimorbidität) hingegen so gut wie keine.

Einschlusskriterien und methodisches Vorgehen müssen sorgfältig operationalisiert werden, um Unklarheiten zu vermeiden. So ist etwa das Merkmal »Chronisch psychiatrischer Patient« allein unzureichend, um als Einschlusskriterium zu dienen. Die Wahl der Einschlusskriterien wird immer auch von dem jeweiligen Untersuchungsziel und dem Kontext der Studie (Auftraggeber, Finanzierung) abhängen.

Evaluationskriterien

Outcome wird heutzutage grundsätzlich als multidimensionales Konstrukt (HANSSON 1996) verstanden. Als Erfolgskriterien wurden in der Vergangenheit häufig das Ausmaß psychopathologischer Symptomatik, die Anzahl und Dauer stationärer Behandlungen, die Dauer des Verbleibs des Patienten in der Gemeinde, die soziale Anpassung oder das soziale Funktionsniveau herangezogen. In letzter Zeit werden im Sinne einer verstärkten Nutzerorientierung häufig auch subjektive Evaluationskriterien (Priebe, GRUYTERS, HEINZE, HOFFMANN und JÄKEL 1995) wie die Lebensqualität (HOFFMANN, PRIEBE, ISERMANN und KAISER 1997; LEFF, DAYSON, GOOCH, THORNICROFT und WILLS 1996; PRIEBE, KAISER und HUXLEY 1996; im Überblick bei BARRY & ZISSI 1997), die Bedürfnisse nach Hilfe und Unterstützung (HOFFMANN & PRIEBE 1996) und die Nutzer-

zufriedenheit bzw. Behandlungsbewertung (GRUYTERS & PRIEBE 1992; PRIEBE & GRUYTERS 1995) einbezogen.

1.4.3 Ältere Studien zum Krankheitsverlauf und zur Gemeindepsychiatrie

Ältere Studien zum Krankheitsverlauf schizophrener Erkrankungen, etwa von BLEULER (1976) in Zürich (Klinik Burghölzli), von HUBER (1968) in Bonn oder CIOMPI & MÜLLER (1976) in Lausanne, haben zukünftigen Bemühungen der Enthospitalisierung den Boden bereitet und die wissenschaftliche Diskussion sehr angeregt, indem sie dem bis dahin vorherrschenden Dogma von der Unheilbarkeit der Schizophrenie positive Befunde gegenüberstellten. Sie werden aber hier nicht ausführlich referiert, da sich der Fokus bei diesen Untersuchungen nicht auf den Prozess der Enthospitalisierung richtet, sondern in erster Linie auf den Krankheitsverlauf bei schizophrenen Patienten.

Auch die bahnbrechenden Untersuchungen von Stein, Test und Weisbrod aus den 80er Jahren (STEIN & TEST 1980; WEISBROD, TEST und STEIN 1980; TEST & STEIN 1980), die die Wirksamkeit gemeindepsychiatrischer Behandlungsprogramme eindrucksvoll belegten, haben zwar großen Einfluss auf die gemeindepsychiatrische Versorgung und Forschung ausgeübt, können aber nicht als Enthospitalisierungsstudien im engeren Sinne gewertet werden. In ihren Untersuchungen zeigten die Autoren, dass gemeindepsychiatrische Behandlung hinsichtlich der meisten Kriterien (psychopathologische Symptomatik, Freizeitaktivitäten, soziale Beziehungen) mindestens genauso wirksam war wie herkömmliche stationäre Behandlung, bei Patienten und Angehörigen zu größerer Zufriedenheit führte und keine höheren finanziellen und sozialen Kosten verursachte. Da die Autoren jedoch gemeindepsychiatrische Behandlung als *Alternative* zur Klinikbehandlung und nicht Enthospitalisierung im engeren Sinne, also die Entlassung langzeithospitalisierter Patienten, untersuchten, können die Ergebnisse nicht unmittelbar auf das hier interessierende Thema übertragen werden. Erwähnung finden sie allerdings an dieser Stelle, da ihre Befunde gleichsam die Grundlage bilden, auf die sich jüngere und spezifische Studien zur Enthospitalisierung auch heute noch stützen.

Die im Zusammenhang mit dem Thema Enthospitalisierung häufig zitierten Untersuchungen von Wing und Brown aus den 70er-Jahren (WING und BROWN 1970; BROWN und WING 1972) beschäftigten sich in erster Linie mit der Umstrukturierung innerhalb von drei großen psychiatrischen Krankenhäusern (Mapperly, Netherne, Severalls) und nicht mit der Integration entlassener Patienten in die Gemeinde. Ihre Befunde belegten den Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Stationsmilieu, insbesondere dem Ausmaß an Restriktivität, Kontrolle und sozialer Stimulation und dem klinischen Zustand der Patienten. Lebten Patienten in

sehr restriktivem Stationsklima und erfuhren dort zu wenig Stimulation durch Aktivitäten, so entwickelten sie ein höheres Ausmaß an psychopathologischer Symptomatik, insbesondere eine so genannte Minussymptomatik (Antriebsverminderung, Motivationsverlust etc.). Das von Wing entwickelte Konzept der ›optimalen Stimulation‹ psychiatrischer Patienten hat das Denken und Handeln vieler Mitarbeiter im klinischen Bereich entscheidend beeinflusst.

Eine Querschnittsuntersuchung von CIOMPI, AGUÉ und DAUWALDER (1978) an 40 Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik in Lausanne, die länger als ein Jahr in stationärer Behandlung waren, kam zu dem Ergebnis, dass »eine Reihe von sozialen und situativen Variablen als spezifische Risikofaktoren eine vergleichsweise wichtigere Rolle spielen als etwa psychopathologische oder diagnostische Faktoren« (ebenda S. 336). Die nachfolgend durchgeführte Längsschnittuntersuchung (CIOMPI, AGUÉ und DAUWALDER 1979) zur prognostischen Bedeutung einer Reihe von Risikovariablen zog einen ähnlichen Schluss: »... der Rehabilitationserfolg scheint viel mehr durch das gesamte ›soziale Feld‹ als durch die Krankheit selber bestimmt zu sein« (ebenda S. 366). Damit war der Mythos, schizophrene Patienten müssten aufgrund der Schwere ihres Krankheitsbildes und -verlaufs notwendigerweise längerfristig hospitalisiert werden, endgültig zerstört. Das Augenmerk zukünftiger Studien richtete sich immer deutlicher auf diejenigen sozialen, psychischen und gesellschaftlichen Faktoren, die eine Entlassung der Patienten und ihre dauerhafte Integration in ein Lebensumfeld außerhalb der Klinik begünstigen oder erschweren könnten. Die grundsätzliche Frage, ob es überhaupt möglich sei, Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen außerhalb des Krankenhauses zu behandeln und dauerhaft zu betreuen, trat dabei immer mehr in den Hintergrund.

1.4.4 Eingrenzung: Für das Thema relevante Studien

Aus der Vielzahl existierender Studien, die sich mit einem der beschriebenen Aspekte von Enthospitalisierung beschäftigen, musste eine Auswahl getroffen werden. Berücksichtigt wurden Studien,

- die Patienten mit einer im engeren Sinne *psychiatrischen Erkrankung* einschließen (also beispielsweise nicht ausschließlich Patienten mit einer geistigen Behinderung),
- die vorrangig den *patientenbezogenen Outcome* untersuchen,
- die *langzeithospitalisierte* Patienten einbeziehen,
- deren Veröffentlichung nicht länger als *15 Jahre* zurückliegt.

Eine Beschränkung auf Studien, die innerhalb der letzten 15 Jahre veröffentlicht wurden und deren Erhebungszeitraum damit in der Regel noch länger zurück-

liegt, erscheint insofern berechtigt bzw. notwendig, als sich in diesem Zeitraum sowohl die Verhältnisse in den Kliniken als auch die Struktur des ambulant komplementären Versorgungssystems entscheidend verändert haben. Insofern haben noch ältere Studien nur sehr begrenzte Aussagekraft für heutige Bedingungen. Besonderes Augenmerk wurde auf Untersuchungen aus dem deutschen Sprachraum gelegt. Hier wurden auch Studien einbezogen, die (noch) nicht in Fachzeitschriften veröffentlicht wurden, sondern beispielsweise in Form von Projektberichten vorliegen.

1.4.5 Darstellung relevanter Studien und Ergebnisse

1.4.5.1 Internationale Studien aus den Jahren 1985–2000

Seitdem BRAUN et al. (1981) für die USA das Fehlen angemessener Evaluationsstudien zur Enthospitalisierung beklagten und dies – angesichts der Tatsache, dass Hunderttausende von psychiatrischen Patienten aus den Großkliniken entlassen wurden – als schwerwiegendes Versäumnis kritisierte, kann die Situation heute etwas positiver bewertet werden. Inzwischen liegen einige empirische Untersuchungen (im Überblick bei O'DRISCOLL 1993; siehe auch THORNICROFT & BEBBINGTON 1989 und SCHULBERG & BROMET 1981) vor. Die meisten haben den Charakter naturalistischer Studien und verwenden kein kontrolliertes Design. Eine Übersicht über die Studien gibt Tabelle 3.

Die den längsten Untersuchungszeitraum – insgesamt 25 Jahre – umfassende Studie zur Enthospitalisierung stammt aus Vermont (HARDING et al. 1987a und 1987b) und untersuchte prospektiv 269 Patienten. Es handelte sich dabei um schwer gestörte Patienten, die sich als therapieresistent gegenüber der neuen Medikation mit Chlorpromazin gezeigt hatten und als ›hoffnungslose Fälle‹ galten. Ausschlusskriterium war das Vorliegen einer organisch bedingten Störung. Im Mittel waren die Patienten sechs Jahre durchgehend hospitalisiert. Beim 5-Jahres-Follow-up lebten 70 % der Patienten in der Gemeinde, 30 % befanden sich in stationärer Behandlung. Von diesen waren 10 % nie und 20 % nach stationärer Wiederaufnahme nicht erneut entlassen worden. In einem zweiten Follow-up nach ca. 25 Jahren konnten immerhin noch 168 Patienten (62% der ursprünglichen Stichprobe) erfasst werden. In strukturierten Interviews mit Patienten und so genannten ›key-informants‹ wurden die psychopathologische Symptomatik und das Funktionsniveau der Studienteilnehmer erhoben. 50 % der Stichprobe lebte unabhängig in normalen Wohnungen, 40 % in so genannten ›boarding homes‹. 26 % übten irgendeine Form von Arbeit aus. 68 % der Patienten hatten nach einer Einschätzung auf der »Global Assessment Scale« (GAS) nur geringe Symptome bzw. lediglich geringfügige Funktionseinbußen. Die Au-

Tab. 3: Übersicht über empirische Studien zur Enthospitalisierung

	Ford et al. 1987	Gibbons & Butler 1987	Harding et al. 1987	Harding et al. 1987
Stichwort	Glenside	Heim		
Jahr der Unters.	1985	1985	1955–1965	1955–80er Jahre
Ort	Bristol	Southampton	Vermont / USA	Vermont
Institution	Glenside Hospital	Heim im Ort	State Hospital	
Einschluss-Kriterien	alle Pat. > 3 Monate hospital.	Bewohner des Heims, vorh. Hosp., Dauer mind. 1 Jahr	Schwerstgestörte, therapieresistente Patienten der Klinik	alle Patienten der Baseline
Selektion	–	ohne multiple Handicaps	keine	organ. Störungen wurden ausgeschlossen
drop-out	–	6 von 21	5 % Verweigerung	26 % tot, 5 % verweigert
n	368	15	269	168 (62 % der Baseline)
Alter	über 50 % älter als 65 Jahre	unter 65, M 47	M 40 Jahre	M 59
Geschlecht	47 % Männer	66 % Männer		50 % Männer
Diagnosen	18 % Demenz, 1 % geistig beh.; bei > 5 Jahre hosp. Pat.: 76 % Schizophrenie	2/3 Schizophrenie	79 % Schizophrenie	
Hosp. Dauer	1/3 > 25 Jahre, 60 % > 5 J., 15 % 2–5 J., 25 % 3 Monate bis 2 Jahre			
Design	seit 1960 alle 5 Jahre QS	LS prospektiv, 1 Jahr nach Entl., kontrolliert (Klinik)	M 6 Jahre ununterbrochen hospital.	LS, Kombination aus prospektiver und retrospektiver Methode

M = Mean LQ = Lebensqualität LS = Längsschnitt QS = Querschnitt WA = Wiederaufnahme

	Ford et al. 1987	Gibbons & Butler 1987	Harding et al. 1987	Harding et al. 1987
Methode	Analyse der Krankenhausdokumentation	system. Beobachtung, halb-strukturierteres Interview		strukt. Interview mit Pat. und key-informants
Instrumente	Fragebogen mit 34 Items			Vermont Community Questionnaire, GAS, Strauss-Carpenter Levels of Function scale
Outcome-Kriterien	abs. Pat. Anzahl, Hosp. Dauer, Beschäftigung, Kontakte, Pflegebedürftigkeit	LQ, Zeit in Gemeinde, Wohnbeding., Privacy, Sicherheit, soz. Bez., Finanzen, Aktivität	Aufenthaltsort Klinik oder Gemeinde	multidimensional
Ergebnisse	Abnahme der Pat. Anzahl verlangsamt, Altersstruktur gleichbleibend, > 80 % ohne Beschäftigung, 50 % selten/nie Besuch	signif. Veränder.: Zeit in Gemeinde, soz. Interaktion, Aktivität, abnor. Verh.; bessere LQ als in Klinik, aber: etwas überfüllt, laute Atmosphäre	5-Jahre-Follow-up: 70 % in Gemeinde, 30 % ohne stat. WA, 40 % nach WA entl.; 30 % in Klinik (20 % nach WA nicht entl., 10 % nie entl.); Prädiktoren f. gutes Funktionieren: weibl., schizophren, chronisch krank, verheiratet	50 % in unabh. Whg., 40 % in boarding homes; 26 % haben Arbeit; 33 % ohne Arbeit. GAS: 68 % »gut« (nur geringe Symptome oder leichte Funktionsverm).
Bewertung	einmalig und interessant	geringe Fallzahl, LQ nicht klar definiert	einmalig, untersucht wird Krankheitsverlauf	wie nebenstehend

M = Mean LQ = Lebensqualität LS = Längsschnitt QS = Querschnitt WA = Wiederaufnahme

	Pinkney et al. 1991	Fiore et al. 1991	Okin et al. 1995	Ciompi et al. 1978
Stichwort	Canada	San Clemente	group homes	Verlaufstudie
Jahr der Unters.		1978–1984	1980–1986	1975
Ort	Ontario, Canada	Venedig	Rhode Island	Lausanne
Institution	Pat. der Reha-Abt. der Klinik	Klinik San Clemente	4 group homes (24-Std. Betreuung)	Uniklinik (Sektorspital)
Einschluss-Kriterien	alle entl. Pat. der Reha Abt.	1978–84 entl. Pat.	in group homes entl. Pat. '80–'86, mind. 1 Jahr Hosp.	zum Stichtag > 1 Jahr hospitalis. Pat., jünger als 61 J., ohne Intellig. Mind.
Selektion	nein	in Altersheime entl.	–	s. oben
drop-out		136 von von 274	Tod, Umzug	–
n	55	601 (Aktenganalyse), 138 (Interview)	53	40
Alter	19–69		M 38	M 40 Jahre
Geschlecht	58 % Männer		58 % Männer	53 % Männer
Diagnosen	> 2/3 Schizophhr.	Angaben nur f. Gesamtstichprobe, nicht f. Interviewte	70 % Schizophrenie	53 % Schizophrenie
Hosp. Dauer	3–145 Mon. (kum.), M 48 Mon.			M 8,5 Jahre
Design	retrospektiv, 1 Jahr nach Entl.	retrospektiv	naturalistisch, LS prospektiv, Follow-up 4–10 Jahre	QS zum Stichtag

M = Mean LQ = Lebensqualität LS = Längsschnitt QS = Querschnitt WA = Wiederaufnahme

	Pinkney et al. 1991	Fiore et al. 1991	Okin et al. 1995	Ciampi et al. 1978
Methode	Interview Pat. u. Schlüsselinformanten	Aktenanalyse, Interviews	Fremdeinschätzung	Aktenanalyse, Einschätz. Pat., Pflegepers., Ärzte
Instrumente	Clients qol Instr. u.a.	Leitfaden	Multi-Function Needs assessment, Pat:qol	PSE, u.a.
Outcome-Kriterien	LQ, obj. Lebensbed., soz. Anpassung, Rehospitalisierung	Inanspruchn., soziale Integration, subj. Erleben, Zukunftsperspektiven	multidimensional	prämoribide, primäre u. sekundäre Behind.
Ergebnisse	LQ besser, Wohnbeding. akzept. Freizeit u. soziale Kontakte gut, Obdachlosigkeit u. Kriminalität unbedeutend	90 % bekamen prof. Hilfe, 57 % Bezieh. Familie gut, 67 % zu Nachbarn gut, keine Perspektive	57 % in betr. Wohnsettings, 55 % stat. WA, zum Follow-up Verbesserung in kognitiven u. soz. Funktionen, keine Veränd. in Sympt. und alltagspraktischen Fertigkeiten	15 % der Spitalpat. > 1 Jahr hosp., soziale und sit. Variabl. größere Bedeut. als Diagnose/Psychop. »Risiko-faktoren«: Hospitalisierung > 5 J., über 45 J. alt, wenig Kontakte, IQ < 90, geschl. Station, weibl.
Bewertung	begrenzte Aussagekraft wegen Retrospektivität	methodisch äußerst problematisch	interessante Studie, Länge zw. Index u. Follow-up variiert stark	nur Querschnitt, Ausschlusskriterien!

M = Mean LQ = Lebensqualität LS = Längsschnitt QS = Querschnitt WA = Wiederaufnahme

	TAPS 10: O'Driscoll et al. 1993	TAPS 11: Jones 1993	TAPS 12: Dayson 1993	TAPS 13: Anderson 1993
Stichwort	Baseline	Selektion	crime + vagrancy	1-Jahr-Follow
Jahr der Unters.	1985–87		1986–89	1986–89
Ort	London	London	London	London
Institution	Friern u. Claybury Hospital	Friern u. Claybury Hospital	Friern u. Claybury Hospital	Friern u. Claybury Hospital
Einschluss-Kriterien	Hosp. Dauer > 1 Jahr, keine senile Demenz	ersten 3 Jahreskohorten entl. Pat.	ersten 3 Jahreskohorten entl. Pat.	ersten 3 Jahreskohorten entl. Pat.
Selektion	Tod, präsen. Demenz			
drop-out	77 % der Stichtagserh.			
n	t ₀ : 770			
Alter	61 Jahre		2 % (n = 6)	6 %
Geschlecht	56 % Männer		entl.: 278/stat.: 683	278 (matches 262)
Diagnosen	81 % Schizophrenie		54 J./60 J.	
Hosp. Dauer	Median 28/21 J.		54 %/58 %	
Design	Baseline	retrospektiv	74 %/86 %	
Methode		Vgl.: entl. – stationäre Pat.	15/25 Jahre	
Instrumente	PSE,SBS, SNS, Patient Attitude Q., Environment. Index, Physical Health Index	Vgl.: entl. – stationäre Pat.	erstes Jahr i.d. Gemeinde unters.	matched pairs
Outcome-Kriterien	Symptomatik, phys. Gesundh., soz. Verh., soz. Netz	Informationen von Schlüsselpersonen	Straffälligkeit, Obdachlosigkeit, Tod, stat. Wiederaufnahme	siehe nebenstehend siehe nebenstehend, Autonomie

M = Mean LQ = Lebensqualität LS = Längsschnitt QS = Querschnitt WA = Wiederaufnahme

	TAPS 10: O'Driscoll et al. 1993	TAPS 11: Jones 1993	TAPS 12: Dayson 1993	TAPS 13: Anderson 1993
Ergebnisse	Negativsymptomatik bes. ausgeprägt bei schizoph. Pat. und lang. Hosp. Dauer, soz. Ver.: 20–26 % Feindseligk., 38–40 % möchten Klinik verlassen, soz. Netz: klein, > 70 % kein Kontakt mit Verw.	entl. Pat.: signifikant jünger, kürzere Hosp. Dauer, weniger häufig Diagnose Schizophrenie, größere soz. Netze, weniger Probleme in soz. Verhalten, häufiger den Wunsch, die Klinik zu verlassen	entl.: 1 Suizid, 1 in Haft, 1 obdachlos, 3 gewalttätig, 2 Opfer von Gewalt, 14 % stat. WA (meist aufgrund Ver-schlecht. des psych. Zustands), 11 % Rückkehr in Gemeinde, nat. Tod: entl. u. stat. Pat.	Psychopath.: entl. Pat. leichter Anstieg, soz. Verh. u. soz. Kontakte: Ø zw. Gruppen, aber: entl. Pat. bezeichnen mehr als »Freunde«, mehr entl. wollten an geww. Ort bleiben u. fanden Medik. hilfreich, mehr Autonomie
Bewertung	die erste prospektive Studie, meth. hervorragend, viele unterschiedliche Aspekte	wie nebenstehend	wie nebenstehend	wie nebenstehend

M = Mean LQ = Lebensqualität LS = Längsschnitt QS = Querschnitt WA = Wiederaufnahme

	TAPS 22: Leff et al. 1994	TAPS 26: Gooch & Leff 1996	TAPS 36: Trieman & Leff 1996	TAPS 46: Leff & Trieman 2000
Stichwort	5-Jahres Follow up	Factors affecting	difficult to place	5-Jahres Follow
Jahr der Unters.	1990–92	1985–91		1985–93
Ort	London	London	London	London
Institution	Friern u. Claybury Hospital	Friern u. Claybury Hospital	Friern u. Claybury Hospital	Friern u. Claybury Hospital
Einschluss-Kriterien	entl. Pat. 1985–87	alle entl. Pat. old and new long stay, mind. 1 J. durchgeh. hospit. waren	long-stay Pat., die zu problemat. für group homes waren	85–93 entlassene Pat. inkl. »neuer« Patienten
Selektion		nein	ja	Tod, stationär verlegte Pat., difficult to place
drop-out	16 %	1,1 %		3 % (o. verstorb.)
n	114	615	72	670
Alter		M 56 Jahre	M 45 Jahre	54
Geschlecht		55 % Männer	65 % Männer	50 %
Diagnosen		73 % Schizophrenie		80 % Schizophrenie
Hosp. Dauer		10,1 Jahre (kum.)		28/21 Jahre
Design	LS	prospektiv	prospektiv, 1Jahr Follow-up	3 Messzeitpunkte
Methode		6 Kohorten, Follow-up-Zeitraum 1–7 Jahre	Fremdeinschätz. 3 »Wohn«settings	general estimating aquitation
Instrumente	siehe nebenstehend	PSE, SBS, SNS, Basic Everyday Living Skills	siehe nebenst. u. Environmental Schedule, special problems	siehe nebenstehend

M = Mean LQ = Lebensqualität LS = Längsschnitt QS = Querschnitt WA = Wiederaufnahme

	TAPS 22: Leff et al. 1994	TAPS 26: Gooch & Leff 1996	TAPS 36: Trieman & Leff 1996	TAPS 46: Leff & Trieman 2000
Outcome-Kriterien	siehe nebenstehend	stat. WA, Zeitdauer nach WA in Klinik		siehe nebenstehend
Ergebnisse	4 % obdachlos, Ø straffällig geworden., Veränd. t_1-t_2 Sympt. sig. verringert, auch Negativ-S., soz. Verh. Ø, Angst: Rückgang, mehr Freunde u. Vertraute, mehr Kontakte in Gemeinde	78 % in betr. Settings entl., 29 % stat. WA, 5 Faktoren f. höheres Risiko stat. WA: jüngere, new longstay, vorh. st. Aufn., Diagnose manisch-depr., abnormes Verhalten	klin. u. soz. Kriter. keine Veränderung., special problems: 1/3 urspr. Probleme verringert, aber neue Probl. entst., phys. Aggression verringerte sich hochsignifikant	Symptom., soz. Verh.; Ø ; lebensprakt. Fertigkeit; Verbesserung nach 1 Jahr, nach 5 J. Rückgang; soz. Netz mehr Freunde u. Vertraute; Umgebung weniger restriktiv; 84 % möchten wohnen bleiben; mehr Pat. betrachten Medik. als hilfreich
Bewertung	aussagekräftig wegen Langzeitverlauf	wichtige Hinweise zu Risikofaktoren	relevant für Versorgungsplanung	Bestätigung bisheriger Befunde

M = Mean LQ = Lebensqualität LS = Längsschnitt QS = Querschnitt WA = Wiederaufnahme

	Davidson et al. 1995	Borge et al. 1999
Stichwort	Experiences	Norwegen
Jahr der Unters.	1992/93	1996
Ort	New Haven	Norwegen
Institution	State Hospital	psych. Pflegeheim
Einschluss-Kriterien	'92-'93 entl. Pat. mit > 2 Jahre Hospitalis. oder > 5 stat. Aufn.	zum Stichtag im Pflegeheim des Untersuchungsgebietes hospitalisiert
Selektion		Tod
drop-out	25 %	44 % (nicht interview- fähig)
n	12	74
Alter	42 Jahre	60 Jahre
Geschlecht	33 % Männer	73 % Männer
Diagnosen	50 % Schizophrenie	69 % Schizophrenie
Hosp. Dauer	10 Jahre (kum.)	
Design	retrospektiv	QS 6 Jahre nach Entl. aus Heim
Methode	6-9 Monate nach Entlassung qualitative Interviews	Interview mit Pat. und Betreuern; Vgl. von Pat. in Institutionen u. unabh. Wohnen
Instrumente	halbstrukt. Interviews mit Patienten und Betreuern	BPRS, REHAB (Funktionsniveau), GAF, self-repoptred qol (Skala 1-7)
Outcome-Kriterien	keine vorab defin. Kriterien	soz. Kontakt, Einsamkeit, LQ
Ergebnisse	Ähnlichkeiten zwischen dem alltägl. Leben der Pat. in der Klinik und in der Gemeinde; trotzdem klare Präferenz für Leben außerhalb der Klinik (Gründe: Freiheit, Sicherheit, Privacy, Nähe zu Angehörigen); Nachteile des Lebens i. d. Gemeinde: Fehlen einer Gruppenzugehörigkeit	41 % in allg. Pflegeh., 30 % in psych. Heim verblieben, 29 % nicht-institut. i.d. Gemeinde. Nur 56 % konnten Interviewfragen beantworten! Für 76 % war der Betr. wichtigste Bezugsperson; 46 % fühlen sich manchmal, 12 % oft einsam; Pat. außerh. Instit. höh. qol nur im Ber. Finanzen; Einsamk., Freizeitaktiv. und Zufr. mit Nachbarschaft erklären 63 % der Var. des subj. well-being
Bewertung	eine der wenigen qualitativen Studien	Zusammenh. LQ – Einsamk. interessant

M = Mean LQ = Lebensqualität LS = Längsschnitt QS = Querschnitt WA = Wiederaufnahme

	Ropers et al. 1995	Heißler 1996	Franz et al. 1998	Albrecht et al. 1997
Stichwort	Bedburg-Hau	Gütersloh	Hessen	Bielefeld
Jahr der Unters.	1993–95	1980–92	1994–97	1992–95
Ort	Bedburg Hau	Gütersloh	Hessen	Bethel/(Bielefeld)
Institution	Rhein. Landeslinik	Westf. Klinik für Psychiatrie	6 PKHs	v. Bodelschwing. Anstalten (Eckartsheim)
Einschluss-Kriterien	nicht eindeutig.	alle langzeithosp. Pat., die '81–92 entlassen wurden	Schizophr., mind. 2 Jahre in PKHs des LWV Hessen	zum Stichtag in Eckartsheim betreut
Selektion	unklar, welche entl. Pat.	keine	organisat. Gründe	nein
drop-out	22 % (Follow)	Interv.: Tod, Umzug, Verweig. nur 3 %		18,6 % Verweigerer
n	insgesamt n = 787 t ₀ : 112; t ₁ : 82, beide MZP: 61	282 insg., Interv. 186	t ₀ : 266, t ₁ : 48, t ₂ : 36 (and. Koh.)	219
Alter	M 62	M 51 Jahre	M 60 Jahre	56 Jahre
Geschlecht	50 % Männer	52 % Männer	61 % männl.	73 % Männer
Diagnosen	> 50% Schizophr.	52 % Schizophr.	nur Schizophr.	
Hosp. Dauer	21 J. (kum.)	15 Jahre (kum.)	25,3 Jahre	10 % < 10 J., 29 % 10–20 J., 61 % > 20 Jahre
Design	naturalist., QS, LS zur LQ	Aktenanalyse, natur., retrospektiv	naturalist., LS, Follow 1 Jahr, matched control	
Methode	LS, Follow-up 1/2 Jahr, qol: indirekte Messung	Aktenanalyse und semi-strukt. Interview	Interview mit Patienten und Mitarbeitern	Prospektive LS, 3 Messzeitp., qol 2 MZP nach 1 Jahr

M = Mean LQ = Lebensqualität LS = Längsschnitt QS = Querschnitt WA = Wiederaufnahme

Instrumente	Skantze QLS-100, BPRS, SBB u.a.	keine standardisierten, semistrukt. Interview, biogr. Analyse	PANSS; DAS, MILDL-GI, Belp,	BPRS, AMDP, selbstentw. FB zu soz. Kompetenz, qol, Wohnbed. u.a.
Outcome-Kriterien	Art + Anz. neuer Wohnformen, Anz. enthosp. Pat., Rückverl., LQ, Rolle der Mitarbeiter		psychopath., soz. Funktion., Complicatione, Selbstständigk., LQ, soz. Netz Freizeitverhalten	Psychopath., alltagspr. Kompetenz, LQ, Selbstwert, Mortalität
Ergebnisse	Unterschiede bei Pat. in AWG und bei Fr. Trägern; 76 % dauerh. Rückverleg., t ₁ Veränd. bei Beschäftig., Aktivität, Kontakte,	Interv.: 63 % beschäftigt außer Haus, 17 % ohne Wohnbetr.	22,5 % enthosp., enth. Pat. jünger, gering. Hosp. Dauer, Minussympt. sign. weniger, obj. qol besser, sub. qol insg. konstant, kein Unterschied zu hospit. Pat.	Psychopath. sig. verringert außer par.-halluz. Symp., Alltagsfert.: Rückgang bei t ₂ , Anstieg bei t ₃ ; qol: sign. Ver-ring. Fam., Freiz., Geld, Part.
Bewertung	method. nicht unproblematisch	nicht standard. Datenerhebung	method. Stärken, interessante Diskussion	Verständnis »interner« Enthospitalisierung probl.

M = Mean LQ = Lebensqualität LS = Längsschnitt QS = Querschnitt WA = Wiederaufnahme

toren interpretierten ihr Studienergebnis dahingehend, dass der Verlauf der Schizophrenie deutlich günstiger sei als bisher angenommen. Weiter gehende Schlussfolgerungen hinsichtlich der Struktur der außerstationären psychiatrischen Versorgung wurden nicht getroffen.

Im Zusammenhang mit der geplanten Schließung bzw. Verkleinerung psychiatrischer Krankenhäuser wurden einige naturalistische Evaluationsstudien durchgeführt (GIBBONS & BUTLER 1987; FIORE, GALANTE, HÄRTER und INGHILLERI 1991; PINKNEY, GERBER und LAFARE 1991; OKIN, BORUS, BAER und JONES 1995), die belegen, dass langzeithospitalisierte Patienten nach einer Entlassung sowohl hinsichtlich ihrer Symptomatik als auch hinsichtlich verschiedener Bereiche sozialen Funktionierens und ihrer Lebensqualität profitieren können.

So untersuchten GIBBONS & BUTLER (1987) in einer prospektiven Längsschnittuntersuchung 15 ehemalige Patienten einer psychiatrischen Station eines Allgemeinkrankenhauses, die mindestens ein Jahr ununterbrochen in stationärer Behandlung gewesen waren. Zwei Drittel der Patienten hatten die Diagnose einer Schizophrenie, ebenfalls zwei Drittel waren Männer. Ein Jahr nach der Entlassung der Patienten in ein spezielles Heim wurden die Patienten in einem halbstrukturierten Interview befragt und in ihrer natürlichen Umgebung systematisch beobachtet. Die beobachteten Patienten verbrachten signifikant mehr Zeit in der Gemeinde und zeigten häufiger soziale Interaktionen und Aktivitäten; das Auftreten abnormer Verhaltensweisen hatte sich verringert. Die Lebensqualität der Patienten wurde gegenüber der Situation in der Klinik als besser beurteilt, allerdings litten einige der Patienten unter der räumlichen Enge und lauten Atmosphäre des Heims. Methodische Schwachstellen der Untersuchung können in der geringen Stichprobengröße und in einer ungenauen Operationalisierung von Lebensqualität gesehen werden.

Ebenfalls im Längsschnitt, allerdings retrospektiv untersuchen PINKNEY et al. (1991) in Kanada 55 Patienten (davon zwei Drittel mit der Diagnose einer Schizophrenie) einer Rehabilitationsabteilung, die im Mittel vier Jahre lang (kumuliert) in stationärer Behandlung gewesen waren. Ein Jahr nach der Entlassung in die Gemeinde wurden die Patienten nachbefragt, wobei die objektiven Lebens- und Wohnbedingungen, die soziale Anpassung und die Lebensqualität in Fremd- und Selbsteinschätzung beurteilt wurden. Außerdem wurden in der Zwischenzeit erfolgte stationäre Wiederaufnahmen erfasst. Die Wohnbedingungen wurden sowohl von den Patienten selbst als auch von den Interviewern als zufrieden stellend beurteilt. Die Lebensqualität der Patienten war deutlich besser als in der Klinik, soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten wurden als gut eingeschätzt. Obdachlosigkeit und Kriminalität traten nur in wenigen Einzelfällen auf. Aufgrund des retrospektiven Ansatzes und der indirekten Veränderungsmessung kommt den Ergebnissen jedoch nur begrenzte Aussagekraft zu. Positiv ist zu bewerten, dass die Perspektive der betroffenen Patienten explizit berücksichtigt wurde.

Methodische Mängel wie etwa die Verwendung nicht-standardisierter Erhebungsinstrumente zeichnen auch eine Studie aus Italien (FIORE et al. 1991) aus, die sich mit der Enthospitalisierung des psychiatrischen Krankenhauses San Clemente in Venedig beschäftigt. Eine retrospektive Aktenanalyse zeigte, dass 42 % der Patienten zu ihren Familien zurückkehrten, 6 % in eigenen Haushalten, 4 % in Wohngemeinschaften mit anderen ehemaligen Patienten, 18 % in Altersheimen und 4 % in sonstigen Einrichtungen lebten. 26 % der Patienten erhielten einen so genannten »Gästestatus«. Fast 90 % der befragten Patienten hielten Kontakt zu psychiatrischen Diensten. Unter dem Begriff Lebensqualität wurden in unsystematischer Form Informationen zur sozialen Integration, zum erlebten Prozess der Enthospitalisierung und zur Zukunftsperspektive der ehemaligen Patienten erhoben. Danach hängt die soziale Integration in erster Hinsicht von der Wohnlage und -situation ab.

Mitte der 90er-Jahre untersuchten OKIN et al. (1995) im Längsschnitt 53 Patienten eines staatlichen Krankenhauses in Rhode Island, die in Wohneinrichtungen mit 24-Stunden Betreuung entlassen wurden. Die Studienteilnehmer wurden jeweils kurz vor ihrer Entlassung und sodann vier bis zehn Jahre nach ihrer Entlassung befragt. Beim Follow-up lebten 57 % der Patienten weiterhin in betreuten Wohneinrichtungen, 28 % in unabhängigen Wohnformen und 16 % in institutionellen Betreuungsformen. 55 % waren zwischenzeitlich erneut stationär behandelt worden. Signifikante Verbesserungen zeigten sich bei den entlassenen Patienten hinsichtlich kognitiver Fähigkeiten und sozialer Funktionen, nicht aber in Bezug auf die Symptomatik und die praktischen Alltagsfertigkeiten. Als methodische Schwäche der Studie kann bemängelt werden, dass das Zeitintervall zwischen Eingangserhebung und Follow-up stark variiert, was die Verallgemeinerbarkeit der Befunde einschränkt.

In methodischer Hinsicht eine Ausnahme stellt die Studie von DAVIDSON, HOGE, MERRILL, RAKFELDT und GRIFFITH (1995) aus New Haven (USA) dar, die mittels eines qualitativen Ansatzes eine Stichprobe von zwölf Patienten (die Hälfte davon mit einer schizophrenen Erkrankung) mit einem durchschnittlichen Alter von 42 Jahren sechs bis neun Monate nach der Entlassung retrospektiv in halbstrukturierten Interviews befragte. Verblüffenderweise stellten die Autoren bei der Auswertung der Interviews fest, dass zwischen dem Leben der Patienten in der Klinik und ihrem Leben in der Gemeinde große Ähnlichkeiten bestehen. Ungeachtet dessen äußerten ausnahmslos alle Patienten eine klare Präferenz für ein Leben in der Gemeinde. Als Gründe dafür wurden am häufigsten das Gefühl der Freiheit, die im Vergleich zur Klinik größere Sicherheit und Privatheit sowie eine größere Nähe zu Angehörigen genannt. Als bedeutsamer Nachteil eines Lebens in der Gemeinde wurde insbesondere das Fehlen einer Gruppenzugehörigkeit festgestellt.

Eine kürzlich erschienene Studie aus Norwegen (BORGE, MARTINSEN, RUUD,

WATNE und FRIIS 1999) evaluierte die Enthospitalisierung von 74 älteren Patienten (Durchschnittsalter 60 Jahre) eines psychiatrischen Pflegeheims. Sechs Jahre nach ihrer Entlassung aus dem Heim wurden Patienten und Betreuer interviewt, wobei Daten zur psychopathologischen Symptomatik, zum Funktionsniveau und zur Lebensqualität erhoben wurden. 44 % der Patienten wurden im Follow-up von den Untersuchern krankheitsbedingt als nicht interviewfähig beurteilt, was die Autoren dazu führt, grundsätzlich die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung bei psychiatrischen Patienten in Frage zu stellen. 41 % der Patienten lebten zum Zeitpunkt des Follow-up in einem allgemeinen Pflegeheim, 30 % unverändert im psychiatrischen Heim und 29 % außerhalb institutioneller Betreuung in der Gemeinde. Für 76 % der befragten Patienten war der Betreuer die wichtigste Bezugsperson im Leben; 46 % fühlten sich manchmal, 12 % oft einsam. Patienten, die außerhalb von Institutionen lebten, waren am aktivsten und hatten die zufrieden stellendsten Kontakte zu Familienangehörigen. Außerdem waren sie subjektiv zufriedener mit ihrer finanziellen Situation. Drei Variablen, nämlich Einsamkeit, Zufriedenheit mit der Nachbarschaft und mit Freizeitaktivitäten konnten rund zwei Drittel der Varianz der allgemeinen Lebenszufriedenheit aufklären.

1.4.5.1.1 Evaluation der Schließung zweier Großkrankenhäuser in London von TAPS

Die größte und methodisch anspruchsvollste Studie zur Enthospitalisierung wird seit 1993 in England von TAPS (Team for the Assessment of Psychiatric Services) durchgeführt und begleitet die Schließung von zwei psychiatrischen Großkrankenhäusern – Friern und Claybury – in London (O'DRISCOLL & LEFF 1993; deutsche Zusammenfassung siehe auch BECKER 1995). Meines Wissens handelt es sich dabei um die umfassendste prospektive Längsschnittstudie, die bisher zur Enthospitalisierung durchgeführt wurde. In einer Reihe von Publikationen werden das Design und die Anlage der Studie (O'DRISCOLL & LEFF 1993), Ergebnisse der Ausgangserhebung (O'DRISCOLL, WILLS, LEFF und MARGOLIUS 1993), Selektionsfaktoren (JONES 1993), Ergebnisse der Nachuntersuchungen nach einem Jahr (DAYSON 1993; ANDERSON et al. 1993) und nach fünf Jahren (LEFF, THORNICROFT, COXHEAD und CRAWFORD 1994), Einflussfaktoren hinsichtlich des Verbleibs der Patienten in der Gemeinde (GOOCH & LEFF 1996) und das Problem der »schwierig zu platzierenden Patienten« (TRIEMAN & LEFF 1996, 2002) behandelt.

Die Studie ist prospektiv angelegt und untersucht konsekutiv Kohorten von entlassenen Patienten, wobei nach der Methode der »matched pairs« verfahren wird: Jedem entlassenen Patienten wird ein weiter stationär behandelter Patient quasi als »Zwilling« zugeordnet, der nach Alter, Geschlecht, Diagnose und stationärer Aufenthaltsdauer vergleichbar ist. Als Outcome-Kriterien und Erhebungsinstrumente wurden verwendet:

- Basisdaten in Bezug auf demographische und krankheitsbezogene Merkmale,
- psychopathologische Symptomatik (Present State Examination, PSE),
- Informationen über den körperlichen Gesundheitszustand (Physical Health Index, PHI),
- soziales Verhalten (Social Behaviour Schedule, SBS),
- Einstellung zur Behandlung, zum Personal und zur Enthospitalisierung (Patient Attitude Questionnaire, PAQ),
- Einschätzung des aktuellen Wohnsettings hinsichtlich des Ausmaßes an möglicher Autonomie (Environmental Index, EI),
- Soziales Netzwerk (Social Network Schedule, SNS),
- Alltagsfertigkeiten (Basic Everyday Living Skills, BELS; erst im Follow-up verwendet).

In der Basiserhebung der Jahre 1985–1987 wurden insgesamt 770 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 61 Jahren (davon 65 % Männer, 81 % schizophrene Patienten) erfasst, die mindestens ein Jahr lang durchgehend hospitalisiert waren. Ausschlusskriterien waren dementielle Erkrankungen im Senium. Die kumulierte Dauer bisheriger stationärer Behandlungen war bei Patienten aus Claybury etwas höher als bei Patienten aus Friern (28 Jahre vs. 21 Jahre). Die Befunde zeigen, dass eine Negativsymptomatik bei schizophrenen Patienten und solchen mit langer Hospitalisierungsdauer besonders ausgeprägt war. 38 % (Friern) bzw. 40 % (Claybury) der Patienten hatten den Wunsch, die Klinik zu verlassen. Mehr als 70 % der Patienten hatten keinen Kontakt mehr zu Verwandten.

Im 1-Jahres Follow-up (ANDERSON et al. 1993) wurden die ersten drei Jahreskohorten entlassener Patienten, insgesamt 278 entlassene und 262 stationäre »Zwillinge« (*matches*) untersucht, wobei die Drop-out-Quote nur 6 % betrug. Entlassene Patienten zeigten im Vergleich zu den *matches* einen leichten Anstieg der psychopathologischen Symptomatik. Hinsichtlich des sozialen Verhaltens und der Anzahl sozialer Kontakte fanden sich zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede; entlassene Patienten bezeichneten aber mehr Personen ihres sozialen Netzes als »Freunde«. Im Vergleich beider Gruppen wollten mehr entlassene Patienten in ihrem jetzigen Lebensumfeld wohnen bleiben und fanden häufiger die Medikation hilfreich. Das Lebensumfeld entlassener Patienten erlaubte deutlich mehr Autonomie als das Klinikmilieu.

Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass hinsichtlich einer Entscheidung über die Entlassung eines Patienten Selektionskriterien wirksam waren: Jüngere Patienten mit kürzerer Hospitalisierungsdauer, ohne die Diagnose einer Schizophrenie, mit größeren sozialen Netzen und weniger Problemen im sozialen Verhalten hatten größere Chancen entlassen zu werden (JONES 1993). Suizid, Obdachlosigkeit und Kriminalität traten bei entlassenen Patienten nur vereinzelt auf: Nur jeweils ein Patient beging Suizid, wurde obdachlos oder inhaftiert, drei Patien-

ten waren aktiv in Gewalttätigkeiten verwickelt. Die Rate natürlicher Todesfälle lag bei entlassenen Patienten und *matches* etwa gleich hoch. 14 % der Patienten wurden im Untersuchungszeitraum erneut stationär aufgenommen, wobei der überwiegende Teil von ihnen (86 %) wieder in ihre ursprünglichen Wohn- und Betreuungssettings in der Gemeinde zurückkehren konnten (DAYSON 1993).

Im 5-Jahres-Follow-up untersuchten LEFF et al. (1994) den Verlauf bei 114 entlassenen Patienten, wobei die Drop-out Quote bei 16 % lag. 4 % der Patienten waren obdachlos, kein einziger war straffällig geworden. Die psychopathologische Symptomatik war im Verlauf deutlich verringert, insbesondere die Negativ-, aber auch die Angstsymptomatik hatte sich signifikant verbessert. Das soziale Netz der Patienten wies mehr als »Freunde« und »Vertraute« bezeichnete Personen auf. In Bezug auf die oben geschilderten Outcome-Kriterien ergibt sich also ein rundum positives Bild, das durch keinerlei gegenläufige Befunde getrübt wird. Den Ergebnissen kommt aufgrund des Untersuchungszeitraums von fünf Jahren besondere Relevanz zu.

Dem Problem des so genannten »harten Kerns« psychiatrischer Langzeitpatienten widmet sich eine weitere Studie von TAPS (TRIEMAN & LEFF 1996). Dabei geht es um die Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen im Zuge von Enthospitalisierungsbemühungen zunächst in der Klinik verbleiben, da für sie keine geeigneten Wohn- und Betreuungssettings in der Gemeinde zur Verfügung stehen. In der TAPS-Studie waren dies 72 Patienten (14 % der Eingangsstichprobe), davon 65 % Männer mit einem durchschnittlichen Alter von 45 Jahren, die als zu problematisch für die üblichen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen angesehen wurden. Diese Patienten zeichneten sich durch äußerst geringe soziale Kompetenzen und Alltagsfertigkeiten und problematisches, häufig aggressives Verhalten aus. Sie wurden in vier unterschiedliche Betreuungssettings entlassen, die sich unter anderem nach dem Grad ihrer Restriktivität und nach ihrem Personalschlüssel unterschieden; zwei davon waren allerdings psychiatrische Stationen von Allgemeinkrankenhäusern, so dass hier meiner Meinung nach nicht von Enthospitalisierung im eigentlichen Sinne gesprochen werden kann. Die Patienten wurden vor ihrer Entlassung sowie ein Jahr und fünf Jahre danach untersucht (TRIEMAN & LEFF 2002). Die Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik blieb zu beiden Zeitpunkten der Nachuntersuchung unverändert. Das soziale Funktionsniveau und problematische Verhaltensweisen der Patienten veränderten sich nach einem Jahr nicht bzw. nur geringfügig, nach fünf Jahren jedoch deutlich. Insbesondere aggressives Verhalten nahm rapide ab: Zum Zeitpunkt der Ausgangsuntersuchung zeigten 47 % der Patienten derartiges Verhalten, nach fünf Jahren nur noch 7 %. Alltagspraktische Fertigkeiten verbesserten sich signifikant nach fünf Jahren, nicht jedoch nach einem Jahr. Lediglich das soziale Netz der Patienten war auch nach dem längeren Untersuchungsintervall unverändert klein. 40 % der Patienten konnten im Untersuchungszeitraum in

›normale‹ gemeindepsychiatrische Betreuungsformen wechseln. Die Autoren interpretieren die Befunde dahingehend, dass auch Langzeitpatienten mit schweren Verhaltensauffälligkeiten von einer längerfristigen Rehabilitation in speziellen Einrichtungen profitieren und zu einem hohen Anteil von regulären gemeindepsychiatrischen Einrichtungen übernommen werden können (TRIEMAN & LEFF 2002).

1.4.5.2 Enthospitalisierungsstudien aus Deutschland

In Deutschland werden an verschiedenen Orten Enthospitalisierungsmaßnahmen und -bemühungen wissenschaftlich begleitet. Abgesehen von der *Berliner Enthospitalisierungsstudie*, die Grundlage der vorliegenden Arbeit ist, in Bremen (KRUCKENBERG, FABIAN und HENNING 1995), Bedburg-Hau (ROPER 1996; ROPERS RÖHL und SPANCKEN 1997), Bielefeld (ALBRECHT et al. 1997; INGENLEUF 1997; VIETEN, INGENLEUF, WILM und ALBRECHT 1996), Gütersloh (HEISSLER 1996) und Gießen (FRANZ, EHLERS und MEYER 1998). Die Ansprüche an methodische Standards sind jedoch bei den genannten Studien sehr unterschiedlich. Außerdem variieren die jeweils untersuchten Stichproben, das verwendete Design und die Erhebungsinstrumente, was eine Vergleichbarkeit der Studien erheblich erschwert, wenn nicht unmöglich macht. Ein Überblick über wesentliche Studienergebnisse wird zudem dadurch erschwert, dass diese teilweise nicht als Publikationen, sondern in Form von Projektabschlussberichten vorliegen. Infolge der Darstellung einer Fülle von Einzelergebnissen wird der Blick auf die Essentials der Studien zunächst verstellt. Ungeachtet dessen ist es sehr zu begrüßen, dass für bundesdeutsche Verhältnisse aus einem relativ begrenzten, überschaubaren Zeitrahmen der 90er-Jahre mehrere Studien zum Thema Enthospitalisierung vorliegen.

HEISSLER (1996) untersuchte in Gütersloh retrospektiv Patienten der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, die zwischen 1980 und 1992 entlassen wurden und davor im Zeitraum von fünf Jahren mindestens zwei Jahre lang hospitalisiert waren. Die Stichprobe umfasste insgesamt 282 Patienten, von denen 186 interviewt werden konnten. 70 Patienten waren inzwischen verstorben, acht lehnten eine Befragung ab, sieben waren nicht erreichbar, bei fünf Patienten war ein Interview wegen akuter psychotischer Symptomatik nicht möglich; bei den restlichen Patienten lagen weitere, nicht näher bezeichnete Gründe vor. Das durchschnittliche Alter betrug 51 Jahre, 52 % der Patienten hatten die Diagnose einer Schizophrenie, 16 % eine geistige Behinderung unterschiedlicher Ausprägung. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Klinik vor der Entlassung betrug zehn Jahre. Mittels einer Aktenanalyse sowie semistrukturierter Interviews und einer biografischen Analyse wurden die Lebens-, Wohn-, Arbeits-

und Betreuungssituation der ehemaligen Patienten, stationäre Wiederaufnahmen sowie ihre Wünsche untersucht. 17 % der ehemaligen Patienten lebten ohne Wohnbetreuung in eigener Wohnung, 63 % waren in irgendeiner Form außer Haus beschäftigt. Die Hälfte der Patienten war im Untersuchungszeitraum nicht wieder stationär aufgenommen worden, 25 % hatten ein bis zwei und weitere 25 % drei oder mehr stationäre Wiederaufnahmen. 88 % wollten ihre neue Wohnform auf keinen Fall wieder aufgeben. Schwächen der Studie können in dem retrospektiven Ansatz und der Verwendung nicht-standardisierter Erhebungsinstrumente gesehen werden.

Im Rheinland wurde die Enthospitalisierung an der Rheinischen Landesklinik Bedburg-Hau seit 1993 wissenschaftlich begleitet (ROPERS 1996, ROPERS et al. 1997). Hintergrund war die Einrichtung eines 70-Millionen-Programms zur Enthospitalisierung durch den Landschaftsverband Rheinland. In diesem Zusammenhang wurde mit Beginn des Jahres 1993 eine Stabsstelle für Forschung und Evaluation eingerichtet. Die wissenschaftliche Begleitung umfasste mehrere Ebenen (Versorgungsstruktur, Patienten, Mitarbeiter) und verschiedene Teilstudien mit wechselnden Stichproben, was einen zusammenfassenden Überblick erschwert. In der Ausgangserhebung wurden zunächst 787 Patienten des Langzeitbereichs der Klinik mit einem Durchschnittsalter von 62 Jahren und einer durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer von 21 Jahren erfasst, davon über die Hälfte mit der Diagnose einer Schizophrenie. Beim Vergleich entlassener ($n = 229$) und weiter stationär behandelter ($n = 558$) Patienten zeigte sich, dass entlassene Patienten im Mittel signifikant jünger und häufiger männlichen Geschlechts waren. Sie hatten außerdem häufiger die Diagnose einer Schizophrenie, einer neurotischen Störung oder Suchterkrankung, geringeren Pflegebedarf aufgrund körperlicher Erkrankungen und häufigere private Kontakte außerhalb der Klinik (ROPERS 1995). Weiterhin wurden in einem Querschnittsvergleich von insgesamt 275 Patienten zwei Gruppen miteinander verglichen: Patienten, die in so genannte (klinikeigene) Außenwohngruppen und solche, die in Einrichtungen freier Träger entlassen wurden. Die Gruppen unterschieden sich hinsichtlich krankheitsbezogener Merkmale (z. B. stationärer Aufenthaltsdauer, Symptomatik) signifikant voneinander. Im vorliegenden Zusammenhang ist ein weiterer Teilaspekt der Studie von Interesse, der sich mit der Lebensqualität entlassener Patienten beschäftigt. Im Längsschnitt wurde eine Stichprobe von Patienten vor ihrer Entlassung und erneut ein halbes Jahr danach zu ihrer objektiven Lebenssituation und subjektiven Lebenszufriedenheit mit einer modifizierten Form des *Quality of Life Self Assessment Inventory* (SKANTZE, MALM, DENCKER und MAY 1990) befragt, wobei von 61 Patienten Interviewdaten zu beiden Messzeitpunkten vorliegen. Danach verbesserte sich die räumliche Situation und die Tagesstruktur der Patienten erheblich, der körperliche Gesundheitszustand blieb unverändert, Kontakte zum Personal und zu Mitbewohnern nahmen zu. Positiv wahrgenom-

men wurden von den Patienten Veränderungen in der Arbeits- bzw. Beschäftigungssituation und Veränderungen hinsichtlich der Alltagsaktivitäten und der Kontakte zur Familie.

Im Rahmen des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbunds Public Health wurde in Bethel (Bielefeld) eine weitere Studie zur Enthospitalisierung psychisch kranker Langzeitpatienten durchgeführt (INGENLEUF 1997; ALBRECHT et al. 1997). Zugrunde gelegt wurde hier allerdings eine besondere Definition von so genannter ›interner Enthospitalisierung‹, die beispielsweise Verlegungen von Patienten innerhalb der Klinik auf Stationen mit höheren Anforderungen an die Selbstständigkeit der Bewohner und erweiterten Möglichkeiten für deren Autonomie oder etwa den Aufbau von Wohngruppenverbänden auf dem Klinikgelände einschließt.

Die Studie untersuchte die zum Stichtag (31.12.1990) in der Teileinrichtung Eckardtsheim betreuten Patienten, insgesamt eine Population von 290 Patienten, von denen 219 ihre Einwilligung zur Studienteilnahme erklärten. Diese Patienten waren im Durchschnitt 56 Jahre alt und zu 73 % männlichen Geschlechts. Knapp 60 % hatten die Diagnose einer nicht-organischen Psychose (zum überwiegenden Teil Schizophrenien), 61 % von ihnen waren in ihrem bisherigen Leben insgesamt länger als 20 Jahre hospitalisiert. Die Studie ist als prospektive Längsschnittstudie angelegt, wobei der Basiserhebung jeweils im Abstand von einem Jahr ein bis zwei Nachuntersuchungen folgten. Als Outcomekriterien fungierten die psychopathologische Symptomatik, soziale und alltagspraktische Kompetenzen, Wohnausstattung und -atmosphäre sowie die Lebensqualität. Daten zur Lebensqualität wurden lediglich zu zwei Messzeitpunkten erhoben. Im Ergebnis zeigte sich, dass sich die psychopathologische Symptomatik mit Ausnahme paranoid-halluzinatorischer Symptome verringerte. Hinsichtlich der alltagspraktischen Kompetenzen zeigte sich zu t_2 ein leichter Rückgang der Kompetenzen, gefolgt von einem graduellen Anstieg zu t_3 . In Bezug auf die Entwicklung der Lebensqualität (hier liegen Daten von $n = 125$ Patienten zu zwei Messzeitpunkten vor) kam die Studie zu einem von den Befunden anderer empirischer Untersuchungen abweichenden Ergebnis: die mit dem *Bielefelder Fragebogen zur Lebensqualität chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten* erhobenen Daten zur Lebensqualität zeigten, dass sich die befragten Patienten zum Zeitpunkt des Follow-up in einigen Bereichen (Freizeit, Geld, Partnerschaft, Betreuung) unzufriedener äußerten als vorher. Inwieweit dieses Ergebnis möglicherweise mit dem oben beschriebenen Verständnis und Untersuchungsansatz von ›interner Enthospitalisierung‹ zusammenhängt, kann hier nicht beurteilt werden.

Schließlich untersuchten FRANZ et al. (1998) in Hessen in einer prospektiven Längsschnittuntersuchung die Enthospitalisierung langzeithospitalisierter Patienten aus insgesamt sechs Psychiatrischen Landeskrankenhäusern. Einschlusskriterien waren die Diagnose einer Schizophrenie und eine aktuelle Hospitalisierungsdauer

von mindestens zwei Jahren in einem der genannten Krankenhäuser. In der Eingangsuntersuchung wurden 266 Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 60 Jahren, davon 61 % Männer, untersucht und befragt. Die aktuelle Hospitalisierungsdauer lag im Mittel bei 18 Jahren, die über die Lebenszeit kumulierte Gesamtdauer stationärer Behandlungen bei 25 Jahren. Erhoben wurden die psychopathologische Symptomatik mit der PANSS, Daten zur Lebensqualität mit einer modifizierten Form der Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste (MLDL), mit dem Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP) und in einem offenen Interview, weiterhin Informationen zur Krankheitsgeschichte, zum psychosozialen Status sowie zu sozialen Behinderungen (Disability Assessment Schedule; DAS). Enthospitalisierte Patienten (insgesamt $n = 48$), wurden ein Jahr nach ihrer Entlassung aus der Klinik erneut befragt und mit einem weiter stationär behandelten »Zwilling« verglichen, der hinsichtlich des sozialen Funktionsniveaus, der subjektiven Lebensqualität, der Hospitalisierungsdauer, des Alters und des Geschlechts dem enthospitalisierten Patienten ähnelte. Die Studie folgte insofern einem Design der *matched pairs*, wie es auch in der TAPS-Studie verwendet worden war. Die psychopathologische Symptomatik war sowohl hinsichtlich einer Minussymptomatik (PANSS: $M = 24$) als auch hinsichtlich produktiver Symptomatik ($M = 19$) stark ausgeprägt, desgleichen soziale Behinderungen in fast allen Bereichen. Zu ihrer subjektiven Lebensqualität befragt, äußerten sich die Patienten in allen Lebensbereichen zufrieden. Auf die Befunde zur Lebensqualität wird an anderer Stelle (Abschnitt 2.2.3.2) ausführlich eingegangen.

Im Untersuchungszeitraum wurden 60 Patienten (22 % der in der Ausgangserhebung erfassten Patienten) aus der Klinik entlassen. Entlassene Patienten waren im Mittel jünger als weiter stationär behandelte, hatten eine kürzere Hospitalisierungsdauer und eine bessere Entlassungsprognose (Letzteres ist allerdings nicht weiter verwunderlich). Im Follow-up konnten $n = 48$ Patienten nachuntersucht werden. 56 % lebten in betreuten Wohneinrichtungen, 10 % allerdings auf dem Gelände des ehemaligen Landeskrankenhauses, 17 % waren in ein Altenheim umgesiedelt. Im Verlauf zeigte sich bezüglich der meisten Outcome-Kriterien eine positive Veränderung: die objektiven Lebensumstände waren günstiger, die Minussymptomatik verringerte sich bei gleich bleibender Positivsymptomatik genauso wie das Ausmaß sozialer Behinderungen, die global beurteilte Selbstständigkeit verbesserte sich ebenfalls. Die subjektive Lebensqualität blieb insgesamt konstant und stieg in einzelnen Bereichen leicht an. Als problematisch erwähnen die Autoren, dass das soziale Netz der Patienten dünn blieb bzw. in einigen Fällen sogar kleiner wurde und sich die Arbeits- bzw. Beschäftigungssituation der entlassenen Patienten verschlechterte.

1.5 Zusammenfassung

Enthospitalisierung ist nach BACHRACH (1994) als Prozess definiert, der drei Komponenten umfasst: 1. die Entlassung psychiatrischer Langzeitpatienten aus der Klinik, 2. die Verhütung stationärer Neu- und Wiederaufnahmen und 3. die Entwicklung alternativer, gemeindepsychiatrischer Angebote. Bei Enthospitalisierungsmaßnahmen müssen sowohl die manifesten als auch die latenten Funktionen (BACHRACH 1996) einer Klinik und die Möglichkeiten des Transfers in die Gemeinde beachtet werden.

Strukturveränderungen des Versorgungssystems, wie sie mit Enthospitalisierungsmaßnahmen einhergehen, lassen sich anhand verschiedener Indikatoren (z. B. Bettenanzahl, Fallzahl, Verweildauer, Bettenmessziffer) beschreiben. Ein international anerkannter Indikatorenkatalog existiert bislang nicht. Für einzelne europäische Länder und die USA wird anhand von Indikatoren der Strukturwandel – die Verkleinerung des stationären Sektors – belegt. So sank seit Mitte der 50er-Jahre die Anzahl stationär behandelter psychiatrischer Patienten in den USA innerhalb von 25 Jahren um 24 %, in England sogar innerhalb von 30 Jahren um 44 %. Für Deutschland lässt sich der Strukturwandel zu einem späteren Zeitpunkt, nämlich in den 90er-Jahren, ebenfalls nachweisen: Zwischen 1993 und 1999 verringerte sich die Anzahl psychiatrischer Betten um rund 13.400 (knapp 20 %), die Fallzahlen erhöhten sich dagegen um rund 180.000. Die durchschnittliche Verweildauer psychiatrischer Patienten im Krankenhaus sank im gleichen Zeitraum von 51 auf 29 Tage. Die Anzahl großer psychiatrischer Krankenhäuser mit mehr als 500 Betten sank zwischen 1993 und 1998 von 31 auf zehn Häuser.

Im Vergleich zu anderen Bundesländern gab es in Berlin schon seit mehreren Jahrzehnten besonders viele Krankenhausbetten. Mit dem Krankenhausplan 1993 wurde eine Reduzierung der Bettenmessziffer (Betten pro 1000 Einwohner) für psychiatrische Betten von 1,5 im Jahr 1993 auf 0,96 bis zum Jahr 1998 vorgegeben. Das Psychiatrie-Entwicklungsprogramm formulierte darüber hinausgehend als langfristige Zielvorgabe eine Messziffer von 0,6. Tatsächlich sank die Anzahl psychiatrischer Betten insgesamt zwischen 1993 und 1998 um 1.879 auf 3.285 Betten. Das entspricht einer Bettenmessziffer von 0,94. Das komplementäre Versorgungssystem expandierte seit Mitte der 80er-Jahre in großem Umfang. So erhöhte sich die Zahl betreuter Wohnplätze zwischen 1985 und 1998 um 2.361 Plätze, im gleichen Zeitraum wurden 656 Plätze in Tagesstätten neu etabliert. Die Anzahl von Kontakt- und Beratungsstellen stieg von drei Einrichtungen im Jahr 1986 auf insgesamt 30 Beratungsstellen im Jahr 1994. Über den quantitativen Ausbau des komplementären Versorgungssystems hinaus liegt über seine Effektivität und konkreten Auswirkungen auf die Patienten nur wenig gesichertes Wissen vor.

Die empirischen Untersuchungen zum Thema Enthospitalisierung lassen sich nach der jeweiligen Untersuchungsebene (Systemebene – Programmebene – individuelle Ebene) differenzieren; außerdem lassen sich die Studien danach unterscheiden, ob die Schließung eines Krankenhauses oder lediglich seine Verkleinerung (Verringerung der Bettenzahlen) untersucht wurde.

Das Bild, wie es sich nach Durchsicht der empirischen Studien zur Enthospitalisierung der letzten 15 Jahre darstellt, ist insgesamt positiv und nicht zu vergleichen mit der Situation der »wilden Enthospitalisierungen« der 60er-Jahre in Amerika, bei denen langzeithospitalisierte Patienten ohne ausreichende Behandlung und Betreuung in die Obdachlosigkeit entlassen wurden, häufig Opfer strafbarer Handlungen wurden und sich weit gehend selbst überlassen blieben. Dagegen lässt sich heute ein eher optimistisches Fazit ziehen: Grundsätzlich ist es für ehemals langzeithospitalisierte Patienten bei entsprechender Behandlung, Betreuung und Unterstützung möglich, außerhalb der Klinik zu leben. Die hier referierten Studien belegen, dass sich die Mortalität der Patienten nicht erhöht (DAYSON 1993; FRANZ et al. 1998), Obdachlosigkeit und Kriminalität eher randständige Probleme sind (PINKNEY et al. 1991; DAYSON 1993), eine Negativsymptomatik sich verbessern kann (LEFF et al. 1994; FRANZ et al. 1998), die allgemeine psychopathologische Symptomatik sich zumindest nicht verschlechtert (OKIN 1995; LEFF et al. 1994; ALBRECHT et al. 1997) und das soziale Netz sich positiv verändert (OKIN 1995; ANDERSON et al. 1993; LEFF et al. 1994). In Bezug auf die objektive Lebensqualität berichten die meisten Studien ebenfalls positive Entwicklungen. Die Befunde zur subjektiven Lebensqualität sind dagegen uneinheitlich: Während eine ältere (GIBBONS & BUTLER 1987) und mit Einschränkungen auch zwei neuere (ROPERS et al. 1995; BERGE 1999) Studien zu dem Ergebnis kommen, dass sich die subjektive Zufriedenheit der Patienten erhöht, konnte eine andere (FRANZ et al. 1998) keine Veränderung und eine weitere (ALBRECHT et al. 1997) sogar eine geringfügige Verschlechterung der Zufriedenheit feststellen. Möglicherweise sind die gefundenen Unterschiede auf spezifische Studienbedingungen zurückzuführen. Zumindest scheint hier weiterer Forschungsbedarf zu bestehen.

2. Lebensqualität

Mehr Lebensqualität – das versprechen unisono Autohersteller, Reiseunternehmen, Pharmafirmen, Betreiber von Seniorenwohnheimen, Lebensversicherungen etc. Im Hinblick auf Werbewirksamkeit und Verkaufsförderung vieler Produkte scheint der Begriff Lebensqualität geradezu prädestiniert zu sein, positive Assoziationen zu wecken. Lebensqualität, das verheißt dem potenziellen Kunden Genuss, positives Lebensgefühl, materielle Sicherheit und vieles mehr.

Der inflationären Verwendung des Begriffs Lebensqualität in Werbung und Marketing entspricht seit den 80er-Jahren ein »Lebensqualitätsboom« in den Sozialwissenschaften und der Medizin. Zunächst in der Soziologie, dann in der Psychologie und Medizin und schließlich auch in der Psychiatrie gewann das Konstrukt in der empirischen Forschung immer mehr an Bedeutung. Während in den Sozialwissenschaften zunächst der Versuch einer theoretischen Fundierung und Konzeptualisierung im Vordergrund stand, wurde Lebensqualität in der Medizin und speziell in der Psychiatrie eher pragmatisch als neues Evaluationskriterium aufgegriffen und in zahlreichen Studien verwendet.

Bis heute existiert in der wissenschaftlichen Literatur keine einheitliche Definition von Lebensqualität. Allgemeine und materielle Lebensbedingungen, Wohlbefinden, Zufriedenheit, Glück werden in unterschiedlicher Gewichtung und Akzentuierung als Bestandteile von Lebensqualität genannt. Mit diesen Stichworten ist bereits umrissen, dass sowohl kognitive als auch emotionale, sowohl objektive als auch subjektive Komponenten als relevant für das Konstrukt betrachtet werden.

Die Beschäftigung mit und die Diskussion über das Thema Lebensqualität gestalteten sich in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen unterschiedlich. Im Folgenden wird aus der Perspektive der Philosophie, Soziologie, Psychologie und Medizin über Theorien und Konzepte zur Lebensqualität berichtet, bevor auf die Lebensqualitätsforschung in der Psychiatrie eingegangen wird.

2.1 Das Konzept Lebensqualität aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven

2.1.1 Philosophische Perspektive

In der Philosophie⁵ wurde Lebensqualität unter dem Leitbegriff des Glücks thematisiert und reflektiert. Im alten Griechenland wurde Glück zunächst als günstiges Schicksal verstanden. Schon Demokrit machte jedoch darauf aufmerksam, dass nicht nur das vorherbestimmte Schicksal, sondern auch die innere Verfassung des Menschen von Bedeutung sei. In dieser Sichtweise bewegt sich Glück sozusagen zwischen *Fortuna und Felicitas*. Für Aristoteles erschien Glück als ein um seiner selbst anzustrebendes Gut, welches nur derjenige erreichen kann, der die Tätigkeit des »geistigen Schauens« verwirklicht und zudem die »rechte Mitte« einhält. Von Epikur und den Anhängern des Stoizismus wurde Glück als maßvolle Lebensführung, Fernhalten bzw. Kontrolle jeglicher starker Affekte und als innere Selenruhe (Ataraxie) begriffen.

Von christlich orientierten Philosophen wurde die Auffassung vertreten, dass Glück im irdischen Leben letztlich nicht zu erreichen sei; nach Thomas von Aquin ist nur der wirklich glücklich, der »Gott besitzt«. Immanuel Kant äußerte sich skeptisch darüber, ob Glück durch allgemein gültige Handlungsleitlinien erlangt werden kann. In der Gegenwart erscheint Glück bei einigen Philosophen als Ergebnis gelungener Selbstverwirklichung. Frankl sieht als grundlegende menschliche Tendenz weniger das Streben nach dem Glück als vielmehr die Suche nach dem Sinn des Daseins.

Dieser kurze Abriss soll lediglich beleuchten, dass die Beschäftigung mit dem Thema Lebensqualität bzw. Glück eine lange Geschichte hat und einige der Aspekte, die heute theoretisch diskutiert werden, bereits im Altertum thematisiert worden sind.

2.1.2 Soziologische Perspektive

Aus soziologischer Perspektive ist es vorrangiges Anliegen, die Lebensqualität der Bevölkerung bzw. bestimmter gesellschaftlicher Gruppen zu beschreiben. Weniger das individuelle, sondern vielmehr das »Gemeinwohl« bzw. die »gesellschaftliche Wohlfahrt« stehen hier im Vordergrund des Interesses. Anfänge der so genannten Wohlfahrtsforschung liegen in den USA in den 60er-, in der Bundesrepublik Deutschland Mitte der 70er-Jahre. Wohlfahrt wurde zunächst als »Wohlstand der

⁵ Die folgenden Ausführungen sind im Wesentlichen BECKER (1991) entnommen.

Nation« verstanden und eine Verbesserung der Wohlfahrt mit einer Maximierung des Bruttosozialprodukts verknüpft. Allmählich gewann jedoch eine andere Perspektive an Bedeutung, die die spezifischen Lebensbedingungen einzelner gesellschaftlicher Gruppen und Fragen der Verteilung der gesellschaftlichen Wohlfahrt thematisierte (ZAPF 1984). In diesem Sinne sollte die Wohlfahrtsforschung unter anderem der Politik relevante Informationen als Basis für politische Entscheidungs- und Steuerungsprozesse an die Hand geben.

Innerhalb der Wohlfahrtsforschung lassen sich eine objektivistische und eine subjektivistische Position identifizieren. Die objektivistische Position begreift Lebensqualität als im Wesentlichen durch reale, beobachtbare Lebensbedingungen bestimmt, die subjektivistische hingegen vertritt die Auffassung, dass Wohlfahrt nur das sei, was auch tatsächlich individuell als Wohlbefinden wahrgenommen wird. In der Tradition einer objektivistischen Position stehen auch Sozialindikatorenansätze, die anhand bestimmter objektiver Parameter (z. B. Einkommen, Verfügbarkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen) zu quantitativen Ergebnissen gelangen (ZAPF 1984).

Der immer wieder beobachtete geringe Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden entfachte theoretische Diskussionen über mögliche Erklärungsansätze. Nach einem Modell von ZAPF (1984) sind grundsätzlich vier Kombinationen zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden möglich, wie folgende Übersicht zeigt.

Tab. 4: Kombinationen von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden

objektive Lebensbedingungen	subjektives Wohlbefinden:	
	gut	schlecht
Gut	Well-being	Dissonanz <i>(Unzufriedenheits-Dilemma)</i>
Schlecht	Adaption <i>(Zufriedenheitsparadox)</i>	Deprivation

nach ZAPF (1984) S. 25

Klassische Zielgruppe für Maßnahmen der Sozialpolitik sind Bevölkerungsgruppen, die unter objektiv schlechten Bedingungen leben und darunter auch leiden, also hier unter dem Stichwort Deprivation aufgeführt sind. Ethnische Minderheiten, arme, alte und chronisch kranke Menschen beispielsweise sind potenziell gefährdete Bevölkerungsgruppen. Für die theoretische Diskussion der Lebensqualitätsforschung besonders interessant sind die beiden (zahlenmäßig geringeren) dissonanten Gruppen, also die trotz objektiv schlechter Lebensbe-

dingungen zufriedenen (*Zufriedenheitsparadox*) bzw. die trotz guter realer Lebensbedingungen unzufriedenen Menschen (*Unzufriedenheitsdilemma*). Bei der zuerst genannten Gruppe wird als Erklärungsansatz eine Form der resignativen Anpassung vermutet, die objektiv schlechte Lebensumstände erträglicher erscheinen lässt. Die trotz guter Lebensumstände Unzufriedenen werden häufig als Bildungs- und Protestpotenzial einer Gesellschaft gesehen, die gesellschaftlichen Wandel anstoßen.

GLATZER und ZAPF (1984) konzeptualisieren Lebensqualität als Mixtum objektiver und subjektiver Faktoren.

»Unter Lebensqualität verstehen wir für unsere Zwecke zunächst einmal gute Lebensbedingungen, die mit einem positiven subjektiven Wohlbefinden zusammengehen. (...) Unter Lebensbedingungen verstehen wir die beobachtbaren, ›tangiblen‹ Lebensverhältnisse: Einkommen, Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, Familienbeziehungen und soziale Kontakte, Gesundheit, soziale und politische Beteiligung. Unter subjektivem Wohlbefinden verstehen wir die von den Betroffenen selbst abgegebenen Einschätzungen über spezifische Lebensbedingungen und über das Leben im Allgemeinen. Dazu gehören insbesondere Zufriedenheitsangaben, aber auch generellere kognitive und emotive Gehalte wie Hoffnungen und Ängste, Glück und Einsamkeit, Erwartungen und Ansprüche, Kompetenzen und Unsicherheiten, wahrgenommene Konflikte und Prioritäten. Dies zusammen sind die Komponenten der Lebensqualität oder der individuellen Wohlfahrt.« (ZAPF 1984 S. 23)

Die von GLATZER und ZAPF 1978 und 1980 an jeweils über 2000 Befragten durchgeführten Wohlfahrtssurveys zeigen ein zu diesem Zeitpunkt recht positives Bild von der Zufriedenheit der bundesdeutschen Bevölkerung: auf einer Skala von 0 bis zehn ergab sich eine durchschnittliche Zufriedenheit von 7,8 (1978) bzw. 7,7 (1980). Allerdings muss dieses insgesamt positive Bild durch eine differenzierende Betrachtungsweise ergänzt werden: Schichtspezifische Unterschiede zeigen, dass Arbeiter unzufriedener als Angehörige der Mittelschicht und diese wiederum unzufriedener als Angehörige der Oberschicht sind. Gastarbeiter zeigen eine durchweg geringere Zufriedenheit und schlechtere objektive Lebensbedingungen als die deutsche Bevölkerung. Die deutlichsten Unterschiede bestehen zwischen Männern und Frauen: Frauen äußerten sich in den meisten Lebensbereichen unzufriedener als Männer. Auch hinsichtlich verschiedener Lebensbereiche variierte die Zufriedenheit stark. Am zufriedensten waren die Bundesbürger mit ihren privaten Lebensbereichen (Ehe, Familie, Haushaltsführung), am unzufriedensten mit dem Umweltschutz und der öffentlichen Sicherheit (GLATZER & ZAPF 1984; GLATZER 1991).

2.1.3 Psychologische Perspektive

In der Psychologie gab es bei der Beschäftigung mit dem Thema Lebensqualität zunächst eine längere Phase der Theoriebildung und Konzeptualisierung. Mit dem Lebensqualitätskonzept sind eine Vielzahl ungelöster Fragen verknüpft, die sich auf die Konstituierung des subjektiven Wohlbefindens beim einzelnen Individuum, die Dimensionalität, die verschiedenen Komponenten sowie auf Einflussfaktoren beziehen. Kontrovers diskutiert werden Fragen wie

- Ist Lebensqualität eindimensional oder mehrdimensional zu verstehen?
- Ist Lebensqualität ein aktueller Zustand (*state*) oder ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal (*trait*)?
- In welchem Zusammenhang stehen Lebensqualität und verschiedene (körperliche, psychische und soziale) Belastungsfaktoren? Impliziert eine gute Lebensqualität Freiheit von Belastungen?
- Meint Lebensqualität eher kognitive oder affektive Prozesse oder eine Kombination aus beidem?
- Welchen Einfluss haben solche Faktoren wie Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, Persönlichkeitsvariablen und aktuelle Befindlichkeiten auf die Lebensqualität?
- Mithilfe welcher theoretischen Ansätze lässt sich die Konstituierung von Lebensqualität beim einzelnen Individuum erklären?

Im Wesentlichen lassen sich zwei Ansätze psychologischer Theorienbildung unterscheiden: Lebensqualität wird auf der einen Seite über die *Lebenszufriedenheit*, also kognitive Komponenten, auf der anderen Seite über das Konstrukt des *Wohlbefindens*, also affektive Komponenten definiert. Zu dem letztgenannten Ansatz gehören z. B. auch Arbeiten der amerikanischen Happiness-Forschung (z. B. DIENER, SANDVIK und PAVOT 1991), die die theoretische Diskussion um die Lebensqualität ebenfalls beeinflusst haben. Häufig treten auch beide Ansätze in Kombination miteinander auf.

Der zuerst genannte Ansatz gründet sich auf die Theorien zur sozialen Urteilsbildung. Immer dann, wenn die Lebensqualität nicht nur anhand objektiver Indikatoren erfasst wird, sondern auch die subjektiven Einschätzungen der betreffenden Menschen einbezieht, werden diese in der Regel mit Hilfe von Rating-Skalen erhoben. Aus sozialpsychologischer Sicht sind subjektive Ratings nun nichts anderes als Urteile und unterliegen als solche verschiedenen Einflussvariablen. Urteile werden häufig erst im Augenblick der Befragung gebildet, sodass sich aus sozialpsychologischer Sicht die oben erwähnte Kontroverse, ob Lebensqualität als *trait* oder als *state* zu verstehen sei, gar nicht erst ergibt.

SCHWARZ und STRACK (1991) untersuchten den Prozess der Urteilsbildung in Bezug auf Lebensqualität bzw. Wohlbefinden. Nach ihren Untersuchungen wer-

den bei der Urteilsbildung zuerst leicht verfügbare Informationen herangezogen, zum Beispiel Bewertungen vergangener und aktueller Ereignisse. Aktuelle emotionale Befindlichkeiten können sowohl direkt als Indikator für das Wohlbefinden fungieren als auch indirekt das Wiedererinnern positiv oder negativ getönter Ereignisse der Vergangenheit hervorrufen. Die Richtung, in die eine Urteilsbildung beeinflusst wird, ist je nach Art der verfügbaren Information unterschiedlich: Sofern eine Information in unmittelbarem Zusammenhang zu den aktuellen Lebensbedingungen des Befragten steht, beeinflusst sie das Urteil gleichgerichtet (*Assimilations-Effekt*); sofern es sich um eine Information handelt, die vergangene Lebensbedingungen betrifft, fungiert sie als ein Vergleichsstandard und beeinflusst die Urteilsbildung in entgegengesetzter Richtung (*Kontrast-Effekt*). Folgende Vierfeldertafel soll dies verdeutlichen:

Tab. 5: Einfluss von positiven und negativen Ereignissen auf die Urteilsbildung

	Ereignis positiv	Ereignis negativ
Gegenwart	↑	↓
Vergangenheit	↓	↑

Die Pfeile symbolisieren die Richtung des Einflusses auf die Zufriedenheit.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen TVERSKY und GRIFFIN (1991), die zusätzlich den Begriff der Erwartung einführten. Sie unterscheiden zwischen »Endowment«- (hier im Sinne von: Stiftung, Ausstattung) und Kontrast-Effekten. Jede Erfahrung kann gleichzeitig beide Effekte hervorrufen; ein *Endowment-Effekt* hängt in erster Linie von der Qualität und der Intensität des Ereignisses ab, während ein *Kontrast-Effekt* vor allem von der Ähnlichkeit und Bedeutung für nachfolgende Ereignisse abhängig ist. Ein Beispiel: Ein exzellentes Essen in einem französischen 5-Sterne-Restaurant wird als Endowment zu einem höheren Wohlbefinden führen und Freude darüber hervorrufen, diese außergewöhnliche Erfahrung gemacht zu haben. Jedes spätere Essen in einem durchschnittlichen französischen Restaurant wird jedoch in Abgrenzung zu dem vergangenen kulinarischen Erlebnis als weniger befriedigend bewertet werden. Gleichzeitig kann ein Besuch in einem mittelklassigen chinesischen Restaurant weiterhin genossen und als zufrieden stellend bewertet werden.

SCHWARZ und STRACK (1991) belegten außerdem in verschiedenen Experimenten, dass Ereignisse, sofern sie in einem Zusammenhang mit dem Thema Wohlbefinden bzw. Lebensqualität stehen, die allgemeine Lebenszufriedenheit und die

bereichsspezifischen Zufriedenheiten jeweils unterschiedlich beeinflussen. So beurteilten Versuchspersonen, die in einem hübsch und geschmackvoll eingerichteten Untersuchungsraum befragt wurden, ihre allgemeine Lebenszufriedenheit positiver als Versuchspersonen, deren Befragung in einem heruntergekommenen Zimmer stattfand. In Bezug auf die Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation zeigte sich jedoch ein umgekehrter Effekt: Hier beurteilten die Versuchspersonen unter der Versuchsbedingung des schäbigen Raumes ihre gegenwärtige Wohnsituation positiver als die anderen Versuchspersonen. Die allgemeine Lebenszufriedenheit wird nach SCHWARZ und STRACK (1991) eher von der aktuellen emotionalen Befindlichkeit (»Meine Stimmung ist jetzt gut, deshalb beurteile ich meine allgemeine Lebenszufriedenheit ebenfalls als gut«), die bereichsspezifischen Zufriedenheiten eher von inter- und intraindividuellen Vergleichen (»Mein Einkommen ist zwar nicht sehr hoch, aber meine Kollegen verdienen noch weniger als ich/... aber früher habe ich noch schlechter verdient«) bestimmt.

Mithilfe der Theorien zur sozialen Urteilsbildung lässt sich auch das häufig beobachtete Faktum erklären, dass zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiven Beurteilungen der Menschen nur geringe Zusammenhänge bestehen. Aufgrund der beiden gegenläufigen Effekte kann ein und dasselbe objektive Ereignis sehr unterschiedliche Wirkungen auf die subjektive Zufriedenheit haben.

Die kognitiven Komponenten von Lebensqualität betonen auch Campbell und Koautoren (CAMPBELL, CONVERSE und RODGERS 1976). Nach ihren Modellvorstellungen konstituiert sich die subjektive Lebensqualität vorwiegend über kognitive Prozesse, wobei sich die allgemeine Lebenszufriedenheit aus den verschiedenen bereichsspezifischen Zufriedenheiten zusammensetzt.

Subjektive Anspruchsniveaus (*aspirations*), Erwartungen (*expectations*) und interindividuelle Vergleichsprozesse (*comparisons*) werden von ihnen als maßgeblich erachtet. Gleichwohl versuchen Campbell und Koautoren in ihrem Modell auch die affektive Komponente – operationalisiert über einen »Index of General Affect« – zu berücksichtigen.

Bekanntester Vertreter des Ansatzes, Lebensqualität über die affektiven Komponenten zu erklären, ist Bradburn, der bereits in den 60er-Jahren seine *Affekt-Balance-Theorie* entwickelte. BRADBURN (1969) verwendet die Begriffe psychologisches Wohlbefinden und Glück synonym. Glück operationalisiert er über das Vorhandensein positiver versus negativer Gefühle. Diese versteht er nicht als die beiden Extreme eines Kontinuums, sondern vielmehr als voneinander unabhängige Komponenten. In einem gegebenen Zeitraum, zum Beispiel innerhalb einer Woche können sowohl positive als auch negative Gefühle auftreten. Das subjektive Wohlbefinden konstituiert sich über die Bilanz beider Gefühlszustände (BRADBURN 1969). Die von Bradburn entwickelte Skala enthält jeweils fünf Items zu negativen und positiven Gefühlen (Beispiel: »Fühlten Sie während der letzten paar Wochen, ... dass die Dinge sich in Ihrem Sinne entwickeln/... dass Sie sehr

einsam und zurückgezogen von anderen Leuten sind?«) Nach Bradburns empirischen Untersuchungen korreliert Glück positiv mit Einkommen und sozioökonomischem Status, was ihn zu der Feststellung verleitet: »The more one has, the more one gets !« (ebenda S. 226) Die Stärke von Bradburns Arbeit liegt weniger in dem von ihm entwickelten Instrument als vielmehr in seinen konzeptuellen, nachfolgende Forschungsarbeiten stimulierenden Gedankengängen.

Ähnliche Überlegungen stellten knapp 20 Jahre später DIENER, SANDVIK und PAVOT (1991) an. Für sie sind häufige positive Gefühle ungeachtet ihrer Intensität notwendige und hinreichende Bedingungen für Glück; dagegen sind intensive positive Gefühle dafür weder notwendig noch hinreichend. Menschen, die besonders intensive positive Gefühle erleben können, erfahren negative Gefühle häufig ebenfalls besonders intensiv. Intensive positive Gefühle folgen häufig einer Periode der Deprivation oder des Leidens und sind eher selten.

Weitere Erklärungsansätze für die Konstituierung von Wohlbefinden respektive Glück bieten Michalos mit seinem *Erwartungs-Zielerreichungs-Modell* und Brickmann mit seiner *Adaptations-Theorie* (nach ARGYLE & MARTIN 1991).

Nach Michalos wird das erwartete mit dem tatsächlich erreichten Ergebnis verglichen. Die Zufriedenheit ist desto größer, je kleiner die Distanz zwischen beiden ausfällt. In dieser Sicht können hohe Erwartungen eine schwere Belastung für das Wohlbefinden darstellen und eine »Therapie« müsste in erster Linie eine Veränderung der unrealistischen Erwartungen bewirken. Mithilfe dieses Modells lässt sich ein häufig gefundener empirischer Befund erklären, nämlich dass die Zufriedenheit mit zunehmendem Alter steigt. Mit dem Älterwerden sinken im Allgemeinen die Erwartungen, sodass die Lücke zu den tatsächlich erreichten Ergebnissen immer kleiner wird und infolgedessen die Zufriedenheit steigt.

Ausgangspunkt für Brickmanns *Adaptations-Theorie* war der empirische Befund, dass Menschen, die durch einen Unfall schwer verletzt und gelähmt waren, nach einer gewissen Zeit fast wieder das alte Ausmaß an Zufriedenheit erreichten. Auf der anderen Seite waren auch Lotto-Gewinner nach einem gewissen Zeitraum wieder ähnlich (un-)zufrieden wie vor ihrem Gewinn. Daraus schließt Brickmann, dass die Zufriedenheit letztlich von den zur Verfügung stehenden Quellen des Wohlbefindens abhängig ist und sich je nach diesen Gegebenheiten verändern kann. Dieser Ansatz ist wegen seines potenziell affirmativen Charakters (hohe Zufriedenheiten unter schlechten Lebensbedingungen werden nicht hinterfragt, »resignative« und »echte« Zufriedenheit werden gleichgesetzt) kritisiert worden (für die Psychiatrie z. B. KILIAN 1995).

2.1.4 Medizinische Perspektive

Bereits 1947 definierte die WHO (World Health Organization) Gesundheit als »a state of complete physical, mental and social well-being« und führte damit den in engem Zusammenhang zur Lebensqualität stehenden Begriff des Wohlbefindens in die gesundheitspolitische Diskussion ein. In der praktischen Medizin spielte seit den 70er- und 80er-Jahren das Konstrukt Lebensqualität eine immer bedeutsamere Rolle. Mit einem wachsendem Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung und einer Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen einerseits, immer differenzierteren diagnostischen und Behandlungsmethoden andererseits entstand die Notwendigkeit, die bisher üblicherweise verwendeten Erfolgskriterien für medizinische Behandlungen – Symptomreduzierung, Heilung, Komplikationsrate, Lebenserwartung etc. – zu ergänzen. Nicht mehr rein medizinische Parameter, sondern auch die Auswirkungen einer bestimmten Behandlungsmethode auf den Patienten in seinem jeweiligen Lebenskontext sollten einbezogen werden. Insbesondere bei lebensbedrohlich und unheilbar erkrankten Menschen stellte sich für behandelnde Ärzte und Patienten die schwierige Aufgabe abzuwägen, ob lebensverlängernde Maßnahmen um den Preis einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität angewendet werden sollten oder ob nicht ein Verzicht auf solche Maßnahmen den Patienten eine deutlich bessere Lebensqualität bei möglicherweise kürzerer Lebensspanne ermöglichen sollte. Lebensqualität wurde deshalb zuerst auf dem Gebiet der Onkologie, der Intensiv-, Hochleistungs- und Perinatalmedizin thematisiert. Die Einbeziehung des Lebensqualitätskonstrukts in die Medizin kann auch als Versuch verstanden werden, die Subjektivität des Patienten in Entscheidungen und in der Arzt-Patient-Beziehung stärker zu berücksichtigen.

BULLINGER & HASFORD (1991) nennen im Wesentlichen drei Ziele für die Anwendung des Lebensqualitätskonstrukts in der Medizin: Lebensqualität kann eine Risiko-Nutzen-Abwägung des Arztes in der Individualbehandlung erleichtern, als Basis für die so genannte informierte Zustimmung (informed consent) des Patienten zu bestimmten medizinischen Maßnahmen dienen und schließlich zur Identifizierung von Schwachstellen in der Krankenversorgung beitragen. Lebensqualität dient in der Medizin

- als Entscheidungshilfe zwischen alternativen Behandlungsmöglichkeiten,
- als Outcomekriterium im Hinblick auf die Effekte therapeutischer Maßnahmen oder Medikamente,
- als Entscheidungskriterium hinsichtlich eines möglichen Verzichts auf den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen,
- als Beurteilungskriterium bei der Allokation von Gesundheitsleistungen.

Im Unterschied zum soziologischen Konstrukt wurde Lebensqualität in der Medizin enger definiert und orientierte sich mehr an einem Gesundheitsbegriff. Die »gesundheitsbezogene Lebensqualität« (health related quality of life) beinhaltet zunächst die Existenz oder das Fehlen von subjektiven Beschwerden, klinischen Symptomen, Funktionseinschränkungen und Fähigkeiten der Alltagsbewältigung (*activities of daily living; ADL*). Teilweise wurden die Begriffe Lebensqualität und Gesundheitszustand (health status) sogar synonym benutzt, was RASPE (1990) zu Recht kritisierte. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde häufig krankheitsspezifisch (z. B. für Rheuma oder Krebserkrankungen) definiert und operationalisiert. BRENNER (1995) nennt sieben Bestimmungselemente einer gesundheitsbezogenen Lebensqualität:

1. clinical signs (z. B. Auffälligkeiten im Blutbild),
2. clinical symptoms (z. B. Schmerzen),
3. diagnosis-specific functioning (z. B. Bewegungseinschränkungen),
4. task performance or activities of daily living (z. B. eingeschränkte Fähigkeiten zur Selbstversorgung),
5. social role functioning (z. B. Verlust der Arbeitsfähigkeit),
7. life satisfaction, happiness, or contentment. (ebenda S. 42)

Die Reihenfolge dieser Komponenten beinhaltet gleichzeitig eine Abfolge von objektiv beobachtbaren zu subjektiven Parametern.

Anwendungsgebiete in der Medizin waren insbesondere Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf- und rheumatische Erkrankungen sowie psychische Krankheiten.

SIEGRIST (1990) unterscheidet drei Phasen der Lebensqualitätsforschung:

1. die *Pionierphase* nach dem Ende des zweiten Weltkriegs, in der Lebensqualitätsmessungen meist unidimensional, mit unzureichend erprobten Instrumenten sowie fremdbeurteilt erfolgten,
2. die Phase der *teststatistischen Qualifizierung* in den 70er- und 80er-Jahren, in der die Multidimensionalität des Konstrukts Lebensqualität berücksichtigt wurde und subjektive Beurteilungen im Vordergrund standen, und schließlich
3. die gegenwärtige Phase *der komprehensiven Erfassung der Lebensqualität*, in der die Erhebungsinstrumente häufig Modulcharakter haben, damit sowohl allgemeine als auch krankheitsspezifische Merkmale berücksichtigen und außerdem Einflussfaktoren wie beispielsweise soziale Ressourcen oder individuelle Verarbeitungsstrategien einbeziehen.

Zahlreiche, teils krankheitsspezifische, teils unspezifische Erhebungsinstrumente wurden entwickelt. Für Krebserkrankungen gibt es den bereits 1949 entwickelten *Karnofsky-Index*, der allerdings die subjektive Einschätzung des Patienten nicht einbezieht und eher prognostische Bedeutung hat als im eigentlichen Sinne Lebensqualität erfasst. BULLINGER (1995) nennt zehn international anerkannte Erhebungs-

instrumente, die auch in Deutschland verwendet werden, darunter das *Sickness Impact Profile* (SIP: BERGNER, BOBBIT, CARTER und GILSON 1981), das *Short General Health Survey* (SF-36: WARE & SHERBOURNE 1992) und die *Quality of Well-being Scale* (QWB: KAPLAN, BUSH und BERRY 1976). In Deutschland entwickelt wurde die *Münchener Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste* (MLDL: BULLINGER & HASFORD 1991), die die Probanden in 19 Bereichen aus vier Lebensqualitätsdimensionen (Psyche, Physis, Sozialleben und Alltagsleben) jeweils die Zufriedenheit und die Wichtigkeit anhand einer 11-stufigen Likert-Skala beurteilen lässt.

Kritikpunkte des gesundheitsbezogenen Lebensqualitätskonzepts beziehen sich in erster Linie auf die unklare Definition, die so unterschiedliche Aspekte wie klinische Auffälligkeiten, den Gesundheitszustand, soziale Rollenfunktionen und Zufriedenheitsparameter einschließt. In diesem Zusammenhang wird außerdem kritisiert, dass zumindest implizit eine gute Lebensqualität mit der Abwesenheit von Leiden oder Beschwerden gleichgesetzt wird. Dagegen sprechen zahlreiche Erfahrungen, die belegen, dass trotz gesundheitlicher Beschwerden, Schmerzen oder eingeschränkter (körperlicher oder psychischer) Funktionen die betroffenen Menschen für sich selbst eine hohe Lebenszufriedenheit erreichen können.

Weitere Kritikpunkte beziehen sich auf die Frage der Dimensionalität der Lebensqualität. Da in faktorenanalytischen Auswertungen immer wieder die Mehrdimensionalität der Lebensqualität festgestellt wurde, sollte man streng genommen nicht von *der* Lebensqualität, sondern von *den* Lebensqualitäten sprechen. Außerdem wäre es nach dieser Auffassung unzulässig, Lebensqualitätsbewertungen verschiedener Lebensbereiche zu einem globalen Lebensqualitätsindex zusammenzufassen.

Schließlich ist noch anzumerken, dass Patienten häufig ihre aktuelle Lebensqualität bewerten, Ärzte hingegen eher die prognostische Bedeutung beurteilen.

2.2 Lebensqualität und Psychiatrie

2.2.1 Rezeption und Entwicklungsphasen in der psychiatrischen Forschung

Das Konzept der Lebensqualität fand in den frühen 80er-Jahren Eingang in die Psychiatrie und die psychiatrische Forschung, nachdem es vorher bereits in der somatischen Medizin – hier insbesondere im Zusammenhang chronischer Erkrankungen – berücksichtigt worden war (HELMCHEN 1990). Für die Psychiatrie lassen sich mit LAUER (1997) drei Abschnitte der Rezeption des Lebensqualitätskonstrukts beobachten. Nach einer Phase des »Wetterleuchtens und der programmatischen Forderungen« (LAUER 1997, S. 122), in der die Einbeziehung der Lebensqualität als Evaluationskriterium psychiatrischer Behandlungen eher

gefordert als betrieben wurde, schließt sich eine Phase der empirischen Lebensqualitätsforschung an, in der erste Erhebungsinstrumente (MALM, MAY & DENCKER 1981; LEHMAN 1983) entwickelt wurden. Kurze Zeit später begann mit Lehmans Untersuchungen (LEHMAN, WARD & LINN 1982; LEHMAN 1983; LEHMAN, POSSIDENTE und HAWKER 1986) die Phase empirischer Untersuchungen klinisch relevanter Fragestellungen.

Anders als in der Soziologie fand das Konzept der Lebensqualität in der Psychiatrie relativ umstandslos, das heißt ohne grundsätzliche, theoretische Diskussionen empirische Anwendung. Subjektive Lebensqualität wurde häufig gleichgesetzt mit subjektiver Zufriedenheit, also kognitiven Bewertungen, wobei affektiv-emotionale Aspekte weit gehend ausgeklammert blieben. Die in der Psychiatrie verwendeten Lebensqualitätskonzepte bauten meistens auf dem oben erwähnten Modell von CAMPBELL (1976) auf. Eine Abgrenzung des Konstrukts zu Modellen der ›Happiness‹ oder des Wohlbefindens wurde nur selten geleistet. Zur Erklärung dafür, wie sich subjektive Lebensqualität individuell konstituiert, wurden analog zu Campbell komplexe Vergleichsprozesse, das Verhältnis zwischen Ansprüchen und aktuell Erreichtem (*goal attainment*) sowie allgemeine Anpassungsprozesse herangezogen (KAISER, PRIEBE, HOFFMANN und ISERMANN 1996).

2.2.2 Methodik

Bei der Erhebung von Lebensqualität werden unterschiedliche methodische Herangehensweisen gewählt. Für die Auswahl des Erhebungsinstrumentes hat das (explizit oder implizit) zugrunde liegende theoretische Konzept von Lebensqualität entscheidenden Einfluss; davon abhängig ist wiederum, ob die Lebensqualität über Fremd- oder Selbstbeurteilung eingeschätzt wird. Lebensqualitätserhebungen lassen sich weiterhin danach unterscheiden, ob die Informationen im Interview oder schriftlich über einen Fragebogen erhoben werden und ob als Interviewer unabhängige Personen oder Behandler/Betreuer fungieren. In der empirischen Sozialforschung hinlänglich bekannte Phänomene wie etwa soziale Erwünschtheit können auch hier eine Rolle spielen.

Bei der Auswertung der Ergebnisse sollten mögliche konfundierende Variablen wie etwa die Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik und andere Einflussvariablen (Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit) berücksichtigt werden. In letzter Zeit ist mehrfach von verschiedenen Positionen aus die kritische Frage gestellt worden, ob die existierenden Messinstrumente überhaupt geeignet sind, reale Veränderungen der Lebensqualität adäquat abzubilden (KEMMLER 1991; KILIAN 1995; ATKINSON, ZIBIN und CHUANG 1997).

Im Folgenden wird nach einer Beschreibung verschiedener Instrumente zur Lebensqualitätsmessung auf die erwähnten methodischen Aspekte eingegangen.

2.2.2.1 Erhebungsinstrumente

Seit Ende der 70er-Jahre ist eine Reihe von Erhebungsinstrumenten zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch Kranken entwickelt worden. Die zunehmende Beliebtheit des Konzeptes auch im Bereich der psychiatrischen Forschung lässt sich an der steigenden Zahl der Instrumente ablesen: Waren es in den 70er-Jahren zwei, so stieg die Zahl in den 80er-Jahren auf sieben und in den 90er-Jahren auf neun Instrumente an. Bisweilen werden allerdings immer noch konventionelle psychiatrische Ratingskalen, die lediglich die psychopathologische Symptomatik erheben, als *Lebensqualitätsfragebogen* eingesetzt. In jüngster Zeit scheint jedoch diese missbräuchliche Verwendung des Labels *Lebensqualität* seltener zu werden.

Unter der Bezeichnung *generische Verfahren* werden solche Instrumente subsumiert, die krankheitsunspezifisch angewendet werden bzw. auch zum Vergleich verschiedener Krankheitsbilder herangezogen werden können. Davon unterschieden werden Erhebungsinstrumente, die für spezifische Erkrankungen entwickelt werden (z. B. der *Fragebogen für Asthmapatienten*, FAP; SCHANDRY 1994). In deutscher Sprache sind derzeit siebzehn generische Instrumente verfügbar (siehe im Überblick bei RAVENS-SIEBERER & CIEZA 2000), darunter beispielsweise das *Sickness Impact Profile* (SIP; BERGNER et al. 1981), das *Nottingham Health Profile* (NHP; HUNT et al. 1981), der *Short Form-36 Health Survey* (SF-36; WARE & SHERBOURNE 1992) und die *Münchener Lebensqualitäts-Dimensionenliste* (MLDL; HEINISCH et al. 1991).

Tabelle 6 zeigt Instrumente zur Erhebung der Lebensqualität psychisch Kranker. Diese werden ebenfalls zu den generischen Verfahren gezählt, da sie nicht auf eine spezifische psychische Erkrankung bezogen sind. Bei den meisten der Instrumente handelt es sich um strukturierte Interviews, bei denen die befragten Patienten ihre Lebensqualität selbst anhand einer Rating-Skala einschätzen. Die Anzahl der Items variiert zwischen 15 und 263, die zugeordneten Dimensionen bzw. Lebensbereiche zwischen 2 und 23. Die benötigte Zeit liegt zwischen zwölf und 45 Minuten.

Nach RÖDER-WANNER & PRIEBE (1995) lassen sich bei den verschiedenen Erhebungsinstrumenten zwei methodische Ansätze unterscheiden: Auf der einen Seite Instrumente, die die Lebensqualität differenziert nach verschiedenen Lebensbereichen erfassen (z. B. Lehmans *QOL*; LEHMAN 1988), auf der anderen Seite Ansätze, die nach verschiedenen sozialen Rollen (z. B. HEINRICHS et al. 1984) unterscheiden. Momentan scheinen sich in der psychiatrischen Forschung die nach Lebensbereichen differenzierenden Instrumente durchzusetzen.

Die Erhebungsinstrumente können in unterschiedlichen Anwendungsfeldern und zu unterschiedlichem Zweck benutzt werden, beispielsweise als Screening-Instrumente, in Umfragen, zur individuellen (klinischen) Behandlungs- und Betreuungplanung, zur Evaluation psychiatrischer Einrichtungen, Interventionen

Tab. 6: Erhebungsinstrumente zur Messung der Lebensqualität psychisch Kranker

Instrument	Kurzname	Autor(en)	Jahr	Items	Dimensionen
General Well-Being Scale	GWBS	DUPUY	1973	22	2
Standardized Social Schedule	SSS	CLAIRE & CAIRNS	1978	48	6
Community Adjustment Form	CAF	STEIN & TEST	1980	140	12
Quality of Life Checklist	QLC	MALM et al.	1981	93	13
Satisfaction with Life Domains Scale	SLDS	BAKER & INTAGLIATA	1982	15	
Quality of Life Scale	QLS	HEINRICHS et al.	1984	21	4
Client Quality of Life Interview	CQLI	MULKERN et al.	1986	46+19	
Quality of Life Interview	QLI	LEHMAN et al.	1988	143	8
California Well-Being Project Client Interview	CWBPCI	CAMPBELL et al.	1989	151+76+77*	
Oregon Quality of Life Questionnaire	OQLQ	BIGELOW et al.	1990	263+146**	14
Inventory of Subjective Quality of Life	QLS-100	SKANTZE, MALM, DENCKER & MAY	1990	100	
Lancashire Quality of Life Profile	LQOLP	OLIVER et al.	1991	108	11
SmithKline Beecham Quality of Life	SBQOL	DUNBAR	1992	78	23
Index of Health-Related Quality of Life		ROSSER et al.	1992	107	3
Quality of Life Index for Mental Health	QLI-MH	BECKER et al.	1993	160	15
Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire	Q-LES-Q	ENDICOTT et al.	1993	93	8
Semistrukturierte Quality of Life Schedule	QOLIS	HOLCOMB et al.	1993	87	8
Quality of Life Questionnaire	QLQ	GREENLEY et al.	1997	24	7
Modulares System zur Messung der Lebensqualität	MSQOL	PUKROP et al.	1999	49	7

* *Selbstrating, Fremdrating, Angehörigenbeurteilung*

** *Selbstrating, Fremdrating*

nach BULLINGER & NABER (1999) und OLIVER (1999)

oder Maßnahmen. Zu Recht weist OLIVER (1999) darauf hin, dass das Instrument der jeweiligen Funktion angepasst sein sollte (*»Form follows function«*; ebenda S. 92) und in dieser Hinsicht noch einige Entwicklungsarbeit zu leisten sei.

2.2.2.2 Fremd- und Selbstbeurteilung

In älteren Studien wird die Lebensqualität häufig mittels einer Fremdeinschätzung der behandelnden Ärzte oder Betreuer erfasst (MUESER 1991; MELTZER 1992). Da sich gegenwärtig eher Konzepte durchzusetzen scheinen, die die Lebensqualität als subjektives Konstrukt verstehen, werden in neueren Studien meistens Selbstbeurteilungen der Patienten verwendet. Vereinzelt wird die Validität von Selbstbeurteilungen psychisch Kranker zu ihrer Lebensqualität grundsätzlich bezweifelt (ATKINSON et al. 1997), da affektive Störungen und herabgesetzte Einsichtsfähigkeit die Selbsteinschätzung beeinflussen könnten. Als Beleg für eine solche Annahme wird unter anderem die unterschiedliche subjektive Beurteilung der Lebensqualität von Patienten mit schizophrenen und mit affektiven Störungen sowie ein nur geringer Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiven Zufriedenheiten angeführt.

Inzwischen liegen zu der Frage, ob und inwiefern sich Selbst- und Fremdbeurteilungen der Lebensqualität voneinander unterscheiden, systematische Studien vor. So befragten THAPA & ROWLAND (1989) 31 chronisch psychiatrische Patienten einer Rehabilitationsabteilung und 35 Mitarbeiter zur wahrgenommenen Lebensqualität. Unterschiede der Beurteilungen fanden sich vor allem in den Bereichen Wohnen, Freizeitaktivitäten, Arbeit/Beschäftigung, Gesetz und Sicherheit sowie Gesundheit. Generell betonten die Mitarbeiter eher motivationale und Erfahrungsvariablen in ihrer Bedeutung für die Lebensqualität, während die Patienten selbst Wohnbedingungen, soziale Beziehungen und körperliche Gesundheit als relevant erachteten.

SAINFORT et al. (1996) befragten 37 schizophrene Patienten und deren klinische Behandler. Hinsichtlich der Einschätzung von Symptomen und Funktionen herrschte hohe Übereinstimmung zwischen beiden Gruppen, hinsichtlich der Beurteilung sozialer Beziehungen und der Beschäftigungssituation nur geringe Übereinstimmung. Kliniker schätzten die sozialen Beziehungen und die Beschäftigungssituation im Vergleich zu den Patienten günstiger ein, die Gesundheit, Symptome und Tagesstruktur der betroffenen Patienten dagegen ungünstiger.

EKLUND & HANSSON (1998) untersuchten die Lebensqualität bei zwanzig Patienten einer tagesstrukturierenden Einrichtung zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung sowie ein Jahr danach. Die Lebensqualität wurde einerseits über die Selbstbeurteilung der Patienten, andererseits durch einen unabhängigen,

nicht in die Behandlung der Patienten involvierten Beobachter erhoben. Fremd- und Selbstbeurteilung standen in linearer Beziehung zueinander, allerdings beurteilten die Patienten ihre Lebensqualität zu beiden Messzeitpunkten positiver als die unabhängigen Interviewer. Die fremdbeurteilte globale Lebensqualität wies einen engeren Zusammenhang zu anderen (fremdbeurteilten) Outcome-Indikatoren wie etwa der psychischen Gesundheit oder alltagspraktischen Funktionen auf; die selbstbeurteilte Lebensqualität war dagegen höher korreliert mit einer Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen (z. B. stationären Behandlungen). Als mögliche Gründe für die unterschiedliche Beurteilung der Lebensqualität diskutieren die Autoren,

- dass die Patienten über mehr Wissen hinsichtlich ihrer eigenen Lebenssituation verfügen,
- dass Interviewer und Patienten bei der Beurteilung der Lebensqualität unterschiedliche Maßstäbe benutzen,
- dass Patienten und Interviewer den Inhalt und Kontext der Fragen unterschiedlich interpretieren.

Zusammenfassend kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die Selbstbeurteilung der Lebensqualität durch die Patienten als valide einzuschätzen ist.

2.2.2.3 Interviewereffekte, soziale Erwünschtheit, Akquieszenz

Auch wenn die Lebensqualität von den Befragten selbst beurteilt wird, lässt sich vermuten, dass die Antworten in Abhängigkeit von der konkreten Befragungssituation bzw. von der Person des Interviewers beeinflusst werden könnten. KAISER et al. (1998a) untersuchten an insgesamt 52 psychisch Kranken (Bewohnern betreuter Wohneinrichtungen), welchen Einfluss ein vertrauter versus neutraler Interviewer auf die Beurteilung der Lebensqualität ausübt. Unter der Versuchsbedingung A wurden die Bewohner von einem ihnen unbekanntem Betreuer einer anderen Einrichtung, unter der Versuchsbedingung B von ihrem eigenen Wohnbetreuer befragt. Als Erhebungsinstrument wurde das Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP; PRIEBE et al. 1995) verwendet. Im Ergebnis zeigte sich, dass der Gesamtwert der subjektiven Lebensqualität sowie die Zufriedenheit in zwei Einzelbereichen (Wohnen und Finanzen) sich unter beiden Versuchsbedingungen signifikant voneinander unterschieden. Gegenüber dem vertrauten Interviewer wurde durchgängig eine höhere Zufriedenheit geäußert.

Unter dem Begriff *soziale Erwünschtheit* wird eine Antworttendenz bei Tests oder Selbsteinschätzungen verstanden, vermeintlich oder tatsächlich sozial erwünschte oder gebilligte Äußerungen zu treffen (vgl. EDWARDS 1957). Als *Akquieszenz* wird eine generelle Tendenz, schwierige oder kritische Fragen eher mit

»Ja« als mit »Nein« zu beantworten, bezeichnet (MESSICK 1967; vgl. auch BORTZ 1984). Beide Antworttendenzen können vermutlich bei Lebensqualitätsbefragungen in Abhängigkeit von dem jeweiligen Kontext eine Rolle spielen bzw. einen systematischen Bias verursachen. Bis auf die erwähnte Studie von Kaiser et al. liegen jedoch meines Wissens dazu keine empirischen Untersuchungen in Bezug auf die Lebensqualität vor.

2.2.2.4 Konfundierende Variablen

Bei der Erfassung der Lebensqualität psychisch Kranker stellen sich einige besondere methodische Schwierigkeiten, die im Folgenden umrissen werden.

Unter den potenziell konfundierenden Variablen ist als Erstes die psychopathologische Symptomatik zu nennen. In verschiedenen Studien wurde übereinstimmend gefunden, dass höhere psychopathologische Symptomatik mit geringerer subjektiver Lebensqualität einhergeht (MELTZER 1992; MUESER et al. 1991; SIMPSON, HYDE & FARAGHER 1989). Über die genaue Art des Zusammenhangs gibt es keine einheitlichen Befunde. LEHMAN (1983) fand einen Zusammenhang zwischen Angst/Depression und globaler Lebenszufriedenheit. LAUER & STEGMÜLLER-KOENEMUND (1994) untersuchten 30 chronisch schizophrene Patienten und fanden eine negative Korrelation zwischen einer Residualsymptomatik und der Zufriedenheit in vier Lebensbereichen (soziale Kontakte, Freizeit, Sicherheit, Gesundheit). Insbesondere eine Negativsymptomatik scheint in engem Zusammenhang zur subjektiven Lebensqualität zu stehen (BROWNE et al. 1996; HESLEGRAVE et al. 1997). KEMMLER et al. (1999) konnten diesen Befund zwar für leichte und mittelgradig ausgeprägte Symptomatik bestätigen, fanden jedoch bei Patienten mit stark ausgeprägter Symptomatik wiederum eine höhere Zufriedenheit. KAISER & PRIEBE (1998) fanden zwar für Querschnittuntersuchungen und für Wiederholungsmessungen über einen längeren (> ein Jahr), nicht aber über einen kürzeren (vier bis sechs Wochen) Zeitraum signifikante Zusammenhänge zwischen psychopathologischer Symptomatik und subjektiver Lebensqualität.

Neurokognitive Defizite bei schizophrenen Patienten haben entgegen häufig geäußelter Vermutungen keinen oder nur geringen Einfluss auf die geäußerte Lebensqualität (HESLEGRAVE et al. 1997). Dagegen sind unerwünschte Medikamentenwirkungen – hier sind vor allem extrapyramidalmotorische Störungen wie Hyperkinesien, Akathisie, Parkinsonoid zu nennen – hochsignifikant negativ mit verschiedenen bereichsspezifischen Zufriedenheiten (soziale Kontakte, Sicherheit, Gesundheit) korreliert (LAUER & STEGMÜLLER-KOENEMUND 1994). Patienten mit so genannten tardiven Dyskinesien haben eine deutlich geringere subjektive Lebensqualität als Patienten ohne diese unerwünschten Medikamentenwirkungen (BROWNE et al. 1996). Teilweise scheint allerdings nicht allein die

Medikation, sondern auch die psychopathologische Symptomatik mit beteiligt zu sein (KEMMLER et al. 1999).

Krankheits- und bisherige stationäre Aufenthaltsdauer können ebenfalls in Zusammenhang mit der subjektiven Lebensqualität stehen. BROWNE et al. (1996) fanden eine negative Korrelation zwischen beiden Variablen und der (allerdings fremdeingeschätzten) Lebensqualität schizophrener Patienten. KAISER et al. (1996) konstatierten signifikant bis hochsignifikante Korrelationen zwischen aktueller stationärer Behandlungsdauer und der allgemeinen Lebenszufriedenheit und verschiedenen bereichsspezifischen Zufriedenheiten. Vereinzelt fanden sich auch zwischen einigen bereichsspezifischen Zufriedenheiten und der Anzahl bisheriger stationärer Behandlungen bzw. der Krankheitsdauer signifikante Korrelationen.

2.2.2.5 Änderungssensitivität

In jüngster Zeit wurde von BARRY & CROSBY (1996) bezweifelt, ob die existierenden Instrumente für Lebensqualitätserhebungen änderungssensitiv sind, das heißt tatsächlich stattgefundenen Veränderungen der Lebensqualität psychisch Kranker abbilden. In einem Pre-Post-Design untersuchten sie 29 Patienten vor und ein Jahr nach ihrer Entlassung aus der Klinik zur Lebensqualität mit Lehmanns *Quality of Life Interview*. Signifikante Veränderungen der subjektiven Lebensqualität fanden sich lediglich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Wohnsituation (siehe auch Abschnitt 2.2.3.2).

EKLUND & HANSSON (1998) hingegen stellten in ihrer bereits erwähnten Untersuchung an 20 Patienten fest, dass die als Outcomekriterium verwendete subjektive Lebenszufriedenheit – erfasst mit einem Erhebungsinstrument von KAJANDI (1994) – durchaus änderungssensitiv ist: die globale Lebensqualität verbesserte sich signifikant bei Patienten ein Jahr nach ihrer Entlassung.

Eine andere, indirekte Herangehensweise wählten KAISER & PRIEBE (1998), die die zeitliche Stabilität subjektiver Lebensqualität bei Patienten »im Spontanverlauf«, das heißt ohne systematische therapeutische Intervention untersuchten. Will man die subjektive Lebensqualität als Outcomekriterium in der Evaluation verwenden, so ist eine gewisse zeitliche Stabilität als unabdingbare Voraussetzung anzusehen, da Gruppenunterschiede oder Veränderungen ansonsten nicht interpretierbar wären. Mit dem *Berliner Lebensqualitätsprofil* wurden zwei Gruppen chronisch psychisch Kranker in unterschiedlichen Zeitabständen ($n = 50$ im Abstand von eineinhalb Jahren, $n = 47$ im Abstand von vier bis sechs Wochen) untersucht. Ebenfalls erfasst wurden bedeutsame Lebensereignisse im Untersuchungszeitraum. Zumindest der Summenscore der bereichsspezifischen Zufriedenheiten und der globale Wert für die allgemeine Zufrieden-

heit erfüllen nach Meinung der Autoren die methodischen Voraussetzungen, um für Veränderungsmessungen geeignet zu sein.

Genau genommen kann mit den referierten Studien lediglich die Änderungssensitivität eines bestimmten Erhebungsinstruments belegt, nicht aber die grundsätzliche Frage entschieden werden, inwiefern das Konstrukt Lebensqualität Veränderungen sinnvoll abbilden kann. Der geringe Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiv wahrgenommener Lebensqualität verleitet einige Autoren zu dem Schluss, dass damit eine mangelnde Änderungssensitivität des Konstrukts belegt sei. Bezieht man aber die Ergebnisse sozialpsychologischer und soziologischer Untersuchungen ein, erscheint ein solcher Schluss als unbegründet bzw. zumindest voreilig.

2.2.2.6 Einflussvariablen

Aus der soziologischen Lebensqualitätsforschung ist bekannt, dass soziodemographische Variablen wie Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Einkommen insgesamt einen eher geringfügigen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität ausüben (GLATZER & ZAPF 1984). ANDREWS & WITHEY (1976) können unter Einbeziehung verschiedener soziodemographischer und objektiver Variablen weniger als 20 % der Varianz der subjektiven Lebensqualität aufklären.

In der psychiatrischen Lebensqualitätsforschung finden sich jedoch bezüglich der Variablen Alter und Geschlecht widersprüchliche Befunde. Während BROWNE et al. (1996) in ihrer Studie an 64 schizophrenen Patienten feststellten, dass höheres Alter mit niedrigerer Lebensqualität einherging, fanden KAISER et al. (1996) umgekehrt, dass Alter und subjektiv geäußerte Lebensqualität in zwei Bereichen (Finanzen, Arbeit/Beschäftigung) hochsignifikant und positiv korrelieren.

In der erwähnten Studie (KAISER et al. 1996) konnten keinerlei signifikante Korrelationen zur Variable Geschlecht festgestellt werden. RÖDER-WANNER & PRIEBE (1995) kommen in ihrem Übersichtsartikel zu der Auffassung, dass psychisch kranke Frauen mit ihrem Leben tendenziell zufriedener sind als Männer, was in Widerspruch zu Befunden in der Allgemeinbevölkerung steht, wo Frauen stets als das »unzufriedene Geschlecht« gelten (GLASER & ZAPF 1984). Möglicherweise erklärt sich dieses Faktum jedoch dadurch, dass eine Ersterkrankung an Schizophrenie bei Frauen zu einem späteren Zeitpunkt als bei Männern erfolgt und Frauen dadurch bedingt auch einen günstigeren Erkrankungsverlauf aufweisen.

2.2.3 Ergebnisse psychiatrischer Lebensqualitätsforschung

In der psychiatrischen Forschung wird Lebensqualität vorwiegend als abhängige Variable und als Verlaufskriterium untersucht, nur vereinzelt (z. B. POSTRADO & LEHMAN 1995) auch als Prädiktor. Häufig finden sich dagegen Studien, die im Querschnitt unterschiedliche Behandlungs- oder Betreuungssettings miteinander vergleichen (SIMPSON, HYDE & FARAGHER 1989; SHEPHERD, MUIJEN, DEAN & COONEY 1996;) oder Lebensqualität als Kriterium für die Evaluation einzelner Behandlungselemente, Institutionstypen oder Institutionen benutzen (ATKINSON et al. 1996; HUXLEY & WARNER 1992; MCCARTHY & NELSON 1991; LEVITT, HOGAN & BUCOSKY 1990).

Einen guten Überblick über die Ergebnisse psychiatrischer Lebensqualitätsforschung geben LAUER (1993), RÖDER-WANNER & PRIEBE (1995) sowie BARRY & ZISSI (1997). Im Folgenden werden zunächst drei für die psychiatrische Lebensqualitätsforschung grundlegende (inzwischen als »klassisch« zu bezeichnende) Studien dargestellt, bevor danach speziell auf Ergebnisse im Zusammenhang mit Enthospitalisierungsmaßnahmen eingegangen wird. Abschließend werden weitere Einzelbefunde zur Lebensqualität psychisch Kranker aufgeführt.

2.2.3.1 Die »klassischen« Studien

Die ersten systematischen Lebensqualitätsstudien auf dem Gebiet der Psychiatrie beschäftigten sich häufig mit der Frage, wie die Lebensqualität psychisch Kranker im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung beschaffen ist.

Zu den »klassischen« Studien im Bereich der Psychiatrie zählen die Untersuchungen von A. F. Lehman aus den 80er-Jahren und J. P. J. Oliver aus den frühen 90er-Jahren. In einer Studie von Lehman und Koautoren (LEHMAN 1983; LEHMAN, WARD und LINN 1982) wurden 278 randomisiert ausgewählte, chronisch psychisch Kranke aus dreißig Heimen in Los Angeles mit dem *Quality of Life Interview untersucht*. Die chronisch psychisch Kranken waren im Vergleich zur Normalbevölkerung, aber auch im Vergleich zu anderen sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, Farbige, unverheiratete allein Erziehende) mit ihrem Leben allgemein und in den Lebensbereichen Familie, soziale Beziehungen, Arbeit/Beschäftigung, Finanzen, Sicherheit signifikant unzufriedener. Zwischen objektiven und subjektiven Lebensqualitäts-Indikatoren wurden in vielen Bereichen signifikante, allerdings mit einer Ausnahme (Bereich Arbeit) eher niedrige (zwischen $r = .11$ und $r = .30$) Korrelationen gefunden. Nach Lehmans Modellvorstellungen bestimmen persönliche Charakteristika (hier operationalisiert als soziodemographische Variablen), objektive und subjektive Lebensqualitäts-Indikatoren in den verschiedenen Le-

bensbereichen das globale Wohlbefinden. Alle drei Faktoren gemeinsam klären zwischen 48 % und 58 % der Varianz des globalen Wohlbefindens auf, wobei die subjektiven Indikatoren insgesamt doppelt soviel Varianz aufklären wie die beiden anderen Faktoren gemeinsam.

In einer weiteren Studie (LEHMAN, POSSIDENTE & HAWKER 1986) verglich Lehman im Querschnitt zwei Gruppen von insgesamt $n = 382$ chronisch psychisch Kranken aus einem State Hospital und betreuten Wohneinrichtungen unterschiedlicher Größe in der Gemeinde, wobei die Gruppen außerdem nach ihrer Aufenthaltsdauer in der jeweiligen Einrichtung (kürzer vs. länger als ein halbes Jahr) differenziert wurden. Unabhängig von der Aufenthaltsdauer schätzten die gemeindepsychiatrisch betreuten Patienten ihre objektiven Lebensbedingungen günstiger ein als Patienten des State Hospitals. Langzeit-Patienten des State Hospitals beurteilten ihre Lebensbedingungen günstiger als Kurzzeitpatienten. Stationär behandelte Patienten waren häufiger als gemeindepsychiatrisch betreute im letzten Jahr Opfer einer Gewalttat geworden. Sie äußerten in allen Lebensbereichen und mit dem Leben insgesamt geringere Zufriedenheit als gemeindepsychiatrisch betreute Patienten. Patienten mit einer längeren Aufenthaltsdauer als einem halben Jahr in der jeweiligen Einrichtung waren mit ihrer finanziellen Situation und ihren Freizeitaktivitäten zufriedener als Patienten, die weniger als ein halbes Jahr in der Einrichtung lebten. Einschränkend muss erwähnt werden, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen nicht mehr signifikant ausfielen, nachdem hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Variablen sowie der objektiven Lebensumstände adjustiert worden war.

OLIVER (1991) und OLIVER & MOHAMAD (1992) untersuchten im Querschnitt $n = 61$ Bewohner unterschiedlicher Wohneinrichtungen in Lancashire. Dies waren im Einzelnen: öffentliche *staffed hostels* (entsprechend etwa hiesigen Übergangswohnheimen), private *boarding out homes* sowie *group homes* in freier Trägerschaft (entsprechend etwa betreuten Wohngemeinschaften). Als Erhebungsinstrument verwendeten sie das *Lancashire Quality of Life Profile*, das in wesentlichen Teilen dem Lehman'schen *Quality of Life Interview* entspricht. Die drei Typen von Wohneinrichtungen unterschieden sich hinsichtlich der objektiven Lebensbedingungen voneinander, nicht jedoch hinsichtlich der subjektiven Zufriedenheit der Bewohner. Insgesamt war der Anteil derjenigen Patienten, die sich zufrieden äußerten, in den Bereichen Sicherheit, Religion und Wohnen am größten; der Anteil der Unzufriedenen hingegen war in den Bereichen Finanzen, Freizeitaktivitäten und Arbeit/Ausbildung am größten. Dass sich die Zufriedenheiten der Patienten aus den drei Wohneinrichtungstypen nicht unterscheiden, erscheint überraschend, zumal die objektiven Lebensumstände der drei untersuchten Einrichtungstypen und die Verteilung der Krankheitsbilder deutlich differierten. Als alternative Erklärungshypothesen führen Oliver & Mohamad an, dass das subjektive Wohlbefinden eben nicht ausschließlich durch die

objektiven Lebensbedingungen bestimmt sei oder dass das verwendete Instrument nicht hinreichend sensitiv für die Evaluation gemeindepsychiatrischer Dienste sei.

2.2.3.2 Lebensqualität und Enthospitalisierung⁶

Unter dieser Überschrift werden sowohl Enthospitalisierungsstudien im engeren Wortsinn dargestellt als auch solche Studien, die Lebensqualität nach der Entlassung psychiatrischer Patienten aus der Klinik thematisieren. Zunächst werden Ergebnisse internationaler Studien dargestellt, danach Studien aus dem deutschen Sprachraum.

In einer älteren, prospektiven Längsschnittuntersuchung untersuchten GIBBONS & BUTLER (1987) eine kleine Stichprobe von $n = 15$ Patienten ein Jahr nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus. Lebensqualität wurde lediglich zum Zeitpunkt des Follow-up erhoben, und zwar mittels eines halbstrukturierten Interviews, das Fragen unter anderem zur Privatheit, Unabhängigkeit, Gefährdung und zur idealen Wohnsituation enthielt. Aus heutiger Sicht stellt dies eine eher unzureichende Operationalisierung von Lebensqualität dar. Ungeachtet dieser methodischen Einwände bleibt festzuhalten, dass sich die wesentlichen Veränderungen aus Sicht der Patienten in einem größeren Freiheitsgefühl, mehr Aktivitäten und einem Zuwachs der Quantität und Qualität sozialer Kontakte vollzogen.

Retrospektiv untersuchten PINKNEY, GERBER & LAFARE (1991) $n = 55$ psychiatrische Patienten ein Jahr nach ihrer Entlassung in die Gemeinde. Die Lebensqualität wurde selbst- und fremdbeurteilt durch Schlüsselpersonen erhoben und differenzierte unter anderem nach den Bereichen Freizeit und Erholung, Beschäftigung, Ausbildung, Finanzen, Wohnsituation, sozialen Aktivitäten und familiären Kontakten. 96 % der Befragten meinten, dass sich ihre Lebensqualität als Folge der Klinikentlassung verbessert habe. Methodisch ist zu bemerken, dass die Veränderung nicht in einem Prä-Post-Design zu zwei Messzeitpunkten erhoben wurde, sondern indirekt erfolgte (die Patienten wurden dazu befragt, was sie rückwirkend als Veränderung betrachten). Diese Vorgehensweise legt eher positive Antworttendenzen in Richtung einer erfolgten Veränderung nahe.

In der methodisch anspruchsvollen TAPS Studie wird unter dem Label ›Lebensqualität‹ (LEFF, DAYSON, GOOCH, THORNICROFT & WILLS 1996) ein Mixtum aus unterschiedlichen Konstrukten (Gesundheitszustand, Verhaltensauffälligkeiten, soziales Netzwerk, Einstellung zur erhaltenen Hilfe etc.) subsumiert, ohne dass tatsächlich im engeren Sinne Lebensqualität erhoben wird. Einzelne Befunde

⁶ Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse wurden teilweise bereits im Abschnitt 1.4 beschrieben, so dass eine gewisse Redundanz unvermeidlich ist.

(wie etwa die Zunahme von Freundschaften und Beziehungen zu Nachbarn) können aber als Hinweise verstanden werden, dass sich die Lebensqualität der aus den Kliniken entlassenen Patienten tatsächlich verbessert.

BARRY & CROSBY (1996) untersuchten in ihrer Studie mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte im 3-Monats-Intervall *vor* der Entlassung, drei Messzeitpunkte sechs Wochen, sechs Monate und zwölf Monate *nach* der Entlassung aus der Klinik) die Lebensqualität und das soziale Funktionsniveau bei 29 psychiatrischen Langzeitpatienten über den Zeitraum eines Jahres. Daten zur Lebensqualität wurden mit einer modifizierten Form von Lehmans *Quality of Life Interview* erhoben. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass sich die objektive Lebensqualität hinsichtlich der Wohnbedingungen, der sozialen Kontakte und der Anzahl der Freizeitaktivitäten signifikant verbessert hatte; hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität fanden sie jedoch lediglich eine signifikante Verbesserung bei der Zufriedenheit mit der Wohnsituation, was sie dazu veranlasste, grundsätzliche Zweifel an der Änderungssensitivität von Zufriedenheits-Ratings zu äußern.

In einer norwegischen Studie aus dem Jahr 1999 untersuchten BORGE, MARTINSEN, RUUD, WATNE & FRIIS die Lebensqualität von $n = 74$ überwiegend schizophrenen Langzeitpatienten, von denen 30 in allgemeinen Pflegeheimen, 23 in psychiatrischen Pflegeheimen und 21 außerhalb von Institutionen lebten. Nur 56 % der Befragten waren in der Lage, die Fragen zur Lebensqualität – erhoben mit einem Instrument von SØRENSEN & NÆSS (1996) – zu beantworten. Die subjektive Lebensqualität, insbesondere das allgemeine Wohlbefinden war relativ hoch. Signifikant zufriedener mit ihrer finanziellen Situation zeigten sich solche Patienten, die in eigener Wohnung lebten gegenüber Patienten in Heimen. 63 % der Varianz des allgemeinen Wohlbefindens konnte mit drei Variablen (selbst geäußerte Einsamkeit, Zufriedenheit mit der Nachbarschaft, Freizeitaktivitäten) aufgeklärt werden.

In Deutschland wurden – abgesehen von der Berliner Enthospitalisierungsstudie, die den Rahmen für die vorliegende Arbeit bildet – in drei Enthospitalisierungsstudien Lebensqualität explizit als Evaluationskriterium verwendet: im Rheinland/Bedburg-Hau (ROPERs 1996; ROPERS et al. 1997), in Bielefeld (ALBRECHT et al. 1997; INGENLEUF 1997; VIETEN, INGENLEUF, WILM & ALBRECHT 1996) und in Hessen (FRANZ, EHLERS & MEYER 1998). Die Studien wurden bereits ausführlich in Abschnitt 1.4.5.2 dargestellt, so dass an dieser Stelle lediglich die Ergebnisse zur Lebensqualität zusammenfassend dargestellt werden. Dabei kommen die drei genannten Studien zu widersprüchlichen Ergebnissen. Während ROPERS et al. (1997) eine positive Entwicklung der objektiven Lebensbedingungen (räumliche Gegebenheiten, Tagesstruktur, soziale Kontakte) und der subjektiven Zufriedenheiten (hier insbesondere in den Lebensbereichen Arbeit/Beschäftigung, Alltagsaktivitäten und familiäre Kontakte) ein halbes Jahr nach der Entlassung konstatieren, kommen FRANZ et al. (1998) zum Zeitpunkt des Follow-

up (ein Jahr nach der Entlassung) zwar hinsichtlich der objektiven Lebenssituation, der Symptomatik und des Ausmaßes sozialer Behinderungen zu positiven Ergebnissen. Die subjektive Lebensqualität blieb jedoch insgesamt konstant und stieg lediglich in einzelnen Bereichen leicht, aber nicht signifikant an. Die Bielefelder Enthospitalisierungsstudie (ALBRECHT et al. 1997) kommt zu dem Ergebnis, dass die subjektiven Zufriedenheiten zum Zeitpunkt des Follow-up (ein Jahr nach der Basiserhebung) in einigen Bereichen (Freizeit, finanzielle Situation, Partnerschaft, Betreuung) gesunken sind. Auf der einen Seite ist dieser Befund angesichts der Stichprobengröße von $n = 125$ (zum Vergleich: ROPERS et al. 1997: $n = 61$, FRANZ et al. 1998: $n = 48$) gewichtig. Auf der anderen Seite muss einschränkend hervorgehoben werden, dass abweichend von allen anderen Studien der Bielefelder Enthospitalisierungsstudie ein anderes Verständnis von Enthospitalisierung zugrunde liegt: Schwerpunkt des Prozesses bildete hier die so genannte ›interne Enthospitalisierung‹, das heißt klinikinterne Verlegungen auf Stationen mit höheren Anforderungen an die Selbstständigkeit der Patienten und der Aufbau von Wohngruppenverbänden auf dem Klinikgelände. Vermutlich spielte dies auch für den Verlauf der subjektiven Lebensqualität der beteiligten Patienten eine nicht unerhebliche Rolle.

Abgesehen von den eben aufgeführten Enthospitalisierungsstudien aus Deutschland gibt es zwei neuere Untersuchungen, die sich speziell mit dem Thema Lebensqualität und Enthospitalisierung beschäftigen. In einer kürzlich publizierten Studie von LEISSE & KALLERT (2001) wird der Prozess der Enthospitalisierung in Sachsen evaluiert. 245 Patienten mit chronischer Schizophrenie, die in fünf unterschiedliche Wohnformen entlassen wurden (Pflegeheim/sozialtherapeutisches Wohnheim/ambulant betreutes Wohnen/mit Familie lebend/allein lebend) wurden zu ihrer Zufriedenheit mit der Wohnsituation mit einer erweiterten Fassung des Berliner Lebensqualitätsprofils (BeLP) befragt. Die Zufriedenheit mit der Wohnsituation war in allen Gruppen relativ hoch, wobei Patienten des Pflegeheims im Vergleich zu den anderen Gruppen am wenigsten zufrieden waren. Mit zunehmender psychopathologischer Symptomatik nahm die Zufriedenheit mit der Wohnsituation ab, die Gruppenunterschiede blieben jedoch auch bei Berücksichtigung der psychopathologischen Symptomatik als Kovariate statistisch signifikant.

WIRTH (1997) untersuchte die Lebenszufriedenheit an einer Stichprobe von $n = 30$ Patienten, die aus rheinischen Landeskliniken nach einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 24 Jahren in kleinere Wohneinrichtungen entlassen wurden. Die Lebensqualität wurde mittels eines selbst entwickelten strukturier-ten Interviews erhoben, das nach verschiedenen Bereichen (Wohnen, Hygiene, Aufgaben, Versorgung, Beschäftigung, Finanzen, Gesundheit/Pflegebedürftigkeit) differenziert und auf einer 5-stufigen Skala eingeschätzt wird. Die gefundenen Zufriedenheiten liegen relativ hoch. Besonders zufrieden äußern sich die Patien-

ten mit der Wohnsituation und Privatsphäre, am wenigsten zufrieden mit ihrer Gesundheit und ihrer finanziellen Situation.

Eine Übersicht über empirische Studien zur Lebensqualität psychisch Kranker bzw. psychiatrischer Patienten gibt Tabelle 7.³

2.2.3.3 Weitere empirische Befunde

Zu den Studien, die im Querschnitt unterschiedliche Behandlungs- und Betreuungsformen vergleichen, gehören die von SIMPSON et al. (1989), SHEPHERD et al. (1996), OLIVER et al. (1996) und KEMMLER et al. (1999).

Bewohner von *group homes* (entsprechen nur annähernd den hiesigen therapeutischen Wohngemeinschaften) äußern höhere Zufriedenheit verglichen mit Patienten einer Akutstation eines Allgemeinkrankenhauses und Bewohnern eines psychiatrischen Heimes (*hostel ward*), und zwar sowohl hinsichtlich ihres allgemeinen Wohlbefindens als auch hinsichtlich einzelner Lebensbereiche wie Wohnen, Finanzen und soziale Kontakte (SIMPSON et al. 1989).

Zu teilweise ähnlichen, teilweise abweichenden Ergebnissen gelangten SHEPHERD et al. (1996), die in einer randomisiert ausgewählten Stichprobe unterschiedliche gemeindepsychiatrische Wohneinrichtungen mit Rehabilitationsstationen psychiatrischer Krankenhäuser verglichen. Am wenigsten zufrieden äußerten sich die stationär behandelten Patienten, am zufriedensten die Bewohner von Gemeinschaftswohnungen. Zufriedenheitsunterschiede fanden sich insbesondere in den Lebensbereichen Wohnen, soziale Kontakte und körperliche Gesundheit, jedoch nicht hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Wegen einer extrem hohen Missing-Rate – nur 22 % der stationär behandelten und 60 % der gemeindepsychiatrisch betreuten Patienten führten das Interview vollständig aus – und der daraus resultierenden Gefahr einer systematischen Verzerrung sind die Befunde nur eingeschränkt gültig.

OLIVER et al. (1996) untersuchten eine spezielle Form betreuter Wohneinrichtungen für psychisch Kranke im Nordwesten Englands, so genannte *Independent-Sector-Homes* (ISH). Es handelte sich dabei um kleinere Wohnheime mit 10–30 Plätzen, die von Gesellschaften mit beschränkter Haftung betrieben werden. Diese wurden hinsichtlich der Qualität der Versorgung und der Lebensqualität der Bewohner mit anderen betreuten Wohneinrichtungen (z. B. kommunalen Wohnheimen) verglichen. Für den Vergleich wurden unterschiedliche Datenquellen, teilweise auch Sekundärdaten, herangezogen. Zur Erfassung der Lebensqualität

7 Die bereits beschriebenen deutschen Studien zur Enthospitalisierung sind in dieser Tabelle nicht aufgeführt. Dazu wird auf Tabelle 3 (Übersicht über empirische Studien zur Enthospitalisierung) in Abschnitt 1.4.5 verwiesen.

Tab. 7: Übersicht über empirische Studien zur Lebensqualität psychisch Kranker

	Lehman et al. 1982	Lehman et al. 1986	Gibbons & Butler 1987	Simpson et al. 1989	Oliver & Mohamad 1991	Pinkney et al. 1991
N	278	382	15	34	61	55
Stichprobe	Chron.psych. Kranke aus 30 Heimen in Los Angeles	Psych. Kranke aus State Hospital u. betr. Wohnen	Psychiatr. Pat. nach Entlassung in ein Heim	Psych. Patienten	Chron. psych. Kranke aus 3 versch. Wohnrichtungen	Psych. Pat. nach Entlassung
Design	randomisiert, QS, Vergleich mit Normalbevölg. u. benachteiligten Bevölkerungsgruppen	QS, differenz. nach Setting u. stat. Aufenthaltsdauer	prospektiv, LS, in Bezug auf LQ nur 1 MZP	Vgl. von Pat. aus Allgemeinkrkh., Heim u. betr. Gruppenwohnen	QS, Vgl. von Wohnrichtungen: öffentl., priv. u. freie Träger	retrospektiv, 1 MZP, indirekte Veränderungsmessung
Instrument	Quality of Life Interview (QLI)	Quality of Life Interview (QLI)	Beobachtung, halbstrukt. Interview	Quality of Life Interview (QLI)	Lancashire Quality of Life Profile (LQOL)	Clients Quality of Life Instrument
Fokus	LQ chron. psych. Kranker	LQ gemeindepsychiatrisch betreuter Pat.	Veränderung der LQ nach der Entlassung	LQ in versch. Betreuungseinrichtungen	Unterschiede der LQ in versch. Wohnricht.	LQ psychiatr. Pat. nach Klinikentl.
Vgl. psych. Pat. – Bevölg.	Psych. Kranke haben in den meisten Lebensbereichen niedrigere LQ	–	–	–	–	–
Vgl. Klinik – Gemeindepsych.	–	LQ objektiv und subjektiv günstiger bei ambulant betreuten Pat.	–	–	–	–
Vgl. Settings	–	–	–	Pat. im betr. Gruppenwohnen zufriedener als Pat. in Heim u. Klinik	Unterschiede objektiv, aber nicht subjektiv	–
LQ nach Entlassung	–	–	mehr Aktivitäten, mehr Kontakte, Freiheitsgef.	–	–	96 % bessere LQ nach Entlassung

LQ = Lebensqualität; MZP = Messzeitpunkt; QS = Querschnitt; LS = Längsschnitt

	Barry & Crosby 1996	Shepherd et al. 1996	Wirth 1997	Borge et al. 1999	Kemmler et al. 1999	Leife & Kallert 2001
N	29	114	30	74	79	245
Stichprobe	Psych. Pat.	Pat. aus Klinik und gemeindepsych. Einricht.	Psychiatr. Langzeitpatienten	Schizophrene Patienten	Pat. mit Schizophrenie u. schizoaffektiven Psychosen	Chronisch schizophrene Pat.
Design	LS, 4 MZP, (3 Monate vor Entl., 6 Wochen, 6 u. 12 Monate nach Entlassung)	QS, randomisiert	QS nach Entlassung	QS, Vgl. allg. Pflegeheim, psychiatr. Pflegeheim, keine Wohnbetr.	QS, Vgl. stationär behandelte – gemeindepsych. betreute Pat.	QS, Vgl. von 3 institutionellen und 2 außerinstitut. Betreuungsförmungen
Instrument	Quality of Life Interview (QLI) modif.	Lancashire Quality of Life Profile (LQOL)	Strukt. Interview	Instrument von Sörensen & Naess	Lancashire Quality of Life Profile (LQOL)	Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP)
Fokus	Veränderung der LQ nach der Entlassung	LQ psych. Pat. in stationären und gemeindepsych. Settings	LQ psych. Patienten nach der Entlassung	Unterschiede der LQ in versch. Betreuungsförmungen	Vgl. LQ Gemeindepsych. – Klinik, Einflussvariablen	Wie ist die Lebensqualität kliniskt. Pat. in versch. Betreuungsförmungen?
Vgl. psych. Pat. – Bevölk.	–	–	–	–	–	–
Vgl. Klinik – Gemeindepsych.	–	stat. Pat. am unzufr., in Gemeinschaftswohnen am zufriedensten	–	–	Pat. in Gemeindepsych. zufriedener, z.T. durch Symptomatik und NW erklärbar	–
Vgl. Settings	–	–	–	Pat. in eig. Whg. insgesamt u. mit finanz. Sit. zufriedener als andere	–	Pat. im Pflegeheim geringste Zufriedenheit
LQ nach Entlassung	objektiv besser in drei Bereichen, subjektiv nur Zufr. mit Wohnen besser	–	subjektive LQ relativ hoch, insbes. Wohnen u. Privatsphäre	–	–	–

LQ = Lebensqualität; LS = Längsschnitt; MZP = Messzeitpunkt; NW = Nebenwirkungen der Medikamente; QS = Querschnitt

wurde das *Lancashire Quality of Life Profile (LQLP)*, zur Einschätzung der Qualität der Versorgung die *Sheltered Care Environment Scale (SCES; MOOS & LEMKE 1984)* verwendet. Sowohl hinsichtlich der Qualität der Versorgung als auch hinsichtlich der subjektiven Zufriedenheit der Bewohner schnitten die *ISHs* günstiger ab als die anderen Wohneinrichtungen. Zwischen der Anzahl sozialer Aktivitäten und der Zufriedenheit der Bewohner mit ihrer Privatheit, Unabhängigkeit und ihren Einflussmöglichkeiten zeigte sich ein negativer Zusammenhang, das heißt je mehr soziale Aktivitäten in einem Heim stattfanden bzw. von Mitarbeiterseite initiiert wurden, desto geringer war die Zufriedenheit der Bewohner in den genannten Bereichen. Einschränkend muss allerdings erwähnt werden, dass sich die Stichprobe der Bewohner der *IHSs* von den Vergleichsgruppen insofern unterschied, als sie im Mittel ein höheres Alter aufwies. Da es einige empirische Belege (siehe auch Abschnitt 2.2.2.4) dafür gibt, dass Alter und Zufriedenheit positiv korrelieren, könnten die Befunde in dieser Richtung systematisch beeinflusst worden sein und müssen daher relativiert werden.

KEMMLER et al. (1999) fanden beim Vergleich zwischen gemeindenah behandelten und in einer stationären Langzeiteinrichtung betreuten Patienten (ausschließlich solche mit der Diagnose einer schizophrenen oder schizo-affektiven Psychose) nach Adjustierung für Psychopathologie und Medikamentennebenwirkungen Unterschiede der subjektiven Zufriedenheiten lediglich in zwei Lebensbereichen (Freizeit und Wohnsituation).

Im Folgenden werden weitere Befunde zu verschiedenen thematischen Aspekten referiert. Psychoedukative Gruppenprogramme können die Lebensqualität der teilnehmenden Patienten signifikant verbessern (ATKINSON et al. 1996). Eine Beteiligung der Bewohner von betreuten Wohnformen an Entscheidungsprozessen in ihrer Einrichtung korreliert positiv mit der subjektiv geäußerten Lebenszufriedenheit (McCARTHY & NELSON 1991). Im Vergleich zu allgemeinmedizinisch behandelten Patienten mit niedrigem Einkommen sind chronisch psychisch Kranke unzufriedener mit ihren sozialen Beziehungen zu Freunden und zur Familie (HUXLEY & WARNER 1992). Unterschiedliche Typen des Case Managements haben Einfluss auf die subjektive Lebensqualität der betreuten Patienten: Intensives *Monitoring*, das heißt Einschätzung und Beobachtung des aktuellen Patientenstatus' hinsichtlich der Gesundheit, der Wohnsituation oder benötigter Hilfen etc. korreliert mit größerer Zufriedenheit der betreuten Patienten (ebenda.). Psychisch kranke Obdachlose – in den USA weitaus häufiger als hierzulande anzutreffen – haben verglichen mit anderen psychisch Kranken eine besonders geringe Lebensqualität (LEHMAN et al. 1995).

Seltener sind Untersuchungen, die Lebensqualität im Zusammenhang mit Prädiktion untersuchen. Als Prädiktor für stationäre Wiederaufnahmen psychiatrischer Patienten erwies sich – zusammen mit zwei weiteren Variablen, nämlich bisherigen stationären Behandlungen und der Schwere psychiatrischer Sympto-

me – in einer Studie von POSTRADO & LEHMAN (1995) die Zufriedenheit mit den familiären Beziehungen. RUDOLF & PRIEBE (1999) fanden in einer Studie über die subjektive Lebensqualität bei alkoholabhängigen Frauen, dass eine hohe Lebensqualität am ehesten geringe Rückfallhäufigkeit prognostiziert. Umgekehrt gilt jedoch nicht, dass eine besonders geringe Lebensqualität mit einem erhöhten Rückfallrisiko einhergeht.

Die umgekehrte Frage, inwieweit Lebensqualität durch andere Faktoren vorhergesagt werden kann, untersuchten LEVITT, HOGAN und BUCOSKY (1990) in einer Studie über tagesklinisch behandelte Patienten. Die allgemeine subjektive Lebenszufriedenheit konnte am besten mit einem Set von fünf Variablen prädiziert werden, zu denen die Anzahl stationärer Aufnahmen im Vorjahr, die Häufigkeit familiärer Kontakte sowie die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten, der psychischen Gesundheit und der Ausbildungssituation gehörten.

Einen ganz anderen Aspekt untersuchten ANGERMEYER, HOLZINGER und MATSCHINGER (1999), die die Bedeutung des Begriffs Lebensqualität für psychiatrische Patienten erfahren wollten. 565 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie wurden gebeten, anhand einer offenen Frage (»Lebensqualität, das bedeutet für mich: ...«) spontan ihre Einfälle und Vorstellungen zu dem Begriff Lebensqualität zu äußern. Am häufigsten wurde von den befragten Patienten Arbeit (23 %) genannt, gefolgt von Gesundheit (22 %), Freizeitgestaltung (16 %) sozialen Kontakten (15 %) und Familie (11 %). Psychiatrische Behandlung wurde von den Patienten nicht in Verbindung mit dem Begriff Lebensqualität gebracht. Bemerkenswert erscheint mir, dass die gefundenen Antworten mit der Einteilung in verschiedene Lebensbereiche korrespondieren, wie sie zur Zeit in den meisten Erhebungsinstrumenten zur Lebensqualität im Bereich der Psychiatrie vorzufinden sind.

2.3 Zusammenfassung

Zur Zeit existiert noch keine einheitliche wissenschaftliche Definition oder Konzeptualisierung von Lebensqualität. Wohlbefinden, Zufriedenheit und Glück werden in unterschiedlicher Akzentuierung als Komponenten von Lebensqualität aufgefasst. Lebensqualität wird teilweise als kognitives, teilweise als affektiv-emotionales Konstrukt verstanden.

In unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen (Philosophie, Soziologie, Psychologie, Medizin) hat die Lebensqualitätsforschung jeweils eine eigene Tradition. In der Geschichte der *Philosophie* wurde Lebensqualität unter dem Leitbegriff des Glücks seit dem Altertum reflektiert. Anliegen der *Soziologie* war weniger die Lebensqualität Einzelner als vielmehr das Gemeinwohl oder die gesellschaftliche Wohlfahrt. In der soziologischen Debatte lassen sich schon früh

eine subjektivistische und eine objektivistische Position feststellen. In der Auseinandersetzung mit dem komplexen Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiver Zufriedenheit beschreibt ZAPF (1984) das Zufriedenheitsparadox und das Unzufriedenheitsdilemma. Wohlfahrtssurveys der bundesdeutschen Bevölkerung aus den Jahren 1978 und 1980 zeigen eine durchschnittlich recht hohe Zufriedenheit, allerdings mit schicht- und geschlechtsspezifischen Abweichungen.

In der *Psychologie* bemühte man sich intensiv um eine theoretische Fundierung des Lebensqualitätskonzeptes. Damit sind etwa Fragen der Dimensionalität von Lebensqualität, ihrer Einflussfaktoren und ihrer Konstituierung (Stichwort: *state* vs. *trait*) angesprochen. Lebensqualität wird als Lebenszufriedenheit im Sinne einer kognitiven Komponente (z. B. SCHWARZ & STRACK 1991; TVERSKY & GRIFFIN 1991; CAMPBELL et al. 1976) oder als Wohlbefinden oder *happiness* im Sinne einer affektiven Komponente (z. B. BRADBURN 1969; DIENER et al. 1991) konzeptualisiert. Im Rahmen von Theorien zur sozialen Urteilsbildung werden Erwartungs- und Kontrast-Effekte zur Erklärung unterschiedlicher Zufriedenheiten herangezogen.

In der *Medizin* bekam das Konstrukt der Lebensqualität zunehmende Bedeutung im Zusammenhang mit chronischen (z. B. Herz-Kreislauf- oder Krebs-) Erkrankungen. Vorrangig geht es hier um die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Lebensqualität wird insbesondere herangezogen als Entscheidungshilfe zwischen mehreren Behandlungsmöglichkeiten oder in Hinblick auf einen Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen. Die *Psychiatrie* griff das Lebensqualitätskonzept relativ pragmatisch auf und benutzte es ohne intensive theoretische Erörterung als Evaluationskriterium. Wesentliche Erkenntnisse aus soziologischer und psychologischer Perspektive wurden in der psychiatrischen Lebensqualitätsforschung nur unzureichend rezipiert. Seit den 80er-Jahren wurden zahlreiche Instrumente zur Erhebung der Lebensqualität psychisch Kranker entwickelt, wobei die meisten Instrumente nach verschiedenen Lebensbereichen differenzieren und Lebensqualität subjektiv, das heißt in einem Selbstbeurteilungsverfahren erheben. Als Einflussfaktoren subjektiver Lebensqualität sind im Bereich der Psychiatrie insbesondere die psychopathologische Symptomatik, daneben aber auch unerwünschte Medikamentenwirkungen sowie Krankheits- und Hospitalisierungsdauer zu nennen. Soziodemographische Variablen haben dagegen eher einen geringen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität.

Empirische Studien belegten bereits zu Beginn der 80er-Jahre die geringere Lebensqualität psychisch Kranker im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (LEHMAN et al. 1982; LEHMAN 1983). Zum Themenkomplex *Lebensqualität und Enthospitalisierung* existieren eine Reihe von internationalen Studien, die zwar teilweise unter methodischen Vorbehalten zu sehen sind, insgesamt jedoch ausnahmslos eine positive Entwicklung der Lebensqualität belegen (GIBBONS &

BUTLER 1987; PINKNEY et al. 1991; LEFF et al. 1996; BARRY & CROSBY 1996; BERGE et al. 1999). Studien aus Deutschland (ALBRECHT et al. 1997; ROPERS et al. 1997; FRANZ et al. 1998), die den Verlauf der Lebensqualität während der Enthospitalisierung im Längsschnitt untersuchen, kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen: Während ROPERS et al. (1997) eine positive Entwicklung der subjektiven Lebensqualität verzeichnen, finden FRANZ et al. (1998) zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung keine deutliche Verbesserung und ALBRECHT et al. (1997) sogar eine tendenzielle Verschlechterung in einzelnen Lebensbereichen. Eine neuere Studie von LEISSE & KALLERT (2001), die im Querschnitt Patienten untersuchte, die in unterschiedliche Betreuungsformen entlassen wurden, findet die geringsten Zufriedenheiten bei Patienten, die in ein Pflegeheim entlassen wurden.

3. Fragestellung und Methodik

In Evaluationsstudien im Bereich der Gemeindepsychiatrie und speziell in internationalen und deutschen Enthospitalisierungsstudien der letzten Jahre ist die Lebensqualität inzwischen zu einem zentralen Outcome-Kriterium avanciert. Die tatsächlich vorhandenen Stärken des Konzepts (die Integration unterschiedlicher Lebensbereiche, die Einbeziehung der subjektiven Perspektive der betroffenen Patienten, seine Alltagsnähe und nicht zuletzt seine Akzeptanz bei den Beteiligten) lassen eine solche Entwicklung ungeachtet eventueller Modetrends plausibel erscheinen. Zudem hat das Konzept der Lebensqualität und seine Anwendung in ganz unterschiedlichen Feldern der Medizin und Psychiatrie sehr stimulierend auf die Forschung gewirkt, einige Fragen beantwortet und eine Reihe neuer Fragen (auch theoretischer Art) aufgeworfen.

Die Befunde zur Lebensqualität im Zusammenhang mit der Enthospitalisierung psychiatrischer Langzeitpatienten sind auf dem jetzigen Erkenntnisstand noch uneinheitlich. Wie in den beiden vorangegangenen Kapiteln dargestellt wurde, sind die Ergebnisse zur objektiven Lebensqualität zwar konsistent und belegen fast durchgängig eine Verbesserung nach einer Klinikentlassung. Widersprüchlich dagegen sind die Befunde zum Verlauf der subjektiven Lebensqualität bei enthospitalisierten Patienten: Einige Studien finden positive Veränderungen der subjektiven Lebensqualität (BORGE et al. 1999; GIBBONS & BUTLER 1987; ROPERS 1995), andere keine (FRANZ et al. 1998) oder sogar hinsichtlich einzelner Bereiche Verschlechterungen (ALBRECHT et al. 1997; INGENLEUF 1997). Da die erwähnten Studien unterschiedliche methodische Ansätze aufweisen, teilweise nur kleine Stichproben umfassen (GIBBONS & BUTLER 1987: n = 15), retrospektiv und im Querschnitt die Lebensqualität untersuchen (BORGE et al. 1999) und einer der Studien (ALBRECHT et al. 1997) eine fragwürdige Definition von »interner« Enthospitalisierung zugrunde liegt, ist eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse kaum möglich und damit weiterer Forschungsbedarf gegeben.

Die vorliegende Arbeit fokussiert die Untersuchung der Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt in der Untersuchung der subjektiven Lebensqualität, daneben wird jedoch auch auf den Verlauf der objektiven Lebensbedingungen eingegangen.

Wegen einer in der Literatur häufig anzutreffenden unklaren bzw. mehrdeutigen Verwendung des Begriffs *Lebensqualität* ist es mir wichtig, im Rahmen dieser Arbeit eine einheitliche Begrifflichkeit zu gewährleisten. Immer wenn der

Begriff *Lebensqualität* benutzt wird, ist damit die Gesamtheit objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertungen gemeint. Unter *subjektiver Lebensqualität* werden die allgemeine Lebenszufriedenheit und die bereichsspezifischen Zufriedenheiten im Sinne eines kognitiven Konstrukts verstanden.

3.1 Fragestellungen

Dieser Abschnitt gibt einen Überblick über die leitenden Fragestellungen der Untersuchung. Detaillierte Ausführungen zu den einzelnen Fragen sind erst später den jeweiligen Ergebnisabschnitten vorangestellt, um dem Leser einen direkten Bezug zwischen Fragestellung, Untersuchungsansatz und Ergebnisdarstellung zu ermöglichen. Die Fragestellung umfasst inhaltlich drei Bereiche.

I) Im *ersten Fragebereich* wird die Lebensqualität in der Gruppe entlassener Patienten untersucht. Dieser Fragebereich ist in drei Abschnitte untergliedert:

I.a) Wie sind die objektive Lebenssituation und subjektive Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten in der Klinik? (*Abschnitt 5.1.2*)

I.b) Wie sind die objektive Lebenssituation und subjektive Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten nach der Entlassung in die Gemeinde? (*Abschnitt 5.1.3*)

I.c) Wie sind die objektive Lebenssituation und subjektive Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten im Verlauf der Enthospitalisierung? (*Abschnitt 5.1.4*)

II) Im *zweiten Fragebereich* geht es um Einflussvariablen, Zusammenhänge und die Prädiktion subjektiver Lebensqualität (*Abschnitt 5.1.5*). Auch dieser Fragebereich ist dreifach gegliedert:

II.a) Wie beeinflussen Alter, psychopathologische Symptomatik und Hospitalisierungsdauer die subjektive Lebensqualität im Querschnitt und im Verlauf? (*Abschnitt 5.1.5.1*)

II.b) Gibt es Zusammenhänge zwischen subjektiver Lebensqualität und weiteren subjektiven Parametern (Nutzerzufriedenheit und subjektive Beschwerden)? (*Abschnitt 5.1.5.2*)

II.c) Wie lässt sich die subjektive Lebensqualität mit Hilfe subjektiver und objektiver Variablen präzisieren? (*Abschnitt 5.1.5.3*)

III) Im *dritten Fragebereich* wird vergleichend eine Gruppe weiter stationär behandelte Patienten herangezogen (*Abschnitt 5.2*), wobei die Untergliederung wie folgt ist:

III.a) Wie unterscheidet sich die objektive Lebenssituation entlassener und weiter stationär behandelte Patienten? (*Abschnitt 5.2.2.1*)

III.b) Wie unterscheidet sich die subjektive Lebensqualität entlassener und weiter stationär behandelte Patienten? (*Abschnitt 5.2.2.2*)

III.c) Wie unterscheidet sich der Verlauf der subjektiven Lebensqualität bei entlassenen und weiter stationär behandelten Patienten? (*Abschnitt 5.2.2.3*)

Hinsichtlich einiger Fragen gibt es konkrete Vorannahmen bzw. Hypothesen, hinsichtlich anderer Fragen liegen keine Hypothesen vor.

3.2 Entstehungszusammenhang der Arbeit

3.2.1 Psychiatrieplanung in Berlin zu Beginn der 90er-Jahre

In Berlin wurde mit dem Krankenhausplan 1993 (SENATSV ERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN 1993) die Zielvorgabe festgelegt, eine Reduzierung der aktuellen Bettenmessziffer für psychiatrische Betten von 1,5 (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie und Forensik) auf 0,96 im Jahr 1998 anzustreben. Das Psychiatrie-Entwicklungsprogramm (SENATSV ERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES BERLIN 1996) ging noch darüber hinaus und formulierte als Zielvorgabe eine Bettenmessziffer von 0,6 inklusive Kinder- und Jugendpsychiatrie. Konkret bedeutete dies, dass die Anzahl psychiatrischer Betten in Berlin um rund 1.800 (vorwiegend im so genannten »Chronikerbereich«) reduziert werden sollte.

Mit dem 60-Millionen-Programm der Krankenkassen, welches für den Zeitraum von vier Jahren den Aufbau entsprechender außerstationärer Versorgungsstrukturen ermöglichen sollte, bekam die geplante Enthospitalisierung kräftigen An Schub. Zum damaligen Zeitpunkt war die Atmosphäre in der Fachöffentlichkeit von verhaltenem Optimismus in Bezug auf die geplanten Enthospitalisierungsmaßnahmen geprägt, sicherlich auch in Abhängigkeit davon, in welcher Weise der eigene Arbeitsbereich betroffen sein könnte: Konnten Mitarbeiter im ambulant-komplementären Bereich – vorwiegend Sozialarbeiter – auf neue interessante Arbeitsfelder und eine Erweiterung ihrer beruflichen Möglichkeiten hoffen, so mussten Mitarbeiter des stationären Versorgungssektors – hier vor allem das Pflegepersonal auf den so genannten »Chronikerstationen« – sich damit auseinandersetzen, dass ihre Station möglicherweise geschlossen werden und ihr Arbeitsplatz damit gefährdet sein könnte. Sorgen um den eigenen Arbeitsplatz rückten jedoch erst allmählich im weiteren Verlauf der Enthospitalisierungsmaßnahmen in den Vordergrund. Anfangs dominierten in weiten Kreisen der Fachöffentlichkeit eher Aufbruchstimmung und Elan.

3.2.2 Die Berliner Enthospitalisierungsstudie

In dieser Situation entstand 1994 die *Berliner Enthospitalisierungsstudie*, die es sich zum Ziel gesetzt hatte, den Prozess der Enthospitalisierung in einem Versorgungsgebiet Berlins systematisch zu begleiten. Die Initiierung, Konzeption und wissenschaftliche Leitung der Studie oblag der Abteilung für Sozialpsychiatrie (Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin), die gemeinsam mit den psychiatrischen Abteilungen des Krankenhauses Spandau (bis 31.12.1994: Nervenlinik Spandau) und dem Verein Platane 19 e. V. auch die Trägerschaft und Finanzierung übernahm. Unterstützt wurde die Studie von weiteren Kooperationspartnern aus der Praxis: den psychiatrischen Krankenhäusern des Deutschen Roten Kreuzes und der Psychiatriekoordination des Bezirksamts Charlottenburg. Finanziert wurde die Studie über Eigenmittel der beteiligten Institutionen, zeitweise auch über Mittel der Berliner Senatsverwaltung für Arbeit. Die Autorin war seit Beginn des Jahres 1994 Mitglied der Projektgruppe (bestehend aus dem damaligen kommissarischen Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie und Leiter der Studie, Prof. Dr. S. Priebe, Dr. W. Kaiser und Dipl.-Psych. M. Isermann aus der Nervenlinik Spandau und der Autorin, Mitarbeiterin des Vereins Platane 19 e. V.) und hat über 100 Befragungen selbst durchgeführt.

Die Berliner Enthospitalisierungsstudie ist eine prospektive Längsschnittstudie, die in einem Versorgungsgebiet von drei Bezirken Berlins (Charlottenburg, Spandau und Wilmersdorf) mit rund 550.000 Einwohnern die Enthospitalisierung langzeithospitalisierter Patienten evaluiert. Von allen Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten ($n = 422$), wurden soziodemographische Daten, Vorgeschichte, Informationen zur Krankheitsgeschichte und zur gegenwärtigen Behandlungssituation inkl. den Diagnosen nach ICD 10 sowie zur Pflegebedürftigkeit in einem standardisierten Erhebungsbogen erfasst. Alle Patienten, die nicht an einer dementiellen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung litten und zu einer Befragung bereit und in der Lage waren ($n = 237$), wurden persönlich untersucht und interviewt. Von diesen Patienten wurden zusätzlich Daten zur psychopathologischen Symptomatik, zur Lebensqualität, zu den Bedürfnissen nach Hilfe und Unterstützung, zu den subjektiven Beschwerden, zu sozialen Behinderungen und zu den Prognosen der Behandler (Ärzte oder Psychologen) und des Pflegepersonals erhoben.

Ergebnisse der Berliner Enthospitalisierungsstudie wurden bereits publiziert (HOFFMANN, ISERMANN, PRIEBE & KAISER 2000; HOFFMANN, PRIEBE, ISERMANN & KAISER 1997; KAISER, HOFFMANN, ISERMANN & PRIEBE 1998; KAISER, ISERMANN, HOFFMANN & PRIEBE 1999; PRIEBE, HOFFMANN, ISERMANN & KAISER 1996; PRIEBE, HOFFMANN, ISERMANN & KAISER 2002a).

3.3 Methodik

3.3.1 Gewinnung der Stichprobe

Bei der Stichprobe handelt es sich um eine Kohorte psychiatrischer Langzeitpatienten, die im Rahmen der Berliner Enthospitalisierungsstudie gewonnen und zu zwei Messzeitpunkten untersucht wurde. Die Patienten befanden sich zum ersten Untersuchungszeitpunkt (Indexuntersuchung oder t_0) ausnahmslos in stationärer psychiatrischer Behandlung von sechs Krankenhäusern zweier Berliner Bezirke (Charlottenburg und Spandau) und wurden aufgrund vorher definierter Einschlusskriterien (siehe Abschnitt 3.3.2) für die Studie rekrutiert. Von den ursprünglich zu t_0 untersuchten $n=237$ Patienten konnten $n = 142$ Patienten zu t_1 nachuntersucht werden. Diese Gruppe bildet die Grundlage der vorliegenden Arbeit. Der relativ hohe Prozentsatz von 40,1 % Patienten der Ausgangsstichprobe, die zu t_1 nicht nachuntersucht werden konnten, erklärt sich aus verschiedenen Gründen, die in Abschnitt 4.2 erläutert werden.

Zu t_1 waren 77 Patienten in stationären Einrichtungen und 65 Patienten aus der Klinik entlassen und befanden sich in ambulanter Behandlung, teilweise auch in der Betreuung komplementärer Dienste wie beispielsweise betreuter Wohneinrichtungen.

3.3.2 Studienansatz und Design

Es handelt sich um eine prospektive Studie, die den Prozess der Enthospitalisierung in einem definierten Versorgungsgebiet Berlins naturalistisch evaluiert. Ausgangsstichprobe ist die Kohorte der in t_0 befragten, langzeithospitalisierten Patienten. Zum Zeitpunkt des Follow-up befand sich ein Teil dieser Patienten weiterhin in stationärer Behandlung, ein anderer Teil war inzwischen – in Abhängigkeit von der Einschätzung der behandelnden Ärzte – zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedliche Betreuungssettings entlassen worden.

Der Fokus der Studie richtet sich zunächst auf die Untersuchung der Veränderungen bei der Gruppe entlassener Patienten anhand verschiedener Parameter. Der Zeitpunkt des Follow-up für entlassene Patienten wurde individuell festgesetzt und lag jeweils ein Jahr nach der Entlassung aus der Klinik. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass tatsächlich die mittel- bis langfristigen Effekte einer Enthospitalisierung erfasst werden und nicht nur anfängliche, eventuell kurzlebige positive Entwicklungen (sog. *Honey-moon-Effekt*) abgebildet werden.

Daneben folgt die Studie insofern einem kontrollierten Ansatz, indem als Vergleichsgruppe weiter stationär behandelte Patienten herangezogen werden.

Diese wurden eineinhalb bis zwei Jahre nach der Erstbefragung erneut untersucht. Entlassene Patienten wurden der *Treatment-Gruppe* zugeordnet, weiter stationär behandelte Patienten der *Kontrollgruppe*. Da die Entlassung der Patienten und damit auch ihre Zuordnung zur Treatment- vs. Kontrollgruppe nach klinischen oder organisatorisch/administrativen Kriterien der behandelnden Ärzte erfolgte, kann vermutet werden, dass sich beide Gruppen hinsichtlich wesentlicher Parameter voneinander systematisch unterscheiden (z. B. hinsichtlich der aktuellen psychiatrischen Symptomatik). Eine Reihe von Gründen (beispielsweise die aktuelle Bettenbelegung in der Klinik, das Vorhandensein geeigneter ambulanter Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten oder auch der Wunsch der Patienten oder der Angehörigen) haben mit klinischen Kriterien im engeren Sinne – also dem Krankheitszustand oder dem Befinden der betreffenden Patienten – nichts zu tun, können für die Frage der Entlassung eines Patienten aber ebenfalls eine maßgebliche Rolle spielen.

Ein experimentelles Design, bei dem die Patienten randomisiert einer Treatment- (hier: Entlassung aus der Klinik) und einer Kontrollgruppe (stationäre Weiterbehandlung) zugeteilt werden, war aus klinischen und ethischen Erwägungen sowie aus Gründen der Praktikabilität nicht möglich bzw. nicht durchführbar. Die Möglichkeit systematischer Unterschiede zwischen Treatment- und Kontroll-Gruppe wird bei der Auswertung berücksichtigt, indem potenziell relevante Parameter als Einflussvariablen einbezogen werden.

3.3.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien

Die Einschluss- und Ausschlusskriterien werden im Folgenden zunächst für die Eingangsuntersuchung und anschließend für die Nachuntersuchung dargestellt und erörtert. Für die Gewinnung der Stichprobe zur *Eingangsuntersuchung* (t_0) galten folgende Einschlusskriterien:

1. ein Mindestalter von 18 Jahren,
2. eine mindestens halbjährliche ununterbrochene stationäre Behandlung im Indexzeitraum (erstes Halbjahr 1994),
3. letzter polizeilich gemeldeter Wohnsitz im Versorgungsgebiet von Charlottenburg, Wilmersdorf oder Spandau *oder* mindestens zweijährige stationäre Behandlung in Charlottenburg oder Spandau.

Begründung der Einschlusskriterien:

Zu 1.) Ein Mindestalter von 18 Jahren wurde festgesetzt, um die untersuchte Stichprobe auf den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie einzugrenzen. Es kann vermutet werden, dass die (relativ kleine) Gruppe derjenigen Kinder und Jugendlichen, die eine längerfristige stationäre Behandlung erfährt, eine spezielle Pro-

blematik aufweist, die sich von der erwachsener Patienten deutlich unterscheidet. Zudem handelt es sich bei Kindern und Jugendlichen häufig um andere psychiatrische Krankheitsbilder als bei Erwachsenen. Einige bei Erwachsenen auftretende Krankheitsbilder können im Kindes- und Jugendalter nicht immer mit Sicherheit diagnostiziert werden (z. B. ist es strittig, ob im Alter unter 16 Jahren eine schizophrene Störung mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden kann).

Zu 2.) Die Festlegung des zweiten Einschlusskriteriums berührt die Frage, ab welchem Zeitraum von einer längerfristigen oder sogar dauerhaften Hospitalisierung eines Patienten ausgegangen wird, oder umgekehrt formuliert: Wie lange muss ein Patient stationär behandelt worden sein, damit seine Entlassung aus dem Krankenhaus als Enthospitalisierung zu betrachten ist? Der hier festgesetzte Zeitraum von einem halben Jahr ist relativ knapp bemessen, jedoch liegt er deutlich über der für eine Akutbehandlung erwarteten Aufenthaltsdauer. Notwendige Folge einer derartigen Definition des Einschlusskriteriums ist eine sehr große Spannweite der aktuellen Hospitalisierungsdauer bei den Studienteilnehmern, die sich zwischen einem halben Jahr und mehreren Jahrzehnten bewegt. Auch dieser Umstand ist bei der Auswertung differenzierend zu berücksichtigen.

Zu 3.) Es sollten alle mittel- und längerfristig hospitalisierten Patienten eines Versorgungsgebietes einbezogen werden, um vom Ansatz der Studie her eine Selektion der Studienteilnehmer auszuschließen. Für die Wahl der Berliner Bezirke Charlottenburg, Wilmersdorf und Spandau als Versorgungsgebiet waren verschiedene Gründe maßgeblich: Zum einen sind sie von ihrer Lage und Größe (Bevölkerungszahl von ca. 550.000) vergleichbar mit anderen städtischen Ballungsgebieten, so dass die Ergebnisse für Städte dieser Größenordnung verallgemeinert werden können. Zum anderen hat der Träger der Studie (die Abteilung für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin) in Charlottenburg seinen Standort, was die Datenerhebung in verschiedener Hinsicht erleichterte und die Möglichkeit gab, auf bereits bestehende Kooperationsbeziehungen zurückzugreifen. Die zum damaligen Zeitpunkt für Charlottenburg aufnahmeverpflichtete Nervenklinik lag in Spandau, so dass es sich anbot, diesen Bezirk ebenfalls einzubeziehen. Die damalige Nervenklinik Spandau (heute: Krankenhaus Spandau, örtlicher Bereich Griesinger Straße) hatte ebenso wie ein Träger komplementärer Versorgung in Charlottenburg (Platane 19 e. V.) Interesse an einer Evaluation der geplanten Enthospitalisierungsmaßnahmen; beide Einrichtungen erklärten sich zudem bereit, die Studie mit zu finanzieren.

Die Entscheidung, nicht nur die Patienten, die ihren letzten polizeilich gemeldeten Wohnsitz im Versorgungsgebiet hatten, einzubeziehen, sondern auch diejenigen, die länger als zwei Jahre in einer stationären psychiatrischen Einrichtung in Charlottenburg oder Spandau lebten (unabhängig von ihrem ursprünglichen Wohnort), hing mit speziellen lokalen Gegebenheiten zusammen. In Charlottenburg gab es zwei so genannte *Sonderkrankenhäuser für psychisch Kranke* des Deutschen

Roten Kreuzes mit jeweils 45–55 Patienten, die von der Finanzierung Krankenhäusern gleichgestellt waren, von ihrer Klientel, der konkreten Behandlungssituation und dem Milieu her gesehen aber eher Heimcharakter hatten. Die Patienten dieser Häuser lebten zum überwiegenden Teil bereits viele Jahre dort und hatten meist keinen Bezug mehr zu ihrem ursprünglichen Herkunftsbezirk. Sowohl von Seiten der Leitung der beiden Sonderkrankenhäuser als auch von kommunalpolitischer Seite wurde das Interesse geäußert, diese Häuser mit einzubeziehen.⁸

Ausschlusskriterium war das Vorliegen einer organisch bedingten Erkrankung (F 0 oder F 10.6 nach ICD 10) oder einer Intelligenzminderung (F 7). Zwei Gründe waren hierfür maßgeblich: Zum einen sollte sich die Studie auf die Kerngruppe der Patienten mit im engeren Sinne psychiatrischen Krankheitsbildern beschränken. Zum anderen hätte eine Befragung bei Patienten mit dementiellen Erkrankungen oder Intelligenzminderungen nicht sinnvoll durchgeführt werden können.

Für die *Nachuntersuchung* zu (t_1) galten folgende Einschlusskriterien:

1. Klinikentlassene Patienten werden ein Jahr nach ihrer Entlassung erneut befragt, sofern sie mehr als die Hälfte des Zeitraums nach Klinikentlassung in der Gemeinde, also außerhalb der Klinik verbracht haben *und* sich zum Zeitpunkt des Nachinterviews nicht in stationärer Behandlung befinden.
2. Weiter stationär behandelte Patienten werden eineinhalb Jahre nach dem Erstinterview erneut befragt, sofern sie entweder ununterbrochen in stationärer Behandlung waren oder weniger als die Hälfte des Untersuchungszeitraums außerhalb der Klinik verbracht haben *und* zum Zeitpunkt des Nachinterviews in stationärer Behandlung sind.

Begründung der Einschlusskriterien:

Für die Zwecke der Studie war es notwendig, sehr genau zu operationalisieren, wer als entlassener (und damit erfolgreich enthospitalisierter) Patient betrachtet wird. Es konnte nämlich erwartet werden, dass einige Patienten nach ihrer ersten Klinikentlassung ein- oder mehrmals kurzfristiger stationärer Behandlung bedurften, bevor ihre dauerhafte Integration in das neue Betreuungssetting in der Gemeinde gelang. Aus diesem Grund mussten eindeutige Verfahrensregeln festgelegt werden.

Unmittelbar plausibel ist es, dass ein entlassener Patient nur dann interviewt werden soll, wenn er sich zum Zeitpunkt des Nachinterviews nicht in der Klinik befindet. Da sich eine Reihe von Fragen der Nachuntersuchung auf eine Bewertung der gegenwärtigen Lebenssituation in der Gemeinde bezieht, könnte – selbst

⁸ Gesundheitspolitische Bedeutung hatte das Thema insofern, als die politischen Vorgaben besagten, dass alle Patienten im Zuge der Enthospitalisierung wieder in ihrem ursprünglichen Herkunftsbezirk aufgenommen werden sollten und die Kostenträgerschaft für Betreuungsmaßnahmen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) damit auch an diesen Bezirk übergehen sollte.

bei einem nur kurz dauernden stationären Aufenthalt – die Einschätzung möglicherweise durch das aktuelle Befinden und das Erlebnis der Situation in der Klinik verzerrt sein. Sofern ein Patient zum Zeitpunkt des geplanten Nachinterviews in stationärer Behandlung war, wurde deshalb zunächst seine erneute Entlassung abgewartet; nach einem Zeitraum von vier bis sechs Wochen wurde er dann wieder kontaktiert und das Interview durchgeführt.

Schwieriger war die Festlegung eines klaren Zeitkriteriums, wann ein Patient überhaupt als entlassen bzw. enthospitalisiert gelten sollte. Die Operationalisierung, dass ein Patient mehr als die Hälfte der Zeit nach seiner Entlassung außerhalb der Klinik verbracht haben muss, ist zwar plausibel, aber bis zu einem gewissen Grad auch willkürlich. Sicherlich hätte man auch für einen anderen *cut off point* gute Gründe finden können. Die hier getroffene Festsetzung stellt ein Minimalkriterium für eine tatsächlich erfolgte Enthospitalisierung dar.

Die Festlegung der Kriterien, unter welchen Bedingungen weiter stationär behandelte Patienten nachinterviewt werden sollen, folgt entsprechenden Gründen.

3.3.4 Beteiligte Krankenhäuser und Praxiseinrichtungen

Die zu t_0 rekrutierten Patienten kamen aus sechs stationären Einrichtungen. Im Einzelnen waren dies:

- die Nervenklinik Spandau (zum damaligen Zeitpunkt pflichtversorgende Klinik für die drei Bezirke des Einzugsgebietes mit 632 Betten);
- die DRK-Sonderkrankenhäuser Birkenhain (55 Betten) und Erlengrund (45 Betten);
- das DRK-Hospital Kastanienallee;
- die DRK-Klinik Phönix (40 Betten);
- die Nachtklinik der Abt. f. Sozialpsychiatrie (zwölf Betten).

Mit diesen Einrichtungen bestand über den gesamten Zeitpunkt der Studie eine enge Kooperation. So war beispielsweise aus datenschutzrechtlichen Gründen die Kontaktaufnahme zu entlassenen Patienten im Rahmen der Nachuntersuchung nur über die vorbehandelnde Einrichtung möglich (siehe Abschnitt 3.3.5). Auch Informationen über erneute stationäre Wiederaufnahmen der Studienteilnehmer waren nur über diese Institutionen zugänglich.

Im Follow-up wurde mit all den Einrichtungen und Trägern kooperiert, die eine Betreuung der Patienten nach der Klinikentlassung übernommen hatten. Dies war eine Vielzahl von Trägern gemeindepsychiatrischer und sonstiger Dienste unterschiedlicher Größenordnung. Von den verschiedenen Einrichtungstypen sind hier vor allem betreute Wohneinrichtungen, Seniorenwohnheime und Übergangswohnheime zu nennen.

Stationäre Einrichtungen, in die Patienten der Vergleichsgruppe aus dem psychiatrischen Krankenhaus verlegt wurden, waren verschiedene Kranken- oder Pflegeheime und in einem Fall ein somatisches Krankenhaus, zu denen ebenfalls im Rahmen der Nachuntersuchung Kontakt aufgenommen wurde.

3.3.5 Erhebungsinstrumente

Von allen Patienten wurden zu Beginn der Studie Basisdaten (soziodemographische Daten, Diagnosen und Informationen zur Krankheitsgeschichte) in einem standardisierten Erhebungsbogen erfasst, den die behandelnden Ärzte oder Psychologen in den Kliniken ausfüllten. Im Interview wurden von den Patienten Daten zur Lebensqualität anhand des *Berliner Lebensqualitätsprofils (BeLP; PRIEBE et al. 1995)*, zu den subjektiven Beschwerden mittels einer modifizierten Form der *von Zerssen Beschwerdenliste (BL; CIPS 1986)* und zur Nutzerzufriedenheit (hier: Behandlungsbewertung) mit dem *Klientenbogen zur Behandlungsbewertung (KliBB; GRUYTERS 1995; PRIEBE & GRUYTERS 1995)* erhoben. Die psychopathologische Symptomatik wurde von den Interviewern anhand der *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; CIPS 1986)* fremdeingeschätzt.

Im Follow-up-Interview wurden für alle Patienten die gleichen Daten wie im Interview der Eingangsuntersuchung erhoben. Außerdem wurden für entlassene Patienten Informationen zum Verlauf, zur aktuellen Behandlung, Betreuung und Inanspruchnahme medizinischer oder sozialer Leistungen von den Patienten oder den Betreuern erfragt. Für weiter stationär behandelte Patienten wurden zusätzlich Informationen zur aktuellen Behandlungssituation von den behandelnden Ärzten oder Psychologen erhoben.

Über den gesamten Untersuchungszeitraum wurden Informationen über Entlassungen oder Verlegungen der Patienten und stationäre Wiederaufnahmen erhoben.

Tabelle 8 gibt zunächst einen Überblick über die verwendeten Erhebungsinstrumente und Untersuchungszeitpunkte; anschließend werden die einzelnen Erhebungsinstrumente detailliert beschrieben.

⇒ Basisdaten

Es handelt sich hierbei um einen von der Projektgruppe entwickelten Erhebungsbogen (*siehe Anhang B*) zu soziodemographischen und krankheitsbezogenen Informationen sowie Angaben über die aktuelle Behandlungssituation, der von den behandelnden Ärzten oder Psychologen nach Aktenlage ausgefüllt wurde. Im Einzelnen werden erfragt:

- die psychiatrischen Diagnosen nach ICD 10 inklusive einer möglichen Komorbidität,

Tab. 8: Verwendete Erhebungsinstrumente/Design

Erhebungsinstrumente	Untersuchungszeitpunkt			Untersuchungszeitpunkt		
	t_0			t_1		
	Behandler/ Betreuer	Interviewer	Patient	Behandler/ Betreuer	Interviewer	Patient
Basisdaten zur Krankheitsgeschichte inkl. Diagnosen (nach ICD 10)	•					
Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP)			•			•
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)		•		•		
v. Zerssen Beschwerdenliste (BL)			•			•
Klientenbogen zur Behandlungsbewertung (KliBB)			•			•
Daten zu Entlassungen und stationären Wiederaufnahmen	<i>k o n t i n u i e r l i c h</i>					
Follow-up-Bogen zur Behandlung/Betreuung u. Inanspruchnahme von Leistungen				(•)		•

- die derzeitige Medikation sowie angewandte Therapiemethoden,
- der Kostenträger der stationären Behandlung,
- der Aufnahmemodus der letzten Krankenhauseinweisung (freiwillig/unfreiwillig),
- die rechtliche Grundlage der derzeitigen Behandlung (freiwillig/unfreiwillig nach PsychKG/unfreiwillig nach Betreuungsgesetz),
- eventuell stattgefundenene Zwangsmaßnahmen innerhalb der letzten sechs Monate,
- Anzahl und Dauer früherer stationärer Behandlungen,
- Wohnverhältnisse und berufliche Situation vor der letzten Hospitalisierung,
- Wohnmöglichkeiten für den Patienten im Falle der Entlassung aus der Klinik,
- Hilfebedarf an medizinischen und sozialen Diensten nach der Entlassung.

⇒ **Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP; OLIVER et al. 1997; PRIEBE et al. 1995)**

Das Berliner Lebensqualitätsprofil (*BeLP*) ist ein strukturierter Interviewleitfaden (*siehe Anhang B*). Es handelt sich dabei um eine an deutsche Verhältnisse adaptierte Form des Lancashire Quality of Life Profile⁹ (*LQOLP*; OLIVER et al. 1996),

⁹ Dieses wiederum basiert in Ansatz und Struktur auf Lehmans *Quality of Life Interview (QLI*; LEHMAN 1988). Siehe dazu auch Abschnitt 2.2.2.1.

welches im Vergleich zu diesem jedoch kürzer ist. So wurden Fragen zum Selbstkonzept und Selbstwertgefühl gestrichen; ebenfalls verzichtet wurde auf eine Einschätzung der gegenwärtigen Lebenssituation mit Hilfe von *Cantrills ladder*. Das *BeLP* wurde speziell für die Anwendung im gemeindepsychiatrischen Bereich entwickelt und ist dort inzwischen auch verschiedentlich angewendet worden.

Im Berliner Lebensqualitätsprofil wird zu Beginn nach kurzen einleitenden Fragen zu soziodemographischen Daten nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit gefragt. Anschließend werden in insgesamt neun Bereichen (Arbeit, Freizeit, Religion, Finanzen, Wohnen, Sicherheit und Gesetz, Familie, Freunde und Bekannte, Gesundheit) jeweils Informationen zur objektiven Lebenssituation und zur subjektiven Lebenszufriedenheit erhoben. Die subjektive Zufriedenheit wird anhand einer 7-stufigen Ratingskala (1 = *völlig unzufrieden*, 2 = *unzufrieden*, 3 = *eher unzufrieden*, 4 = *abwechselnd zufrieden und unzufrieden*, 5 = *eher zufrieden*, 6 = *zufrieden*, 7 = *völlig zufrieden*) von den Probanden selbst eingeschätzt. Das Interview dauert zwischen 20 und 30 Minuten.

Die im Abstand von vier bis sechs Wochen gemessene Retest-Reliabilität liegt für die allgemeine Lebenszufriedenheit bei .71, für den Summenscore bei .86. Für die einzelnen bereichsspezifischen Zufriedenheiten liegen die Reliabilitätskoeffizienten zwischen .41 und .84.

⇒ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; CIPS 1986)

Die BPRS ist eine etablierte und im Rahmen psychiatrischer Studien häufig verwendete Skala zur Fremdbeurteilung der aktuellen psychopathologischen Symptomatik. Sie wurde speziell für hospitalisierte psychiatrische Patienten entwickelt und eignet sich für Verlaufsbeschreibungen. Klinisch erfahrene Interviewer beurteilen anhand einer 7-stufigen Skala (von 0 = *nicht vorhanden* über 4 = *mäßig* bis zu 7 = *extrem stark*) Vorhandensein und Ausprägung unterschiedlicher Symptome. Die Interrater-Reliabilität liegt für den Gesamtwert der BPRS zwischen .87 und .97, für die einzelnen Faktoren zwischen .52 und .90 (CIPS 1996). Die Auswertung kann auf Itemebene, über einen zu berechnenden Summenscore aller Einzelwerte oder über die Bildung von Summenwerten pro Symptombereich (Angst/Depression, Feindseligkeit, Denkstörungen, Aktivitätsniveau, Anergie) erfolgen. Trotz verschiedentlich geäußelter Kritik (z. B. wegen mangelhafter deutscher Übersetzung bei der Beschreibung einzelner Items) erschien eine Verwendung der Skala insbesondere aus zwei Gründen sinnvoll: Erstens wegen der Möglichkeit der Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit verschiedenen anderen Studien und zweitens aufgrund der Vertrautheit der Interviewer mit der Skala und der dadurch erhofften besseren Interrater-Reliabilität. In der vorliegenden Untersuchung wurde die 18 Items umfassende Version der BPRS verwendet.

⇒ von Zerssen Beschwerdenliste (BL; CIPS 1986) in modifizierter Form

Hierbei handelt es sich um ein in Medizin und Psychologie etabliertes Instrument zur klinischen Selbstbeurteilung, welches das Ausmaß subjektiver Beeinträchtigung infolge körperlicher und psychischer Beschwerden erfasst. Es liegen zwei Parallelfassungen des Instruments mit jeweils 24 Items vor. Anhand einer Symptomliste schätzen die Probanden ihre subjektiven Beschwerden auf einer 4-Punkte-Ratingskala (0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = mäßig, 3 = stark) ein. Die Paralleltest-Reliabilität liegt zwischen $r_{tt} = .85$ und $r_{tt} = .93$.

In der vorliegenden Studie wurde eine kombinierte, 29 Items umfassende Form verwendet. Die Beschwerdenliste erfordert nur geringe Zeit zur Durchführung (weniger als fünf Minuten), ist einfach in der Handhabung und für Verlaufsbeschreibungen gut geeignet.

⇒ Klientenbogen zur Behandlungsbewertung (KliBB; GRUYTERS 1995; GRUYTERS & PRIEBE 1992; GRUYTERS & PRIEBE 1994; PRIEBE et al. 1995; PRIEBE & GRUYTERS 1995)

Der Fragebogen (*siehe Anhang B*) erfasst die Zufriedenheit der Patienten mit der aktuellen Behandlung bzw. Betreuung mittels visueller Analogskalen, die von 0 (negativer Pol) bis 10 (positiver Pol) reichen. Er enthält insgesamt sieben Fragen:

1. *Glauben Sie, dass Sie hier insgesamt die richtige Behandlung erhalten?*
2. *Fühlen Sie sich von Ihrem Therapeuten verstanden und setzt er sich für Sie ein?*
3. *Ist der Umgang mit den sonstigen Mitarbeitern hier für Sie angenehm oder unangenehm?*
4. *Glauben Sie, dass Sie hier die für Sie richtige Medikation erhalten?*
5. *Glauben Sie, dass die sonstigen Angebote (wie z. B. Beschäftigungstherapie) für Sie richtig sind?*
6. *Fühlen Sie sich hier insgesamt geachtet und respektiert?*
7. *Ist die bisherige Behandlung hier für Sie hilfreich gewesen?*

Der *KliBB* wurde bereits in verschiedenen Studien an Tagesklinikpatienten verwendet. Wie GRUYTERS (1995) ausführt, beanspruchen visuelle Analogskalen im Unterschied zu psychologischen Tests nicht die Beschreibung eines hinter dem Verhalten liegenden hypothetischen Konstrukts, sondern bilden das beobachtbare Verhalten (hier: die Meinungsäußerung der Patienten) unmittelbar ab. Insofern können laut Gruyters auch nicht die üblichen Testgütekriterien wie Reliabilität und Objektivität zur Anwendung kommen.

In der vorliegenden Studie wurden beim Follow-up-Interview für entlassene Patienten die Begriffe *Behandlung* durch *Betreuung* und *Therapeut* durch *Betreuer* ersetzt.

⇒ Daten zu Entlassungen und stationären Wiederaufnahmen

Von den Krankenhäusern wurden im Zeitintervall von etwa vier Monaten Informationen über erfolgte Entlassungen und eventuelle stationäre Wiederaufnahmen erhoben. Informationen hinsichtlich der Entlassungen konnten lückenlos erhoben werden. Informationen über stationäre Wiederaufnahmen sind jedoch möglicherweise unvollständig, weil sie nur in Einrichtungen des Versorgungsgebietes gesammelt werden konnten und nicht flächendeckend in Berlin. Eventuell vereinzelt stattfindende Aufnahmen der an der Studie teilnehmenden Patienten in Krankenhäuser anderer Bezirke können somit nicht ausgeschlossen werden, dürften aber aufgrund der Sektorisierung und verbindlich geregelter Versorgungsverpflichtung der Krankenhäuser nur in geringem Umfang vorgekommen sein.

⇒ Follow-up-Bogen zur Behandlung/Betreuung und zur Inanspruchnahme von Leistungen

Dieser eigens für Zwecke der Studie entwickelte Bogen enthält Fragen zur aktuellen Betreuungssituation und zur Inanspruchnahme von medizinischen und sozialen Diensten. Zunächst wird nach Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte im Intervall zwischen Indexuntersuchung und Follow-up gefragt. Es folgen Fragen zum Setting der Betreuung (z. B. betreutes Einzelwohnen, betreutes Gruppenwohnen, Einzelfallhilfe etc.), zu erfolgten Maßnahmen und (Freizeit-)Aktivitäten mit Betreuern, zum Kostenträger der Maßnahme sowie zur Einkommens- und Arbeitssituation. Anhand einer kurzen Liste medizinischer und sozialer Institutionen wird anschließend abgefragt, welche weiteren Hilfen zurzeit in Anspruch genommen werden. Soweit möglich, werden auch Angaben zur aktuellen Medikation mit Neuroleptika¹⁰ erhoben. Sofern der Patient Hilfeleistungen im Rahmen des betreuten Wohnens erhält, werden zusätzliche Informationen hinsichtlich der Anwesenheitszeiten der Betreuer, eventueller Nachtbereitschaften, des Personalschlüssels, des Tagessatzes und der beteiligten Berufsgruppen gesammelt.

Der Bogen wurde vor dem Follow-up-Interview von den Betreuern, ersatzweise von den Patienten selbst ausgefüllt bzw. die Informationen erfragt.

3.3.6 Durchführung der Untersuchung

Die Planung der Berliner Enthospitalisierungsstudie begann Ende des Jahres 1993. Mit der Datenerhebung wurde im ersten Halbjahr 1994 begonnen. Die Befragungen des Follow-up erstreckten sich bis ins Jahr 1997.

¹⁰ An dieser Stelle wird ausschließlich die Medikation mit Neuroleptika (Tagesdosis oder Depot-Dosis) erfasst, was eine nachträgliche Umrechnung der verschiedenen Präparate und Dosen in Chlopromazin-Äquivalente erlaubt.

3.3.6.1 Kooperationsvereinbarungen

Im Vorfeld der Studie wurden zwischen dem Träger der Studie (Abteilung für Sozialpsychiatrie, Freie Universität Berlin) und Trägern von Versorgungseinrichtungen (Nervenlinik Spandau, Deutsches Rotes Kreuz, Platane 19 e. V.) sowie der Psychiatriekoordination des Bezirksamts Charlottenburg Kooperationsvereinbarungen getroffen.

Die Nervenlinik Spandau und der Verein Platane 19 stellten jeweils Stellenanteile in Höhe von einer halben Psychologen-Stelle zur Verfügung. Das DRK, Träger einer Tag-Nacht-Klinik (*Phönix*), zweier Sonderkrankenhäuser (*Birkenhain* und *Erlengrund*) und des *Hospitals Kastanienallee* in Charlottenburg, und die Psychiatriekoordination des Bezirksamts Charlottenburg unterstützten die Durchführung und hatten ein Interesse an den Ergebnissen der Studie. Der ursprünglich in die Studienplanung mit einbezogene Bezirk Wilmersdorf zog sich wegen Kompetenzstreitigkeiten vor Studienbeginn aus den Kooperationsverhandlungen zurück.

3.3.6.2 Feldzugang

Der Feldzugang wurde zunächst einmal durch die getroffene Kooperationsvereinbarung ermöglicht; erleichtert wurde er außerdem durch persönliche Kontakte zu einzelnen Mitarbeitern in den stationären Einrichtungen und durch die Tatsache, dass die für Zwecke der Studie freigestellten Mitarbeiter in ihren eigenen Institutionen (W. Kaiser und M. Isermann in der Nervenlinik Spandau, ich selbst in der Nachtambulanz der Abteilung für Sozialpsychiatrie) quasi ein »Heimspiel« hatten.

Die gesamte Datenerhebung für den Charlottenburger Bereich, das heißt die Organisation und Durchführung auf insgesamt fünf Stationen der Nervenlinik Spandau, in den vier genannten Häusern des DRK in Charlottenburg und in der Nachtambulanz der Abteilung für Sozialpsychiatrie, oblag der Autorin. Die Unterstützung durch Leitung und Mitarbeiter auf den einzelnen Stationen bzw. Häusern fiel sehr unterschiedlich aus. Auch dort, wo die Studie auf Mitarbeiterebene vorwiegend als zusätzliche Arbeitsbelastung und damit als eher lästig angesehen wurde, gelang es in den meisten Fällen, zumindest bei einem(r) Mitarbeiter(in) Interesse für die Studie zu wecken und Unterstützung in organisatorischen Fragen, bei der Kontaktaufnahme zu den Patienten und natürlich auch für das Ausfüllen der Erhebungsbögen zu erhalten.

3.3.6.3 Kontaktaufnahme zu den Patienten

Indexuntersuchung (t_0)

Mit den verschiedenen kooperierenden Einrichtungen wurde vereinbart, dass alle Patienten bereits rechtzeitig vor der Befragung von den Mitarbeitern über Sinn und Zweck der Studie und des Interviews informiert werden und ihr Einverständnis zu der Befragung eingeholt werden sollte. In vielen Fällen fand dies auch tatsächlich so statt; immer wieder wurde es aber auch vergessen, die Patienten rechtzeitig zu informieren. In diesen Fällen wurde dies von den Interviewern vor der Befragung nachgeholt. Außerdem wurden die Patienten darüber aufgeklärt, dass alles, was sie im Interview mitteilten, vertraulich behandelt, also keinem anderen Menschen – auch und vor allem nicht den behandelnden Ärzten oder dem Pflegepersonal – zugänglich gemacht würde und die Interviewer in keiner Weise in Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung oder einer möglichen Entlassung von Patienten involviert waren. Bei einigen Patienten kam ein Interview nur zustande, indem erhebliche Zeit, Energie und Fantasie bei der Kontaktaufnahme investiert wurden.

Follow-up (t_1)

In der Nachuntersuchung musste der Kontakt zu den klinikentlassenen Patienten hergestellt werden. Dazu wurde ein von mir entworfenes Anschreiben von der vorbehandelnden Einrichtung an die Patienten in ihrem neuen Wohnort verschickt. In dem Schreiben wurde auf die erste Befragung Bezug genommen und daran erinnert, dass die Studienteilnehmer damals ihr schriftliches Einverständnis zu einer erneuten Kontaktaufnahme erklärt hatten. Die Patienten wurden gebeten, sich telefonisch in der Abteilung für Sozialpsychiatrie zu melden, um einen Termin für die Befragung zu vereinbaren. In Einzelfällen wurden auch die Wohnbetreuer um Unterstützung bei der Kontaktaufnahme gebeten. Der Umstand, dass die Patienten selbst aktiv werden mussten, stellte sicherlich für einige von ihnen ein nicht zu unterschätzendes Hindernis dar und erklärt unter anderem die geringe Ausschöpfung der Kohorte (t_0 : $n = 237$ / t_1 : $n = 142$).

3.3.6.4 Interviewer

Die Interviews wurden in der Regel von den Studienmitarbeitern – Psychologen mit Erfahrungen im (klinisch-)psychiatrischen Bereich – durchgeführt; einige Interviews wurden auch von einem Arzt der Klinik und von einem weiteren Diplompsychologen durchgeführt. Durchgängig wurde darauf geachtet, dass in keinem Fall ein Interview von einem Mitarbeiter durchgeführt wurde, der in irgendeiner Weise in die Behandlung des Patienten involviert war.

3.3.6.5 Interviewsituation und -ort

Die Interviews der *Indexuntersuchung* (t_0) fanden in der Klinik bzw. der stationären Einrichtung statt. Die Interviewer, die in der Nervenlinik Spandau tätig waren, konnten dabei auf ihre eigenen Arbeitsräume zurückgreifen. Für die anderen Interviewer gestaltete sich die Situation schwieriger. Teilweise fanden die Interviews im Zimmer von Klinikmitarbeitern statt, die für diesen Zweck ihr Büro freundlicherweise zur Verfügung gestellt hatten, teilweise konnten gesonderte Gesprächszimmer genutzt werden. Mitunter kam es auch vor, dass eine Befragung im Patienten-Aufenthaltsraum der Station oder auf einer Bank im Park stattfand. Ein oder zwei Interviews mussten auf der Bettkante sitzend durchgeführt werden, weil die Patienten zu dem Zeitpunkt bettlägerig waren. In jedem Fall wurde darauf geachtet, dass keine dritten Personen bei der Befragung dabei waren und dass nach Möglichkeit eine ruhige Atmosphäre hergestellt wurde.

Die Interviews der *Nachuntersuchung* (t_1) fanden für entlassene Patienten entweder in ihrem eigenen Wohnumfeld oder in der Abteilung für Sozialpsychiatrie statt. Dabei wurde der Wunsch der Interviewpartner soweit wie möglich berücksichtigt. Fanden die Interviews in der Wohnung oder der betreuten Wohneinrichtung des Studienteilnehmers statt, bot dies die Möglichkeit, die im Zuge der Enthospitalisierung eingetretenen Veränderungen direkt und anschaulich zu erleben. Einigen Patienten war es wichtig, ihren neuen Lebensmittelpunkt den Interviewern mit deutlichem Stolz vorzustellen. Für die Interviews der Nachuntersuchung wurde den Patienten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 5 DM (stationäre Patienten) bzw. 20 DM (entlassene Patienten) gezahlt.

3.3.7 Datenschutz

Besondere Beachtung wurde bei der Durchführung der Studie dem Datenschutz gewidmet. Auf der einen Seite war es wichtig, in diesem sehr sensiblen Bereich datenschutzrechtliche Bestimmungen sehr genau zu berücksichtigen und die Patienten vor möglichen Eingriffen in ihre Persönlichkeitsrechte zu schützen. Auf der anderen Seite war es verständlicherweise das Interesse der Studienmitarbeiter, möglichst viele Patienten für eine Teilnahme an der Studie zu gewinnen. So war es insbesondere im Hinblick auf die Aussagekraft der Ergebnisse wichtig, dass sich an den Nachbefragungen möglichst viele Patienten der Ausgangskohorte beteiligten. Beide Ziele traten mitunter in Widerspruch zueinander.

Während der Vorbereitung der Studie wurde der Berliner Datenschutzbeauftragte kontaktiert und eine ausführliche Beratung eingeholt. Wesentliche Essentials für die Vorgehensweise sind zusammengefasst:

⇒ Den Patienten ist von Seiten der Interviewer deutlich zu machen, dass sie eine

Teilnahme an der Befragung ablehnen können, ohne irgendwelche Nachteile befürchten zu müssen.

- ⇒ Das grundsätzliche Einverständnis der Patienten zur Studienteilnahme sollte *vor* dem ersten Kontakt mit dem Interviewer von den behandelnden Ärzten oder den Pflegekräften eingeholt werden.
- ⇒ Auf eine schriftliche Einverständniserklärung kann unter bestimmten Umständen verzichtet werden.
- ⇒ Bei der Dateneingabe wird statt des Namens ein Code verwendet. Die Zuordnung der Codenummern und Personen erfolgt auf einer Liste, die in der behandelnden Einrichtung verbleibt.
- ⇒ Die Kontaktaufnahme für die Nachuntersuchungen muss über die vorbehandelnde stationäre Einrichtung erfolgen. Die Adressen der Patienten dürfen nicht ohne Kenntnis der Patienten an Studienmitarbeiter weitergegeben werden.

3.3.8 Statistische Auswertungsverfahren

Dem teilweise rein deskriptiven, teilweise hypothesenüberprüfenden Ansatz der Studie folgend, werden zur Beschreibung die üblichen Kennwerte (z. B. Mittelwerte, Standardabweichung, Korrelation) und zur statistischen Analyse die gängigen inferenzstatistischen Verfahren benutzt. Zur Untersuchung der Veränderung im Verlauf werden bei intervallskalierten Variablen t-Tests für abhängige Stichproben, bei nominalskalierten Variablen Chi-Quadrat-Tests (Kontingenztafeln) eingesetzt. Bei dem Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe werden t-Tests für unabhängige Stichproben sowie eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung benutzt. Zur Überprüfung relevanter Einflussvariablen wird Pearsons Korrelation (r) herangezogen. Zur Prädiktion subjektiver Lebensqualität wird eine lineare Regression (nach dem Modell *schrittweise*) durchgeführt. Da es sich bei den in Abschnitt 3.1 dargestellten Fragestellungen in der Regel um unspezifische und ungerichtete Hypothesen handelt, erfolgen die Signifikanztests grundsätzlich zweiseitig.

Auf ein grundlegendes Problem der Auswertung – die Frage der Teststärke oder *Power* – soll im Folgenden noch gesondert eingegangen werden. Nach BORTZ & DÖRING (2002) stehen Signifikanzniveau, Effektgröße, Stichprobenumfang und Teststärke (*Power*) in wechselseitiger Beziehung zueinander. Mit zunehmendem Stichprobenumfang und höherer α -Irrtumswahrscheinlichkeit steigt die Power, das heißt die Wahrscheinlichkeit, mit der ein Test bei Gültigkeit der H_1 in der Population auch zu einem signifikanten Ergebnis führt. Die Effektgröße sollte optimalerweise bereits bei der Planung der Untersuchung abgeschätzt werden, im Zweifelsfall ist von einer mittleren Effektgröße auszugehen. Genauere Ausführungen hierzu sind bei COHEN (1988) enthalten.

In der vorliegenden Studie sind drei dieser vier Größen festgelegt: Das Signifikanzniveau oder die α -Irrtumswahrscheinlichkeit (also die Wahrscheinlichkeit, trotz Gültigkeit der H_0 die H_1 anzunehmen) ist nach allgemein üblicher Konvention auf höchstens .05 festgelegt. Der Stichprobenumfang ist durch den Charakter der Studie (Einbeziehung aller Patienten aus einem definierten Versorgungsgebiet) ebenfalls festgelegt und nicht willkürlich zu beeinflussen. Hinsichtlich der Effektgröße ist im Allgemeinen von mittleren oder kleinen Effekten auszugehen; die in der Population geltenden Effektgrößen können nach COHEN (1988) Post-hoc ausgehend von den Stichprobenparametern errechnet werden.

Nach einer tabellarischen Übersicht von BORTZ & DÖRING (2002, S. 613) zu optimalen Stichprobenumfängen liegt die optimale Stichprobengröße zur Untersuchung von Mittelwertsdifferenzen unabhängiger Stichproben bei einer mittleren Effektgröße ($d = .05$), einer Power von 80 % und einem festgelegten α -Niveau von .05 bei $n = 50$ pro Stichprobe. Die Stichprobengröße erhöht sich bei einem α -Niveau von .01 bereits auf $n = 82$. Geht man von erwarteten kleinen Effektgrößen ($d = .02$) aus, so liegt die optimale Stichprobengröße für $\alpha = .05$ bereits bei $n = 310$ und $\alpha = .01$ sogar bei $n = 503$. Bei abhängigen Stichproben wird eine etwas kleinere Stichprobengröße vorausgesetzt. Für die Untersuchung anderer Kennwerte (Korrelationen, Kontingenzen) bzw. Verfahren (Varianzanalyse) gelten wiederum andere optimale Stichprobenumfänge, die zum Teil noch größer ausfallen.

Folgende Schlussfolgerungen sind nach den bisherigen Überlegungen für die vorliegende Arbeit zu ziehen: Die Stichprobengröße erlaubt bei einem durch Konvention festgelegten α -Niveau von .05 und einer Power von 80 % lediglich die Identifizierung von großen und mittleren Effekten. Kleinere Effekte können nur mit wesentlich geringerer Power identifiziert werden, das heißt sie fallen mit größerer Wahrscheinlichkeit nicht signifikant aus und bleiben so möglicherweise unentdeckt. Umgekehrt bedeutet das auch, dass signifikante Ergebnisse höheres Gewicht und Aussagekraft erhalten. Auf der anderen Seite dürfen nicht signifikante Ergebnisse, die zur Aufrechterhaltung der H_0 führen, nur sehr zurückhaltend interpretiert werden, da trotzdem Unterschiede vorhanden sein können.

Die Auswertung erfolgte mittels des Programmpaketes SPSS (Version 10.0). Die jeweils verwendeten Verfahren werden im entsprechenden Ergebnisabschnitt im Einzelnen aufgeführt.

4. Stichprobenbeschreibung

4.1 Gesamtstichprobe

Die Gesamtstichprobe der zu beiden Messzeitpunkten untersuchten Studienteilnehmer besteht aus n = 142 Patienten. Tab. 9 zeigt die soziodemographischen Daten für diese Stichprobe zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung.

Tab. 9: Soziodemographische Daten der Gesamtstichprobe

	n	% ¹⁾		n	%
Insgesamt	142		Schulbildung		
Geschlecht			kein Abschluss	40	28,8
Frauen	62	43,7	Hauptschulabschl.	48	34,5
Männer	80	56,3	Mittlere Reife	33	23,7
Alter			Abitur	18	12,9
Ø (Jahre)	47		Missing	3	
Range	18–87		Berufsausbildung		
Altersgruppen			keine	59	41,5
bis 20 Jahre	2	1,4	Lehre abgebrochen	24	16,9
21–30	13	9,2	Lehre abgeschlossen	44	31,0
31–40	26	18,3	FH/HH-Abschluss	7	4,9
41–50	32	22,5	FH/HH abgebrochen	6	4,2
51–60	42	29,6	Missing	2	
61–70	18	12,7	Nationalität		
über 70 Jahre	9	6,3	deutsch	127	90,7
			türkisch	3	2,1
			italienisch	2	1,4
			jugoslawisch	5	3,6
			ungarisch	3	2,1
			Missing	2	

1) Die Prozentangaben beziehen sich hier wie auch im Folgenden auf gültige Fälle.

Die Geschlechterverteilung ist demnach fast ausgewogen mit einem etwas höheren Anteil von Männern. Bei den Altersgruppen dominieren die mittleren Gruppen zwischen 40 und 60 Jahren. Hinsichtlich der Schulbildung fällt auf, dass ein relativ hoher Prozentsatz keinen bzw. höchstens einen Hauptschulabschluss (beide

Gruppen zusammen 63 %) erreicht hat. Korrespondierend dazu ist der Anteil derjenigen, die keine Lehre absolviert bzw. diese abgebrochen haben, ebenfalls relativ hoch (insgesamt 58 %). Sehr gering ist der Anteil der Patienten nicht-deutscher Staatsangehörigkeit.

Informationen über Diagnosegruppen und psychopathologische Symptomatik, wie sie zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung anhand der BPRS erhoben wurden, zeigt Tabelle 10.

Tab. 10: Diagnosegruppen nach ICD 10 und psychopathologische Symptomatik (BPRS)

	<u>n</u>	<u>%</u>
Diagnosegruppen (ICD 10)		
F1 ^{a)}	12	8,5
F2	113	79,6
F3	7	4,9
F4, F6, F9	10	7,0
	<u>Ø</u>	<u>s</u>
Psychopathologische Symptomatik (BPRS)		
Summenscore	44,4	14,7
Teilbereiche:		
Angst-Depression	12,2	5,2
Anergie	10,2	4,3
Denkstörungen	8,1	4,7
Aktivierung	7,3	3,6
Feindseligkeit	6,5	3,6

^{a)} F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F3: Affektive Störungen

F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Mit knapp 80 % machen Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen oder wahnhaften Störung den weitaus größten Anteil der Gesamtgruppe aus. Die gefundene Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik – gemessen am Summenscore der BPRS – kann als deutlich bis hoch bewertet werden.

Für die größte Gruppe der an Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen erkrankten Patienten (n = 113) sind in Tabelle 11 die einzelnen Störungsbilder differenziert aufgeführt.

Über die Hälfte der Patienten mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis weist eine paranoide Schizophrenie auf. Zweithäufigste Diagnose ist die eines schizophrenen Residualzustands, gefolgt von schizoaffektiven Störungen.

Tab. 11: Diagnosen für die Patienten der Diagnosegruppe F2 nach ICD 10 (n = 113)

	n	%
F20.0 paranoide Schizophrenie	62	57,5
F20.1 hebephrene Schizophrenie	5	4,5
F20.2 katatone Schizophrenie	2	1,8
F20.5 schizophrenes Residuum	26	23,0
F20.6 Schizophrenia simplex	2	1,8
F21 schizotype Störung	1	0,9
F22 anhalt. wahnhafte Störung	1	0,9
F25 schizoaffektive Störung	11	9,7

Weitere Informationen über krankheitsbezogene Daten im Zusammenhang mit der aktuellen stationären Behandlung zeigt Tabelle 12. Die meisten Patienten kommen aus der (damaligen) Nervenlinik Spandau, der für das Versorgungsgebiet aufnahmeverpflichteten psychiatrischen Fachklinik; knapp ein Drittel der Patienten kommt aus den beiden DRK-Sonderkrankenhäusern Birkenhain und Erlengrund. Die aktuelle Aufenthaltsdauer liegt mit 5,5 Jahren für langzeithospitalisierte Patienten im mittleren Bereich und weist eine erhebliche Spann-

Tab. 12: Informationen im Zusammenhang mit der aktuellen stationären Behandlung

	n/M	%/s		n/M	%/s
Klinik			letzte stat. Aufnahme erfolgte		
Nervenlinik Spandau	90	63,4	freiwillig	112	80,6
Tag-Nacht-Klinik Phönix	6	4,2	unfreiwillig	27	19,4
DRK-Birkenhain	24	16,9	Missing	27	
DRK-Erlengrund	17	12,0	Betreuung nach BetrG liegt vor	106	75,2
DRK-Hospital	1	0,7	Missing	2	
Nachtklinik (Sozialpsych.)	4	2,8	Ausgangsregelung		
Aktuelle Hospitalisierungsdauer (Ø in Monaten)	66,6	s = 81,9	kein Ausgang	5	3,5
Kostenträger der aktuellen stationären Behandlung			nur in Begleitung	12	8,5
Krankenversicherung	56	40,0	stundenweise allein	12	8,5
Sozialamt	83	59,3	tagsüber allein	49	34,5
Rentenversicherung	1	0,7	auch nachts allein	64	45,1
Missing	2		Personen, bei denen im letzten ½ Jahr Zwangsmaßnahmen in der Klinik angewendet wurden	8	5,8
aktuelle Behandlung erfolgt			Missing	3	
freiwillig	126	88,7			
unfreiwillig (PsychKG)	2	1,4			
unfreiwillig (BetrG)	14	9,9			

weite und Streuung auf. Die derzeitige stationäre Behandlung wird bei den meisten Patienten über den Sozialhilfeträger finanziert, was auf die lang anhaltende Dauer der psychiatrischen Erkrankung und ein Erlöschen der Ansprüche auf Krankenversicherungsleistungen zurückzuführen ist. Bei einem überwiegenden Teil der Patienten erfolgt die derzeitige Behandlung auf freiwilliger Basis.

Für drei Viertel der Patienten besteht ein gesetzliches Betreuungsverhältnis. Die Ausgangsregelungen zeigen, dass der überwiegende Teil der Patienten das Klinikgelände auch ohne Begleitung verlassen darf. Zwangsmaßnahmen wie beispielsweise Fixierungen oder Zwangsmedikation wurden nur vereinzelt bei Patienten angewendet.

Tabelle 13 enthält Angaben zur Vorgeschichte der Patienten.

Die Informationen zum Alter bei der ersten stationären psychiatrischen Behandlung beruhen auf Angaben der Patienten aus den Interviews¹¹, während alle anderen Angaben von den behandelnden Ärzten und Psychologen auf der Grundlage der Informationen aus den Krankenakten getroffen wurden. Die Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte liegt mit neun Aufenthalten im mittleren Bereich, weist aber eine große Streubreite auf. Die kumulierte Dauer bisheriger stationärer Aufenthalte ist für langzeithospitalisierte Patienten mit 9,6 Jahren nicht sehr hoch, weist aber ebenfalls eine hohe Streubreite auf. Über ein Drittel der Patienten der Stichprobe lebte vor der letzten stationären Aufnahme allein. Auffällig ist, dass bereits vor der letzten stationären Aufnahme ein hoher Prozentsatz der Patienten in einer stationären Einrichtung (beispielsweise einem Heim) lebte. Über die Hälfte der Patienten hat früher einmal eine Vollzeittätigkeit ausgeübt, nur 12 % waren nie berufstätig. Die letzte Berufstätigkeit liegt bei mehr als der Hälfte der Patienten länger als zehn Jahre zurück.

Wie bereits beschrieben, kommen die meisten Patienten (63 %) aus der Nervenlinik Spandau und weitere 29 % aus den Sonderkrankenhäusern Birkenhain und Erlengrund. Bei der Nervenlinik Spandau handelt es sich um eine Ende der 1960er-Jahre gegründete Fachklinik für Psychiatrie; die beiden anderen Häuser sind ältere Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke. Es muss vermutet werden, dass sich die Patientenstruktur in den drei Institutionen erheblich voneinander unterscheidet. Aus diesem Grund sollen die genannten Institutionen anhand verschiedener Parameter in einer 1-faktoriellen Varianzanalyse miteinander verglichen werden. Tabelle 14 zeigt das Lebensalter und das Geschlecht, die Diagnosegruppe, die psychopathologische Symptomatik, die aktuelle Hospitalisierungsdauer sowie die Anzahl und Gesamtdauer bisheriger stationärer Aufenthalte im Vergleich der drei Einrichtungen.

Bis auf das Geschlecht und die Diagnosegruppe gibt es hinsichtlich aller un-

¹¹ Aus diesem Grund sind diese Angaben möglicherweise weniger valide, da sie lediglich auf der Erinnerung der betroffenen Patienten beruhen.

Tab. 13: Alter bei psychiatrischer Erstaufnahme, Anzahl und Dauer bisheriger stationärer Aufenthalte, Wohn- und Beschäftigungssituation vor letzter stationärer Aufnahme

	n/M	%/s
Alter bei erster stationärer psychiatrischer Behandlung (Ø in Jahren)	28,5 (range 7–63)	s = 12,3
Missing	19	
Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte (Ø, kumuliert)	9,3 (range 1–60)	s = 10,2
Dauer bisheriger stationärer Aufenthalte (Ø in Monaten, kumuliert)	114,9 (range 7–654)	s = 126,4
Missing	2	
Wohnsituation vor der letzten Aufnahme		
allein	51	36,4
mit Eltern	30	21,4
mit Partner	19	13,6
mit anderen	3	2,1
stat. Einrichtung/Gefängnis	31	22,1
ohne festen Wohnsitz	6	4,3
Missing	2	
Art der letzten Berufstätigkeit		
Vollzeit	70	56,0
Teilzeit	14	11,2
in Ausbildung	16	12,8
Hausfrau	1	0,8
beschützter Arbeitsplatz	8	6,4
nie berufstätig gewesen	15	12,0
Missing	18	
Jahre seit letzter Berufstätigkeit		
vor 5 Jahren	26	23,2
vor 5–10 Jahren	25	22,1
vor 10–20 Jahren	25	22,0
vor mehr als 20 Jahren	37	32,7
Missing	29	

tersuchten Variablen (hoch-)signifikante Unterschiede zwischen den drei Einrichtungen. Die Patientengruppe aus der Nervenlinik Spandau ist am jüngsten, hat den geringsten Anteil schizophrener Patienten und die ausgeprägteste psychopathologische Symptomatik. Sie ist (kumuliert auf die bisherige Lebenszeit) am häufigsten stationär behandelt worden, hat jedoch die geringste aktuelle und kumulierte Gesamtdauer stationärer Behandlungen. Patienten des Hauses Birkenhain sind im Mittel am ältesten, haben eine mittlere Ausprägung psychopatho-

Tab. 14: Vergleich der Patienten aus der Nervenklinik Spandau (NKS), Haus Birkenhain (BH) und Haus Erlengrund (EG) (n = 131)

	NKS (n = 90)	Haus B (n = 24)	Haus E (n = 17)	F/ χ^2	p
Alter (in Jahren)	43,8	60,8	52,2	F = 18,3	.000
Geschlecht					
Anteil Frauen	42,2 %	54,2 %	41,2 %	$\chi^2 = 1,2$	n.s.
Diagnosegruppe					
Anteil Schizophrene	71,1 %	91,7 %	100 %	$\chi^2 = 10,8^a$.09
Psychopathologische Symptomatik					
BPRS-Summe	47,3	42,4	38,6	F = 3,1	.05
Aktuelle Hospitalisierungsdauer					
Monate (Jahre)	51,9 (4,3)	125,3 (10,4)	94,3 (7,8)	F = 9,0	.000
Anzahl bisheriger Hospitalisierungen (kum.)	10,9	5,2	8,5	F = 3,0	.05
Dauer bisheriger Hospitalisierungen (kum.)					
Monate (Jahre)	81,4 (6,8)	245,7 (20,5)	156,8 (13,1)	F = 21,2	.000

ANOVA, F-Test und Chi-Quadrat nach Pearson.

^a 7 Zellen haben eine Häufigkeit kleiner 5.

logischer Symptomatik, die geringste Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte sowie die höchste aktuelle und kumulierte Gesamtdauer stationärer Behandlungen. Aus Haus Erlengrund kommen ausnahmslos schizophrene Patienten.

4.2 Selektion

Die bisherige Darstellung bezog sich auf alle Patienten, die zu beiden Messzeitpunkten, also in der Eingangsuntersuchung (t_0) und im Follow-up (t_1) untersucht werden konnten (n = 142). Die ursprüngliche Kohorte der in der Eingangsuntersuchung interviewten Patienten bestand jedoch aus n = 237 Patienten, das heißt, dass 95 Patienten oder 40,1 % der Kohorte nicht nachuntersucht werden konnten. Die Gründe dafür sind in Tabelle 15 dargestellt.

Die häufigste Ursache für einen Studienabbruch lag darin begründet, dass der jeweilige Patient zum Zeitpunkt des geplanten Interviews der Nachuntersuchung zu krank war, um ein sinnvolles Interview durchführen zu können. Zweithäufigste Ursache war der Umstand, dass entlassene Patienten auf das Anschreiben mit der Bitte, sich zwecks Terminabsprache telefonisch zu melden, nicht reagierten und kein Kontakt zustande kam. Da aus datenschutzrechtlichen Gründen die

Tab. 15: Gründe für Studienabbruch (n = 95)

Grund	n	%
verstorben	6	6,3
<i>davon durch Suizid</i>	2	
in Einrichtungen außerhalb Berlins verlegt	9	9,5
Adresse nicht zu ermitteln	9	9,5
nicht telefonisch gemeldet	19	20,0
psychopathologisch zu gestört für ein sinnvolles Interview	24	25,3
entlassen, aber Zeitkriterium noch nicht erfüllt	16	16,8
entlassen, aber zum geplanten Interview wieder in stationärer Behandlung	2	2,1
kurzfristig vor Interview verlegt	1	1,0
Interview abgelehnt	9	9,5

Studienmitarbeiter die Adresse der Patienten nicht ohne deren Einverständnis erfahren durften und deshalb das Anschreiben über die vorbehandelnde Klinik verschickt werden musste, lag die Initiative für die Kontaktaufnahme vollständig bei den Patienten.

Die dritthäufigste Gruppe stellen die Patienten, die aus der Klinik entlassen waren, aber noch nicht das Zeitkriterium (Einschlusskriterium für die Nachuntersuchung, vgl. Abschnitt 3.3.3) erfüllten. Dazu gehören sowohl die Patienten, die erst vor weniger als einem Jahr aus der Klinik entlassen worden waren, als auch solche, die vor mehr als einem Jahr entlassen worden waren, aber seitdem häufigere oder länger dauernde stationäre Aufenthalte hatten, so dass sie weniger als die Hälfte der Zeit nach ihrer Entlassung tatsächlich außerhalb der Klinik verbracht hatten.

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob eine systematische Selektion stattgefunden hat. Untersucht wird zunächst, ob sich Studienteilnehmer und Dropouts hinsichtlich Alter, psychopathologischer Symptomatik, aktueller Hospitalisierungsdauer sowie Anzahl und Dauer bisheriger stationärer Aufenthalte voneinander signifikant unterscheiden. Dazu werden die entsprechenden Mittelwerte beider Gruppen anhand des t-Tests miteinander verglichen, wie Tabelle 16 zeigt.

Hinsichtlich des Alters, der Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung und der Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte (kumuliert) lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen. Studienteilnehmer haben jedoch im Vergleich zu den Dropouts eine signifikant längere aktuelle Hospitalisierungsdauer und sind in ihrem bisherigen Leben insgesamt länger stationär in der Psychiatrie behandelt worden.

Außerdem wird untersucht, ob sich Studienteilnehmer und Dropouts in Bezug auf das Geschlecht, die Zugehörigkeit zu einer Diagnosegruppe nach ICD

Tab. 16: Vergleich der Studienteilnehmer mit den Dropouts hinsichtlich Alter, psychopathologischer Symptomatik, aktueller Hospitalisierungsdauer sowie Anzahl und Dauer bisheriger stationärer Aufenthalte

	Studienteilnehmer (n = 142)	Dropouts (n = 95)	t	p
Alter (Ø in Jahren)	47,3	49,7		n.s.
Psychopath. Symptomatik (Ø BPRS-Summe)	44,4	45,8	-.68	n.s.
akt. Hospitalisierungsdauer (in Monaten)	66,6	44,4	2,1	.03
Anzahl bisheriger stat. Aufenthalte	9,3	8,0	1,0	n.s.
Dauer bisheriger stat. Aufenthalte (in Monaten)	114,9	76,9	2,5	.01

10 oder die Herkunft aus einer bestimmten Klinik unterscheiden. Zu diesem Zweck werden Kreuztabellen berechnet und die gefundenen Häufigkeiten mit *Pearsons Chi-Quadrat* auf Signifikanz überprüft. Hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Wie Abbildung 9 zeigt, unterscheiden sich die Verteilungen der Diagnosegruppen bei Studienteilnehmern und Dropouts signifikant voneinander ($\chi^2 = 11,3$; $p < .01$).

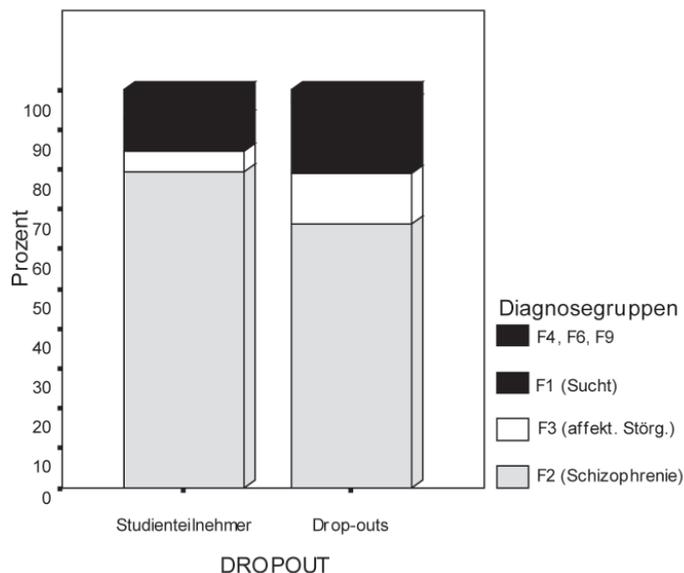


Abb. 9: Vergleich der Studienteilnehmer mit den Dropouts nach Diagnosegruppenzugehörigkeit

Studienteilnehmer haben im Vergleich zu den Dropouts häufiger die Diagnose einer Schizophrenie (79,6 % vs. 66,3 %) oder eine Diagnose der Gruppen F4, F6, F9 (7,0 % vs. 3,2 %), seltener hingegen die Diagnose einer affektiven Störung (4,9 % vs. 12,6 %) oder einer Abhängigkeitserkrankung (8,5 % vs. 17,9 %).

Auch hinsichtlich des Aufenthaltes in einer bestimmten Klinik lassen sich signifikante Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und Dropouts konstatieren ($\chi^2 = 17,6$; $p < .01$). Abbildung 10 veranschaulicht diese Unterschiede.

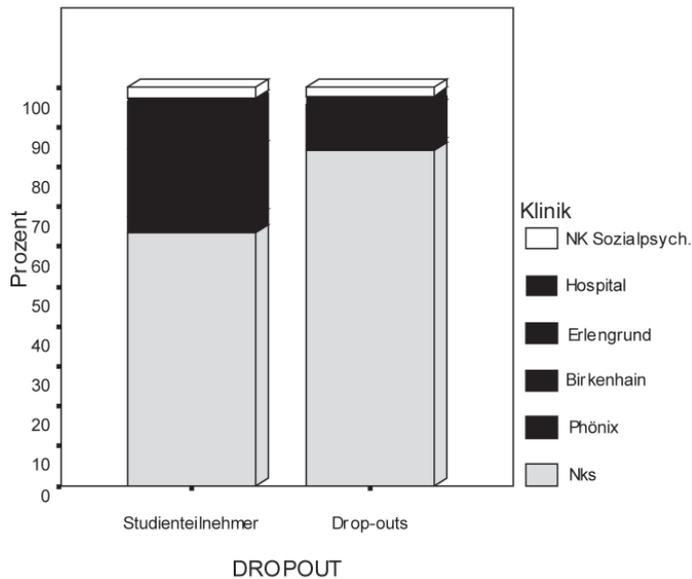


Abb. 10: Vergleich der Studienteilnehmer mit den Dropouts nach der Herkunft aus einer Klinik

Dropouts kommen demnach im Vergleich zu Studienteilnehmern häufiger aus der Nervenklinik Spandau (84,2 % vs. 63,4 %) und seltener aus den DRK-Kliniken Phönix (1,1 % vs. 4,2 %), Birkenhain (9,5 % vs. 16,9 %) und Erlengrund (1,1 % vs. 12,0 %).

4.3 Diskussion

Die Gesamtstichprobe der Untersuchung entspricht im Allgemeinen der Beschreibung langzeithospitalisierter Patienten, wie sie in internationalen Studien zur Enthospitalisierung (z. B. BERGE et al. 1999; TAPS: O'DRISCOLL et al. 1993) anzutreffen sind. Auch in der vorliegenden Studie machen Patienten mit der Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis mit rund 80 % den

größten Anteil der Gesamtgruppe aus. Die in deutschen Studien gelegentlich anzutreffenden geringeren Anteile schizophrener Erkrankter (z. B. HEISLER 1996; ROPERS 1995) kommen meist dadurch zustande, dass der Anteil von Menschen mit einer geistigen Behinderung (so genannte »fehlplatzierte« Patienten) besonders hoch ist. Diese sind in die vorliegende Arbeit nicht einbezogen worden.

Auch für Berliner Verhältnisse gilt also, dass schizophrene Patienten im Vergleich zu Patienten mit anderen Störungsbildern relativ gesehen das größte Risiko haben, langzeithospitalisiert zu werden. Die Prävalenzraten für schizophrene Erkrankungen liegen zwischen 0,25 und 0,5 %, das Life-time-Risiko bei rund 1,5 % (RÖSSLER & SALIZE 1996). Der hohe Anteil schizophrener Erkrankter an langzeithospitalisierten Patienten insgesamt ist aber sicherlich nicht in erster Linie durch die Häufigkeit des Vorkommens dieser Erkrankung zu erklären, sondern eher durch den bei einem Teil der Patienten chronifizierenden Verlauf auf der einen und durch strukturelle Bedingungen des Versorgungssystems auf der anderen Seite.

Verglichen mit den Befunden anderer deutscher Enthospitalisierungsstudien ist das durchschnittliche Alter der Studienteilnehmer mit 47 Jahren relativ niedrig. So liegt das Alter in der von ROPERS (1995) untersuchten Stichprobe im Mittel bei 62 Jahren, in der von FRANZ et al. (1998) untersuchten sogar bei 62 Jahren. Auch die kumulierte Dauer bisher erfolgter Hospitalisierungen ist mit neuneinhalb Jahren niedrig im Vergleich zu durchschnittlich 21 Jahren in Bedburg-Hau (ROPERS 1995), 15 Jahren in Gütersloh (HEISLER 1996) und 25 Jahren in Hessen (FRANZ et al. 1998). Die Gründe hierfür liegen zum einen in der unterschiedlichen Geschichte der beteiligten Institutionen, zum anderen in einer anderen Definition der Einschlusskriterien. In den oben genannten drei Studien werden Patienten aus (Jahrhunderte) alten Landeskrankenhäusern untersucht, während in der vorliegenden Studie der Großteil der Patienten aus der Nervenklinik Spandau kommt, einem erst Ende der 1960er-Jahre gegründeten Fachkrankenhaus. In diesem Krankenhaus gibt es demzufolge nicht bzw. nur in weitaus geringerem Umfang eine über die Jahre entstandene Population alter, chronifizierter Patienten. Außerdem werden in der vorliegenden Arbeit infolge der Definition der Einschlusskriterien (Mindestdauer der aktuellen Hospitalisierung von einem halben Jahr) auch Patienten einbezogen, die zwar deutlich länger als bei einer Akutbehandlung stationär verbleiben, aber dennoch nicht zum Kern der »alten« Langzeitpatienten gehören. Für die weitere Interpretation der Ergebnisse bleibt festzuhalten, dass die hier untersuchte Stichprobe im Mittel jünger ist und eine kürzere Hospitalisierungsdauer aufweist als Patienten anderer Enthospitalisierungsstudien.

Überraschend gering erscheint der Anteil der Patienten mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Offensichtlich werden diese Patienten nur sehr selten langfristig stationär behandelt. Hieraus lassen sich jedoch keine Rückschlüsse über den Anteil ausländischer Patienten an stationär psychiatrisch behandelten Patienten über-

haupt treffen. Das mittlere Alter bei der ersten Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist mit 28 Jahren relativ hoch, wenn man bedenkt, dass über die Hälfte der untersuchten Stichprobe Männer und über 80 % an Schizophrenie erkrankt sind. Nach HÄFNER et al. (1994) wäre der Ersterkrankungsgipfel der Schizophrenie für Männer früher, nämlich bereits zwischen 20 und 24 Jahren zu erwarten gewesen.

Die Heterogenität der dargestellten Gesamtstichprobe in Bezug auf Alter, Diagnosegruppe, Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik und bisher erfolgte stationäre Aufenthalte wird im Vergleich der drei Einrichtungen *Nervenklinik Spandau*, *Haus Birkenhain* und *Haus Erlengrund* deutlich. Bei den Patienten der Nervenklinik Spandau handelt es sich offensichtlich um jüngere Patienten mit ausgeprägter psychopathologischer Symptomatik und hoher Anzahl, aber eher niedriger Gesamtdauer bisheriger stationärer Behandlungen. Möglicherweise besteht ein Teil dieser Gruppe aus so genannten »Drehtür-Patienten« mit noch unruhigen Krankheitsverläufen. Bei den Patienten aus dem Haus Erlengrund und noch deutlicher bei denen aus Haus Birkenhain handelt es sich dagegen um ältere Patienten mit niedriger ausgeprägter Symptomatik und weitgehend chronifiziertem Verlauf, die bereit seit vielen Jahren stationär untergebracht sind. Diese Patienten dürften eher denen in anderen deutschen Entospitalisierungsstudien untersuchten Populationen entsprechen. Aufgrund der Heterogenität der Stichprobe sind im weiteren Verlauf der Arbeit differenzierende Untersuchungen notwendig.

Zur Frage der Selektion ist zuallererst zu bemerken, dass die Gründe für einen Studienabbruch sehr unterschiedlich sind und teilweise auf das Design der Studie zurückgehen. So konnten zwangsläufig die Patienten der ursprünglichen Kohorte, die das Zeitkriterium (noch) nicht erfüllt hatten, nicht einbezogen werden. Auch die relativ große Anzahl der Patienten, die sich auf das Anschreiben nicht meldeten, ist bei der Zielgruppe chronisch psychisch Kranker nicht weiter erstaunlich. Umgekehrt ist es sogar beachtlich, dass zu vielen Patienten die Kontaktaufnahme trotz dieser schwierigen Ausgangsbedingungen gelang. Der Anteil der Patienten, die eine Teilnahme an der Nachuntersuchung explizit abgelehnt haben, ist relativ klein.

Der Untersuchung eines möglichen systematischen Bias der Ergebnisse durch Selektion sind enge Grenzen gesetzt. So konnte zwar die psychopathologische Symptomatik von Studienteilnehmern und -abbrechern zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung, nicht aber zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung miteinander verglichen werden, da in der Regel mit Studienabbrechern gar kein Kontakt mehr zustande kam. Es lässt sich demnach nicht mit Sicherheit ausschließen, dass Studienabbrecher eine ausgeprägtere psychopathologische Symptomatik aufweisen (vereinfacht gesagt: kränker sind) als Studienteilnehmer und die Ergebnisse dadurch beeinflusst worden sind.

Studienabbrecher kommen häufiger aus der Nervenlinik Spandau, haben häufiger die Diagnose einer affektiven Störung oder Suchterkrankung und eine kürzere aktuelle und Gesamtdauer bisheriger stationärer Behandlungen. Das heißt, dass Studienabbrecher eher nicht zur »typischen« Gruppe der Enthospitalisierungs-Patienten (Diagnose Schizophrenie, lange Hospitalisierungsdauer, chronifizierter Verlauf) gehören.

4.4 Zusammenfassung

Untersucht wird eine Stichprobe von $n = 142$ Patienten (davon 44 % Frauen) mit einem mittleren Alter von 47 Jahren. 80 % der Patienten haben eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, 8 % eine Suchterkrankung, 5 % eine affektive Störung und weitere 7 % eine Störung, die den diagnostischen Gruppen F4, F6 oder F9 der ICD 10 zuzuordnen ist. Die aktuelle Hospitalisierungsdauer liegt mit 5,5 Jahren und die Gesamtdauer bisheriger stationärer Aufenthalte mit 9,6 Jahren relativ niedrig und variiert beträchtlich.

63 % der Patienten kommen aus der Nervenlinik Spandau, weitere 29 % aus Sonderkrankenhäusern des DRK. Die Patientenstruktur der drei Institutionen unterscheidet sich erheblich voneinander. Die Patientengruppe aus der Nervenlinik ist jünger, hat den geringsten Anteil schizophrener Patienten, die deutlichste Ausprägung psychopathologischer Symptomatik und die größte Anzahl bisheriger Krankenhausaufenthalte, jedoch die geringste aktuelle und kumulierte Gesamtdauer stationärer Behandlungen.

40 % der Ausgangskohorte konnten aus unterschiedlichen Gründen nicht nachuntersucht werden, nur 9 % der Studienabbrecher lehnten jedoch eine Nachuntersuchung explizit ab. Signifikante Unterschiede zwischen Studienabbrechern und Studienteilnehmern finden sich hinsichtlich ihrer Herkunft aus einer Klinik, der Verteilung der Diagnosegruppen sowie der aktuellen und Gesamtdauer bisheriger stationärer Behandlungen.

5. Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten geht es zunächst um die Gruppe entlassener Patienten. Zu Beginn werden die Ergebnisse zur Lebensqualität vor und nach einer Klinikentlassung, also im *Querschnitt* dargestellt, dann wird der *Verlauf* der Lebensqualität beschrieben. Anschließend wird auf Einflussfaktoren, Zusammenhänge und die Prädiktion von Lebensqualität eingegangen. Im letzten Abschnitt des Ergebnisteils geht es um den Vergleich zwischen entlassenen und weiter stationär behandelten Patienten.

5.1 Entlassene Patienten

Von der Gesamtstichprobe interviewter Patienten waren zum Zeitpunkt des Follow-up n = 65 Patienten aus der Klinik entlassen. Zunächst soll diese Gruppe hinsichtlich soziodemographischer und weiterer Merkmale charakterisiert werden, bevor die Ergebnisse zur Lebensqualität im Einzelnen dargestellt werden.

5.1.1 Soziodemographische und krankheitsbezogene Merkmale

Tabelle 17 gibt für die Gruppe entlassener Patienten eine Übersicht über soziodemographische Daten. Der Geschlechteranteil zeigt eine geringe zahlenmäßige Dominanz der Männer. Das Durchschnittsalter liegt mit 42 Jahren für die Gruppe langzeithospitalisierter Patienten relativ niedrig; die mittleren Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren überwiegen. Nur knapp 11 % der Patienten sind nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Ein Viertel der Patienten hat keinen Schulabschluss, über die Hälfte keine abgeschlossene Berufsausbildung. Im Vergleich zur Gesamtstichprobe sind keine wesentlichen Unterschiede zu konstatieren.

Die Diagnosegruppen nach ICD 10 und die Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik zeigt Tabelle 18. Es fällt auf, dass der Anteil von Patienten mit schizophrenen, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2 nach ICD 10) deutlich geringer als in der Gesamtstichprobe ist (63,1 %/79,6 %), dagegen der Anteil der Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung (F1: 15,4 %/8,5 %) und einer affektiven Störung (F3: 10,7 %/4,9 %) etwa doppelt so groß ist.¹² Die durch-

¹² Auf diesen Aspekt wird im Abschnitt 5.2 (Vergleich entlassener und weiter stationär behandelter Patienten) genauer eingegangen.

Tab. 17: Soziodemographische Daten entlassener Patienten (n = 65)

	n/M	%/s		n/M	%/s
Insgesamt	65		Schulbildung		
Geschlecht			kein Abschluss	16	25,0
Frauen	27	41,5	Hauptschulabschl.	24	37,5
Männer	38	58,5	Mittlere Reife	15	23,4
Alter	42,3	s = 12,8	Abitur	9	14,1
Ø (Jahre)	(range 18–75)		Missing	1	
Altersgruppen			Berufsausbildung		
bis 20 Jahre	2	3,1	keine	25	38,5
21–30	8	12,3	Lehre abgebrochen	10	15,4
31–40	18	27,7	Lehre abgeschlossen	24	36,9
41–50	13	20,0	FH/HH-Abschluss	2	3,1
51–60	18	27,7	FH/HH abgebrochen	4	6,2
61–70	4	6,2			
über 70 Jahre	2	3,1			
Nationalität					
deutsch	58	89,2			
türkisch	1	1,5			
italienisch	1	1,5			
jugoslawisch	3	4,6			
ungarisch	2	3,1			

Tab. 18: Diagnosegruppen nach ICD 10 und psychopathologische Symptomatik (BPRS) (n = 65)

	n	%
Diagnosegruppen (ICD10)^a		
F1 (Abhängigkeit)	10	15,4
F2 (Schizophrenie, schizotype u. wahnh. Störungen)	41	63,1
F3 (affektive Störungen)	7	10,7
F4, F6, F9	7	10,7
	Ø	s
Psychopathologische Symptomatik (BPRS)		
Summenscore	37,8	12,5
Teilbereiche:		
Angst-Depression	11,8	5,5
Anergie	8,6	3,6
Denkstörungen	5,9	3,2
Aktivierung	5,9	3,2
Feindseligkeit	5,4	3,3

^a F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

schnittliche Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik, gemessen am Summenscore der BPRS, liegt mit 37,8 ($s = 12,5$) im mittleren Bereich.

Tabelle 19 zeigt Informationen darüber, in welcher Klinik die Patienten behandelt werden, wie die durchschnittliche Behandlungsdauer des aktuellen stationären Aufenthaltes ist, wer der Kostenträger der Behandlung ist, wie viele Patienten zurzeit freiwillig und wie viele unfreiwillig in der Klinik sind, ob die letzte Aufnahme auf freiwilliger Basis geschah, ob ein gesetzliches Betreuungsverhältnis besteht, wie die gegenwärtige Ausgangsregelung ist und ob im letzten halben Jahr in der Klinik Zwangsmaßnahmen erfolgten.

Tab. 19: Informationen im Zusammenhang mit der aktuellen stationären Behandlung

	n/M	%/s		n/M	%/s
Klinik			letzte stat. Aufnahme erfolgte		
Nervenlinik Spandau	47	72,3	freiwillig	52	80,0
Tag-Nacht-Klinik Phönix	4	6,2	unfreiwillig	11	16,9
DRK-Birkenhain	3	4,6	Missing	2	
DRK-Erlengrund	7	10,8	Betreuung nach BetrG liegt vor	37	56,9
DRK-Hospital	0	0	Ausgangsregelung		
Nachtklinik (Sozialpsych.)	4	6,2	kein Ausgang	3	4,6
Aktuelle Hospitalisierungsdauer	34,3	42,4	nur in Begleitung	3	4,6
(Ø in Monaten)			stundenweise allein	3	4,6
Kostenträger der aktuellen stationären Behandlung			tagsüber allein	13	20,0
Krankenversicherung	43	66,2	auch nachts allein	43	66,2
Sozialamt	22	33,8	Zwangsmaßnahmen in der Klinik im letzten ½ Jahr	2	3,1
aktuelle Behandlung erfolgt			Missing	1	
freiwillig	59	90,8			
unfreiwillig (PsychKG)	2	3,1			
unfreiwillig (BetrG)	4	6,2			

Die meisten entlassenen Patienten (fast drei Viertel der Stichprobe) kommen aus der damaligen Nervenlinik Spandau. Die mittlere Dauer der letzten Hospitalisierung vor Klinikentlassung liegt mit 34 Monaten relativ niedrig. Bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten erfolgt die letzte stationäre Behandlung sowie die letzte stationäre Aufnahme freiwillig. Bei rund zwei Drittel der Patienten ist die Krankenkasse Kostenträger der stationären Behandlung gewesen. Über die Hälfte der Patienten hat einen gesetzlichen Betreuer. Nur vereinzelt wurden in der Klinik Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder Zwangsmedikation bei den Patienten angewendet.

Tabelle 20 zeigt Informationen zur Vorgeschichte der Patienten.

Tab. 20: Alter bei psychiatrischer Erstaufnahme, Anzahl und Dauer bisheriger stationärer Aufenthalte, Wohn- und Beschäftigungssituation vor letzter stationärer Aufnahme

	n/M	%/s
Alter bei erster stationärer psychiatrischer Behandlung (Ø in Jahren)	28,6 (range 7–63)	12,1
Missing	4	
Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte (Ø, kumuliert)	9,2 (range 1–60)	s = 11,9
Dauer bisheriger stationärer Aufenthalte (Ø in Monaten, kumuliert)	58,3 (range 7–402)	72,3
Wohnsituation vor der letzten Aufnahme		
allein	23	36,5
mit Eltern	13	20,6
mit Partner	11	17,5
mit anderen	2	3,2
stat. Einrichtung/Gefängnis	10	15,9
ohne festen Wohnsitz	4	6,3
Missing	2	
Art der letzten Berufstätigkeit		
Vollzeit	30	50,0
Teilzeit	6	10,0
in Ausbildung	8	13,3
Hausfrau	1	1,7
beschützter Arbeitsplatz	5	8,3
nie berufstätig gewesen	9	15,0
Missing	5	
Jahre seit letzter Berufstätigkeit		
vor 5 Jahren	19	35,3
vor 5–10 Jahren	15	27,9
vor 10–20 Jahren	14	24,4
vor mehr als 20 Jahren	6	11,3
Missing	11	

Das mittlere Alter bei der ersten Behandlung in einer psychiatrischen Klinik ist mit 28 Jahren identisch mit dem Ersterkrankungsalter der Gesamtstichprobe. Auch die mittlere Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte unterscheidet die Gruppe entlassener Patienten nicht von der Gesamtstichprobe, wohl aber die mittlere Gesamtdauer bisheriger stationärer Aufenthalte. Diese liegt für entlassene Patienten mit 58 Monaten (also knapp fünf Jahren) deutlich niedriger als in der Gesamtgruppe (dort: 115 Monate). Die meisten Patienten lebten vor der letzten stationären Behandlung allein oder gemeinsam mit ihren Eltern, 16 % allerdings

in einer stationären Einrichtung. Immerhin die Hälfte der Patienten hatte früher einmal eine Vollzeitstellung, 15 % waren nie berufstätig gewesen. Bei rund 36 % liegt die letzte Berufstätigkeit länger als zehn Jahre zurück.

5.1.2 Lebensqualität im Krankenhaus vor der Entlassung

Im Folgenden geht es um die Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten in der Klinik. Vorangestellt sind zunächst die einzelnen Fragen, die die Untersuchung geleitet haben.

Fragestellung Ia: Lebensqualität der Patienten in der Klinik (Querschnitt)

- Wie ist die objektive Lebenssituation der Patienten in der Klinik?
- Wie ist die subjektive allgemeine und bereichsspezifische Lebensqualität in der Klinik?
- Welche gruppenspezifischen Unterschiede (z. B. nach Diagnosegruppe oder Geschlecht) lassen sich im Hinblick auf die objektive und subjektive Lebensqualität feststellen?
- Welche Variablen beeinflussen die subjektive Lebensqualität in der Klinik?

Vorannahmen:

Vermutet wird, dass die objektiven Lebensbedingungen der Patienten in der Klinik eher ungünstig ausfallen.

In Bezug auf die subjektive Lebensqualität gibt es konkurrierende theoretische Erklärungsmodelle und insofern auch widersprüchliche Vorannahmen. Im Sinne von *Kontrast-Effekten* (nach SCHWARZ & STRACK 1991) oder im Sinne der *Affekt-Balance-Theorie* (BRADBURN 1969) müssen negative Effekte auf die Zufriedenheit erwartet werden. Geht man jedoch nach CAMPBELL et al. (1976) von herabgesetzten *Anspruchsniveaus* und verringerten *Erwartungen* im Zuge der Hospitalisierung aus und nimmt an, dass sich die sozialen Vergleichsprozesse auf die Referenzgruppe der Mitpatienten richten, sind durchaus auch positive Effekte denkbar.

Hinsichtlich gruppenspezifischer Unterschiede nach der Diagnosegruppe oder nach Geschlecht gibt es keine Vorannahmen.

Als wesentliche Einflussvariable hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität wird aufgrund verschiedener Befunde (z. B. MELTZER 1992; MUESER et al. 1991) die psychopathologische Symptomatik und hier insbesondere die Symptome Angst und Depression (LEHMAN 1983) angesehen. Vermutet wird ein negativer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß psychopathologischer Symptomatik und der subjektiven Lebensqualität.

5.1.2.1 Objektive Lebenssituation

Zuerst soll die objektive Lebenssituation der Patienten anhand von Informationen aus den Interviews zur Lebensqualität beschrieben werden. Dabei werden die im Berliner Lebensqualitätsprofil aufgeführten Lebensbereiche einzeln dargestellt.

Arbeit/Beschäftigung

Verständlicherweise geht der Großteil langzeithospitalisierter Patienten nicht mehr einer regulären Arbeit nach. Immerhin sechs Patienten stehen jedoch nach Angaben der behandelnden Ärzte noch in einem Beschäftigungsverhältnis, davon drei auf dem ersten Arbeitsmarkt. Eine Patientin ist als Sekretärin in Vollzeittätigkeit, eine weitere als Bürokraft mit 30 Wochenstunden und ein Patient als Lagerarbeiter in Vollzeittätigkeit angestellt. Außerdem ist eine Patientin in einer Behindertenwerkstatt und ein Patient in einem landwirtschaftlichen Betrieb (einer Rehabilitationseinrichtung) tätig. Für einen Patienten liegen keine genaueren Angaben vor.

Als Arbeit bzw. Beschäftigung werden hier auch wenige Stunden umfassende Tätigkeiten gewertet, sofern sie regelmäßig geleistet und entlohnt werden, also beispielsweise eine Teilnahme an der Arbeitstherapie der Klinik. Abgesehen von den oben erwähnten Patienten, die noch in einem Arbeitsverhältnis stehen, sind es insgesamt zehn Patienten (15,4 % der hier untersuchten Gruppe), die einer solchen Tätigkeit nachgehen. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um die Arbeitstherapie (Wäscherei, Holzarbeiten) der Klinik; außerdem wird in zwei Fällen die Werkstatt für Behinderte genannt. Der monatliche »Nettoverdienst« dieser Patienten beträgt im Mittel etwa 100 DM und variiert zwischen 0 und 200 DM, die wöchentlich geleistete Arbeitszeit liegt im Mittel bei 21 Stunden und variiert zwischen 8 und 30 Stunden.

Freizeit

Psychiatrische Patienten, die für einen längeren Zeitraum in der Klinik leben, haben weniger Möglichkeiten als andere Menschen, ihre Freizeit zu gestalten. Nicht nur die äußeren Bedingungen wie beschränkte Ausgangsregelungen oder geringe finanzielle Ressourcen, sondern auch krankheitsbedingte Faktoren wie mangelnder Antrieb, fehlende Motivation und Beeinträchtigungen der Stimmungslage spielen hier eine Rolle. Vermutet wird demzufolge, dass die Freizeitaktivitäten der Patienten deutlich eingeschränkt sind.

Im *Berliner Lebensqualitätsprofil* (BeLP) wird gezielt und ohne Anspruch auf Vollständigkeit danach gefragt, ob die Interviewpartner im letzten Monat einzelnen Aktivitäten nachgegangen sind. Tabelle 21 zeigt die Ergebnisse hierzu. Der überwiegende Teil der Patienten war im letzten Monat einmal einkaufen, hat

Tab. 21: Freizeitaktivitäten der Patienten in der Klinik (n = 65)

	<u>n</u>	<u>%</u>
Haben (sind) im letzten Monat ...		
Sport getrieben/eine Sportveranstaltung besucht	30	46,2
ein(e) Gaststätte/Restaurant/Kneipe besucht	42	64,6
im Kino gewesen	20	30,8
einkaufen gewesen	57	87,7
öffentliche Verkehrsmittel benutzt	58	89,2
ferngesehen oder Radio gehört	61	93,8
den Wunsch, mehr in der Freizeit zu unternehmen	30	46,2

Radio gehört oder ferngesehen und öffentliche Verkehrsmittel benutzt. Als *Einkauf* wird auch der Besuch in einem Lebensmittelladen, der sich auf dem Klinikgelände befindet, gewertet. Fast die Hälfte der Patienten wünscht sich, mehr in der Freizeit zu unternehmen.

Finanzen

Die finanzielle Situation chronisch psychisch Kranker ist häufig sehr ungünstig. Sofern ein psychisch Kranker krankheitsbedingt aus dem Beruf oder Erwerbsleben ausgeschieden ist, kann er Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente beantragen. Ein Anspruch besteht jedoch nur, wenn die allgemeine Wartezeit (fünf Jahre) erfüllt ist und innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt der Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit mindestens drei Jahre lang Pflichtbeiträge entrichtet wurden.¹³ Da die Höhe der Rente sich unter anderem auch nach den Beitragszeiten richtet und eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung häufig schon im mittleren Lebensalter eintritt, fallen diese Renten oft niedrig aus. Sofern der Betreffende keinen Rentenanspruch erworben hat oder die Rente sehr niedrig ist, ist er darauf angewiesen, (ergänzende) Sozialhilfe zu beantragen.

Bei lang andauernder Unterbringung eines psychisch kranken Menschen in einem Krankenhaus oder in einem Heim wird sein Einkommen und Vermögen für die entstehenden Kosten herangezogen. In der Regel verbleibt dem Betreffenden in diesem Fall lediglich ein Taschengeld in einer Größenordnung von etwa 5 DM pro Tag. Das Taschengeld reicht oft nicht einmal aus, um den (häufig sehr hohen) Zigarettenkonsum der Patienten zu bestreiten. Falls Patienten in der Arbeitstherapie der Klinik tätig sind, haben sie wie oben erwähnt die Möglichkeit, sich in Form einer Prämie zusätzlich etwas Geld zu verdienen.

¹³ Die hier beschriebene Regelung galt im Untersuchungszeitraum, also Mitte der 1990er-Jahre. Inzwischen sind in Bezug auf die Erwerbsunfähigkeitsrenten gravierende Veränderungen bzw. Verschlechterungen eingetreten.

In der hier untersuchten Stichprobe fällt das monatliche Nettoeinkommen sehr unterschiedlich aus. Es beträgt im Mittel für alle Patienten 662 DM, variiert jedoch erheblich zwischen 40 und 2.900 DM. Bezieht man die sechs Patienten, die noch in einem Arbeitsverhältnis stehen, nicht mit ein, so liegt das durchschnittliche Nettoeinkommen nur bei 534 DM (range 40–1.700 DM). Das Durchschnittseinkommen bildet aber die tatsächliche Einkommenssituation vieler Patienten nur unzureichend ab. Zieht man den Median heran, so zeigt sich, dass dieser bei 347 DM liegt. Das heißt, der Hälfte der Patienten steht monatlich höchstens dieser Betrag zur Verfügung.

Gravierende Unterschiede der Einkommensverhältnisse zeigen sich auch im Vergleich der Patienten aus verschiedenen Einrichtungen. Für Patienten der Nervenklinik Spandau liegt das mittlere monatliche Nettoeinkommen bei 665 DM, für Patienten der Häuser Erlengrund und Birkenhain dagegen nur bei 288 DM bzw. 231 DM. 31 Patienten (47,7 %) geben an, eine Form der ‚staatlichen Unterstützung‘ (in der Regel Sozialhilfe) zu erhalten, und 24 Patienten (36,9 %) meinen selbst, dass ihnen zu wenig Geld zur Verfügung stehe, um im Alltag zurechtzukommen.

Wohnen

Patienten, die über einen längeren Zeitraum in der Klinik behandelt werden, haben eine besondere Wohnsituation: Sie müssen sich in der Regel das Zimmer mit anderen Patienten teilen, haben weniger Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung ihres Zimmers und weniger Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten.

In der hier untersuchten Stichprobe haben 11,1 % der Patienten ein Einzelzimmer, 42,9 % ein Zweibettzimmer, 31,7 % ein 3- oder 4-Bett-Zimmer und 14,3 % ein 5- oder 6-Bett-Zimmer. Die Patienten werden im Berliner Lebensqualitätsprofil gefragt, ob sie den Wunsch haben, im nächsten Jahr ihre Wohnsituation zu verändern. 42 Patienten (64,6 %) bejahen diese Frage.

Persönliche Sicherheit

Neben den ganz alltäglichen Konflikten und Auseinandersetzungen, die überall dort entstehen, wo viele Menschen auf begrenztem Raum miteinander leben und auskommen müssen, stellen sich in einem psychiatrischen Krankenhaus noch einige spezielle Probleme. Das psychiatrische Krankenhaus hat unter anderem auch die Funktion, Menschen aufzunehmen und zu behandeln, die krankheitsbedingt sich selbst oder andere akut gefährden.¹⁴ Hierdurch ist ein besonderes Gefährdungspotenzial gegeben, dem auch langzeithospitalisierte Patienten ausgesetzt sind.

¹⁴ Grundlage dafür sind länderrechtliche Regelungen, in Berlin: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG).

Im Berliner Lebensqualitätsprofil werden die Patienten danach gefragt, ob sie im letzten Jahr Opfer einer Straftat geworden sind oder selbst einer solchen beschuldigt wurden. Zehn Patienten oder 15,6 % der Befragten geben an, im letzten Jahr einer Straftat beschuldigt worden zu sein. Nur acht Patienten oder 12,3 % sagen, sie seien im gleichen Zeitraum selbst Opfer einer Straftat geworden. Bei den Straftaten handelte es sich meist um Delikte wie Diebstähle oder Körperverletzungen.

Kontakte zur Familie

Psychiatrische Patienten, die längerfristig stationär behandelt werden, sind auf Besuche von anderen Menschen angewiesen, wenn der Kontakt zum »normalen« Leben außerhalb der Klinik und zu anderen gesunden Menschen nicht ganz abreißen soll. Gerade im Hinblick auf eine mögliche Entlassung aus dem Krankenhaus und eine längerfristige Perspektive des Wohnens in der Gemeinde sind solche Kontakte von besonderer Bedeutung. Insofern stellen Familienangehörige und Verwandte neben Freunden eine wichtige Ressource für langzeithospitalisierte Patienten dar. Häufig geht allerdings mit länger andauernder Hospitalisierung eine Verringerung sozialer Kontakte zu Angehörigen einher.

Im Berliner Lebensqualitätsprofil werden die Patienten danach gefragt, wie oft sie Kontakt zu Familienangehörigen oder Verwandten haben. Als persönlicher Kontakt wird auch ein Telefongespräch gewertet. Tabelle 22 gibt darüber Auskunft.

Tab. 22: Häufigkeit der Kontakte zu Familienangehörigen (n = 65)

<u>Kontakt zu Familienangehörigen</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
täglich	4	6,2
wöchentlich	23	35,4
monatlich	14	21,5
jährlich	3	4,6
seltener als einmal pro Jahr	7	10,8
haben keine Familienangehörigen	14	21,5

Immerhin 35 % der Patienten haben einmal in der Woche und weitere 21 % einmal im Monat Kontakt zu Angehörigen. Allerdings hat eine relativ große Gruppe (32 %) entweder keine Angehörigen mehr oder nur seltener als einmal im Jahr Kontakt zu diesen. 26 Patienten (40%) wünschen sich mehr Kontakte zu ihren Familienangehörigen.

Soziale Kontakte

Neben Beziehungen zur Familie und zu Angehörigen stellen Kontakte zu anderen Menschen eine wesentliche Ressource dar. Im Berliner Lebensqualitätsprofil werden die Interviewpartner zuerst danach gefragt, ob sie selbst der Ansicht sind, auch ohne Freunde auskommen zu können. Anschließend werden sie gebeten anzugeben, ob sie einen »guten Freund« haben sowie einen Freund, den sie bei Bedarf auch um Hilfe bitten könnten. Schließlich wird nach Kontakten zu Freunden und Bekannten in der letzten Woche gefragt. Tabelle 23 zeigt die Ergebnisse dazu. Über die Hälfte der Patienten gibt an, einen guten Freund zu haben. 63 % hatten in der letzten Woche mindestens einmal Kontakt zu Freunden, 48 % sogar zu solchen, die »nichts mit der Psychiatrie zu tun haben«.

Tab. 23: Kontakte zu Freunden und Bekannten (n = 65)

	n	%
können auch ohne Freunde auskommen	13	20,0
haben einen »guten Freund«	38	58,5
haben einen Freund, den sie um Hilfe bitten können	34	52,3
hatten letzte Woche Kontakt zu Freunden/Bekanntem	40	63,5
hatten letzte Woche Kontakt zu Freunden, die »nichts mit der Psychiatrie zu tun haben«	31	48,4

Gesundheit

Im Bereich Gesundheit des *Berliner Lebensqualitätsprofils* werden insgesamt sieben Fragen zu verschiedenen gesundheitlichen

Frage nach dem Alter beim ersten Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus wurden bereits in Abschnitt 5.1.1 (Tab. 20) aufgeführt. Zwei Fragen (*Waren Sie im letzten Jahr wegen seelischer Probleme beim Arzt? Waren Sie im letzten Jahr wegen seelischer Probleme im Krankenhaus?*) erübrigen sich bei einer Befragung langzeithospitalisierter Patienten.

Die Ergebnisse zu stationären Aufenthalten wegen körperlicher Erkrankungen und zu Einschränkungen der Bewegungsmöglichkeiten geben Hinweise auf eine hohe Komorbidität somatischer Erkrankungen. Die Angaben der Patienten zu der Frage, ob sie Medikamente wegen seelischer Störungen einnehmen, stimmen in erstaunlich hohem Ausmaß mit den Angaben der behandelnden Ärzte, wie sie in den Basisdaten erhoben wurden, überein (65,6 %/63,1 %). Immerhin 11 % der Patienten haben im vergangenen Jahr nicht die gewünschte Hilfe von einem Arzt oder einer medizinischen Einrichtung bekommen.

Tab. 24: Gesundheitliche Situation im letzten Jahr (n = 65)

Sind (haben) im letzten Jahr ...	n	%
wegen körperl. Beschwerden stationär behandelt worden	33	51,6
in ihren Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt gewesen	17	26,2
Medikamente wegen seelischer Probleme eingenommen	42	65,6
Hilfe vom Arzt gesucht, aber nicht bekommen	7	11,3

5.1.2.2 Subjektive Lebensqualität

Die subjektive Lebensqualität der Patienten soll zunächst anhand der mittleren Zufriedenheitswerte dargestellt werden (Tab. 25). Die *Allgemeine Lebenszufriedenheit* liegt mit 4,3 ebenso wie die *Gesamtzufriedenheit*¹⁵ mit 4,5 knapp im zufriedenen Bereich der Skala. Vergleicht man die Zufriedenheiten in den verschiedenen Lebensbereichen, so fällt sie bei den Patienten, die gegenwärtig eine Tätigkeit ausüben, im Bereich *Arbeit/Beschäftigung* am höchsten aus. (Allerdings sind dies wie bereits erwähnt nur sehr wenige Patienten.) Ansonsten wird der Bereich *persönliche Sicherheit* am positivsten, die eigene *finanzielle Situation* dagegen am negativsten bewertet.

Als Referenzwerte werden die mittleren Zufriedenheiten von zwei gesunden Bevölkerungsgruppen herangezogen. Es handelt sich dabei zum einen um Studenten (n = 165), zum anderen um Mitarbeiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie (n = 25). Die gefundenen Mittelwertsunterschiede werden mit einer 1-faktoriellen Varianzanalyse auf Signifikanz überprüft.

Signifikante Unterschiede finden sich in Bezug auf die allgemeine Lebenszufriedenheit (F = 20,6, p ≤ .001) und die Gesamtzufriedenheit (F = 19,9, p ≤ .001), wobei die Patienten jeweils eine niedrigere Zufriedenheit zeigen als die beiden gesunden Bevölkerungsgruppen. Weitere bedeutsame Unterschiede finden sich in den Bereichen Arbeit (F = 3,9, p ≤ .05), Freizeit (F = 13,8, p ≤ .001), Familie (F = 5,3, p ≤ .01), soziale Kontakte (F = 7,5, p ≤ .001) sowie körperliche (F = 16,5, p ≤ .001) und seelische Gesundheit (F = 28,4, p ≤ .001). Bis auf die Zufriedenheit mit der Arbeit sind die Patienten im Vergleich zu den gesunden Probanden durchgängig unzufriedener.

Die Abbildung 11 veranschaulicht den unterschiedlichen Verlauf der Profile der drei Gruppen.

Das Profil der Studenten und der Mitarbeiter zeigt übereinstimmend die höchsten Zufriedenheitswerte im Bereich Freizeit, Familie, soziale Kontakte und seeli-

¹⁵ Mit *Gesamtzufriedenheit* wird hier und im Folgenden die mittlere Summe der bereichsspezifischen Zufriedenheiten bezeichnet.

Tab. 25: Subjektive Lebensqualität in der Klinik (n = 65)

Zufriedenheit	\bar{x}	s	n
Leben allgemein	4,3	1,4	64
Arbeit/Beschäftigung			
mit der Tätigkeit	5,3	1,7	15
mit der Bezahlung	4,1	2,3	13
damit, ohne Beschäftigung zu sein	3,7	2,0	30
Freizeit	4,8	1,4	65
Finanzen	3,9	1,7	63
Wohnsituation			
allgemein	4,7	1,7	65
damit, lange hier wohnen zu bleiben	3,9	1,6	47
Sicherheit	5,2	0,9	64
Familie	4,7	1,8	57
Soziale Kontakte	4,8	1,3	64
Körperliche Gesundheit	4,4	1,8	65
Seelische Gesundheit	4,1	1,9	65
Gesamtzufriedenheit	4,5	0,9	65

Angegeben sind die mittleren Werte der Zufriedenheitsskala z-Skala von 1 = völlig unzufrieden bis 7 = völlig zufrieden

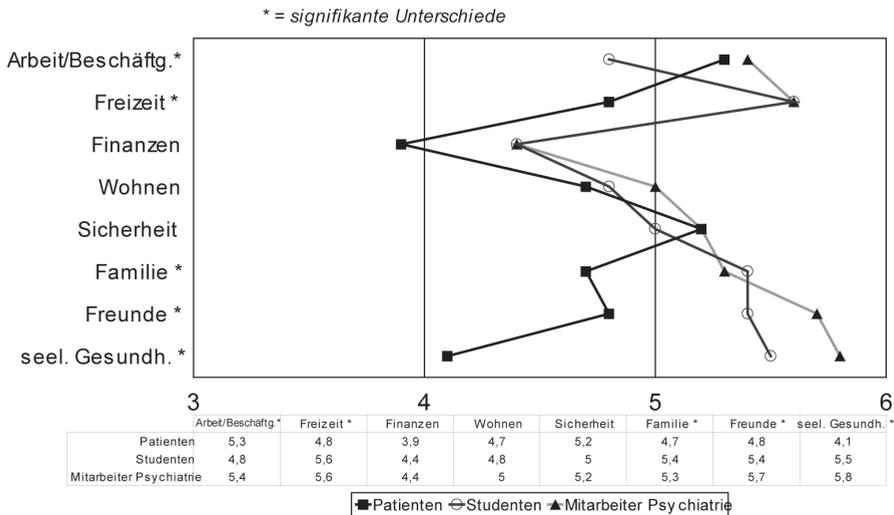


Abb. 11: Lebensqualitätsprofil bei Patienten, Studenten und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen

sche Gesundheit. Das Profil der Patienten dagegen weist die höchsten Zufriedenheitswerte im Bereich Arbeit/Beschäftigung und Sicherheit auf. Alle drei Gruppen sind am unzufriedensten mit ihrer finanziellen Situation. Im Bereich Wohnen liegen die mittleren Zufriedenheitsratings eng beieinander.

5.1.2.3 Unterschiede der Lebensqualität bei verschiedenen Patientengruppen

Im Folgenden geht es um die Frage, ob sich bei verschiedenen Patientengruppen Unterschiede der objektiven Lebenssituation und der subjektiven Lebenszufriedenheit finden lassen. Die Patienten werden differenziert nach ihrem Geschlecht, ihrer Zugehörigkeit zur Diagnosegruppe F2 der ICD 10 (Schizophrenie/andere Diagnosegruppen) und ihrer aktuellen Hospitalisierungsdauer (bis zu zwei Jahren/zwei Jahre und länger) und in Hinblick auf Variablen der objektiven Lebensbedingungen und subjektiven Lebensqualität untersucht. Dazu werden Kreuztabellen berechnet und mit *Pearsons Chi-Quadrat* auf Signifikanz überprüft. Eine noch genauere Differenzierung analog zu den einzelnen Diagnosegruppen war deshalb nicht möglich, weil insgesamt nur sieben Patienten mit affektiven Störungen (F3) und zehn Patienten mit Suchterkrankungen (F1) zur Stichprobe entlassener Patienten gehören und damit die Zellenbesetzungen der Kreuztabellen zu niedrig ausgefallen wären.

Hinsichtlich der *Geschlechtszugehörigkeit* lassen sich weder hinsichtlich der objektiven Lebensbedingungen noch hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität signifikante Unterschiede feststellen.

In Bezug auf die *Diagnosegruppe* (schizophren/nicht schizophren) finden sich zwei signifikante Unterschiede, und zwar im Bereich Freizeit und Gesundheit. Nur 36,6 % der schizophrenen Patienten, aber 65,2 % der Patienten mit anderen Diagnosen haben sich im vergangenen Jahr gewünscht, mehr in der Freizeit zu unternehmen ($\chi^2 = 4,8$, $p \leq .05$). Auch in Bezug auf die Einnahme von Psychopharmaka gibt es deutliche Unterschiede zwischen schizophrenen und Patienten mit anderen Diagnosen. 85,4 % der schizophrenen Patienten, hingegen nur 29,2 % der Patienten mit anderen Diagnosen nehmen Psychopharmaka ein ($\chi^2 = 20,9$, $p \leq .001$).

Hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität fällt die Gesamtzufriedenheit bei schizophrenen Patienten signifikant positiver aus als bei Patienten anderer Diagnosegruppen (4,7 vs. 4,3; $t = -1,9$, $p \leq .05$).

Schließlich werden die Patienten nach ihrer *aktuellen Hospitalisierungsdauer* zwei Gruppen zugeordnet und hinsichtlich ihrer objektiven Lebenssituation miteinander verglichen. Der ersten Gruppe (mittelfristig stationär behandelte Patienten, $n = 42$) werden Patienten zugeordnet, die zwischen sechs und 23 Monaten stationär behandelt wurden, der zweiten Gruppe (langfristig stationär be-

handelte, $n = 23$) Patienten, die bereits zwei Jahre und länger in der Klinik verweilen. Zwischen beiden Gruppen finden sich in den Bereichen Arbeit/Beschäftigung, Freizeit und soziale Kontakte signifikante Unterschiede. 47,8 % der langfristig, aber nur 14,3 % der mittelfristig stationär behandelten Patienten geben an, zurzeit eine Tätigkeit auszuüben ($\chi^2 = 8,6, p \leq .01$). Auch hinsichtlich des Wunsches, mehr in der Freizeit zu unternehmen, besteht zwischen beiden Gruppen ein signifikanter Unterschied: 61 % der mittelfristig, jedoch nur 21,7 % der langfristig behandelten Patienten äußern einen solchen Wunsch ($\chi^2 = 9,1, p \leq .01$). Schließlich meinen 34,8 % der langfristig, aber nur 11,9 % der mittelfristig stationär behandelten Patienten, sie seien jemand, der »ohne Freunde/Freundinnen auskommt« ($\chi^2 = 4,9, p \leq .05$).

In Bezug auf die subjektive Lebensqualität unterscheiden sich beide Gruppen im Bereich Freizeit signifikant voneinander. Langfristig stationär behandelte Patienten sind mit ihren Freizeitaktivitäten zufriedener als mittelfristig behandelte (5,3 vs. 4,5; $t = -2,7, p \leq .01$).

5.1.2.4 Einflussfaktoren

Als mögliche Einflussfaktoren werden die Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik, das Alter, die aktuelle Hospitalisierungsdauer, die Gesamtdauer und Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte der Patienten untersucht. Außerdem wird geprüft, in welcher Weise die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Gesamtzufriedenheit kovariieren. Zu diesem Zweck werden bivariate Korrelationen nach *Pearson* berechnet und zweiseitig auf Signifikanz überprüft. Tabelle 26 fasst die Ergebnisse zusammen.

Wie erwartet, korrelieren die psychopathologische Symptomatik und die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie die Gesamtzufriedenheit signifikant und negativ miteinander. Das heißt, mit steigender Symptomatik sinkt die subjektive Lebensqualität. Der Zusammenhang ist für die Gesamtzufriedenheit besonders deutlich. Wie die differenzierte Analyse einzelner Symptomgruppen zeigt, geht er in erster Linie auf die Symptome Angst und Depression und in zweiter Linie auf das Symptom Feindseligkeit zurück.

Die aktuelle Hospitalisierungsdauer und die Gesamtzufriedenheit, nicht aber die allgemeine Lebenszufriedenheit korrelieren mäßig hoch positiv miteinander. Je länger ein Patient stationär behandelt wird, desto zufriedener äußert er sich demnach im Mittel der verschiedenen Lebensbereiche. Zwischen Lebensalter und subjektiver Lebensqualität lassen sich keine signifikanten Korrelationen finden. Allgemeine Lebenszufriedenheit und Gesamtzufriedenheit korrelieren erwartungsgemäß hochsignifikant miteinander.

Tab. 26: Korrelationen zwischen subjektiver Lebensqualität und psychopathologischer Symptomatik, Alter und aktueller Hospitalisierungsdauer

	<u>Allg. Lebenszufriedenheit</u>	<u>Gesamtzufriedenheit</u>
<u>Allgemeine Lebenszufriedenheit</u>		.72 ***
Psychopathologische Symptomatik		
Summenwert BPRS	-.25 *	-.42***
Angst/Depression	-.54***	-.56 ***
Anergie		
Denkstörung		
Aktivierung		
Feindseligkeit		-.33 **
<u>Alter</u>		
<u>Aktuelle Hospitalisierungsdauer</u>		.33 **
<u>Gesamtdauer stationärer Aufenthalte</u>		.27 *
<u>Anzahl bisheriger stat. Aufenthalte</u>		-.28 *

Pearsons r, *** $p \leq .001$ ** $p \leq .01$ * $p \leq .05$ (zweiseitig)
aufgeführt sind nur signifikante Korrelationen

5.1.2.5 Diskussion

Die hier untersuchte Stichprobe entspricht hinsichtlich ihres niedrigen Durchschnittsalters und hinsichtlich der geringen aktuellen und kumulierten Hospitalisierungsdauer nicht den in anderen Enthospitalisierungsstudien beschriebenen Patientenpopulationen. Auf diesen Umstand wurde bereits bei der Beschreibung der Gesamtstichprobe (Kapitel 4) hingewiesen. Weiterhin muss davon ausgegangen werden, dass es sich nicht um eine homogene Stichprobe handelt, sondern um eine hinsichtlich solcher Merkmale wie Alter, Hospitalisierungsdauer und Symptomatik sehr heterogene Patientengruppe. Insbesondere unterscheiden sich in dieser Hinsicht Patienten aus der Nervenklinik und den beiden DRK-Sonderkrankenhäusern.

Die Ergebnisse zur Lebensqualität zeichnen ein differenziertes Bild der Lebenssituation langzeithospitalisierter Patienten in der Klinik, so dass sich pauschale Bewertungen verbieten. Die eingangs getroffene Vorannahme, dass langzeithospitalisierte Patienten durchgängig unter ungünstigen objektiven Bedingungen leben, muss relativiert bzw. weiter differenziert werden.

In Bezug auf die Arbeits- und Beschäftigungssituation verwundert es zunächst, dass nur ein relativ geringer Prozentsatz der Patienten nach eigener Aussage einer regelmäßigen Tätigkeit nachgeht. Gerade bei Langzeitpatienten und insbeson-

dere bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis spielt die Arbeitstherapie eine wesentliche Rolle in Behandlung, Rehabilitation und Rückfallprophylaxe (REKER 1999). Allerdings lässt sich daraus nicht der Schluss ziehen, dass die meisten Patienten völlig ohne Beschäftigung sind, da nach den Angaben der behandelnden Ärzte relativ viele an einer (unbezahlten) Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie teilnehmen. Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie ohne Gewährung einer Prämie wurden im *BeLP* jedoch nicht als Arbeit gewertet.

Vor einer Diskussion einzelner Ergebnisse zur Freizeitsituation der Patienten soll zunächst ein grundlegendes Problem angesprochen werden. Freizeit wird im allgemeinen Verständnis immer in Abgrenzung zur Arbeit (sei es nun Erwerbstätigkeit, Hausarbeit oder eine sonstige verpflichtende Tätigkeit) definiert und begriffen. Wer keiner Arbeit nachgeht, also beispielsweise arbeitslos ist, hat (zumindest im *common sense*) keine echte *Freizeit*, sondern allenfalls viel *freie Zeit*. Während Freizeit heutzutage als kostbares Gut angesehen wird und ihr zunehmende Bedeutung (auch im Rahmen einer expandierenden Freizeitindustrie) zukommt, wird die unfreiwillig freie Zeit, wie sie einem arbeitslosen oder kranken Menschen zur Verfügung steht, von den meisten Menschen eher als Problem und Belastung denn als Ressource gesehen. Auf diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die befragten Patienten selbst die ihnen zur Verfügung stehende Zeit einordnen und bewerten. Möglicherweise sehen sie die von Behandlungsmaßnahmen nicht ausgefüllte Zeit tatsächlich als Freizeit analog zu dem eben geschilderten Bedeutungskontext; denkbar ist aber auch, dass sie diese als leere, unstrukturierte Zeit und damit als Belastung wahrnehmen. Da die hier angerissenen, grundlegenden Fragen nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind, können sie an dieser Stelle auch nicht abschließend beantwortet werden.

Auf den ersten Blick ergeben die Ergebnisse zur Freizeitsituation der Patienten in der Klinik ein durchaus positives Bild. So bejaht ein überraschend hoher Prozentsatz der Patienten die Fragen nach einem Kino- oder Gaststättenbesuch im letzten Monat. Vermutlich handelt es sich aber zum Teil nicht um individuelle Aktivitäten einzelner Patienten, sondern vielmehr um organisierte Gruppenunternehmungen in Begleitung von Mitarbeitern der Klinik. Dass fast die Hälfte der Patienten sich wünscht, mehr in der Freizeit zu unternehmen, deutet auf ein Problem der Unausgefülltheit und Langeweile hin, welches viele psychiatrische Patienten teilen.

Die Wohnsituation der Patienten im Untersuchungsjahr 1994 ist in keiner Hinsicht vergleichbar mit den schlechten räumlichen Gegebenheiten, wie sie rund 20 Jahre früher im Rahmen der Psychiatrie-Enquete beschrieben worden sind. Auch heutzutage verfügen aber die wenigsten langzeithospitalisierten Patienten über ein eigenes Zimmer. Dieser Umstand hat für den Einzelnen nicht nur praktische Auswirkungen im Hinblick auf die Privatsphäre und den Rückzugsraum,

sondern bedeutet vor allem auch weniger Gestaltungsspielraum und ein geringeres Maß an Autonomie im Alltagsleben. Dass knapp zwei Drittel der Patienten den Wunsch äußern, im nächsten Jahr die Wohnsituation zu verändern, kann als Indikator für eine Unzufriedenheit der Patienten mit ihrer gegenwärtigen Wohnsituation gewertet werden.

40 % der Patienten wünschen sich mehr Kontakte zu ihren Verwandten oder Familienangehörigen. Zwischen Wunsch und Realität klafft offenbar eine erhebliche Lücke, die möglicherweise Anlass für therapeutische Bemühungen geben sollte. Die Qualität der Kontakte und Beziehungen zu Familienangehörigen wird im BeLP nicht erfragt und muss daher dahingestellt bleiben. Auch stellt sich auf dem Hintergrund der empirischen Befunde zur *expressed emotion* (BROWN et al. 1972; VAUGHN & LEFF 1976; siehe auch RITTMANSBERGER & SCHÖNY 1990) die Frage, ob mehr Kontakte zur Familie für den einzelnen Patienten als gesundheitsförderlich anzusehen sind oder im Gegenteil im Sinne eines Belastungsfaktors bzw. als potenziell krankheitsauslösend betrachtet werden müssen.

Die Qualität der Kontakte zu Freunden und Bekannten wird im BeLP mit der Frage nach einem »guten Freund« eruiert. Dass 42 % der Patienten diese Frage verneinen, zeigt deutlich die soziale Isolierung der meisten langzeithospitalisierten Patienten. Allerdings meinen 20 %, sie seien jemand, der auch ohne Freunde auskommen kann. Ob eine solche Einstellung verhindert, Freundschaften zu schließen, oder ob umgekehrt das Fehlen freundschaftlicher Beziehungen mit einer solchen Aussage im Nachhinein legitimiert wird, muss offen bleiben. Überraschend positiv ist das Ergebnis, dass ein Großteil der Patienten noch Kontakte zu Freunden oder Bekannten hat, die nicht aus dem Umkreis der Psychiatrie kommen.

In Bezug auf die subjektive Lebensqualität ist zunächst bemerkenswert, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit im Mittel knapp im zufriedenen Bereich liegt. Dieses Ergebnis kann unterschiedlich interpretiert werden. Eine Möglichkeit der Interpretation – auf dem Hintergrund der oben geschilderten Befunde zur objektiven Lebensqualität auch durchaus vertretbar – besteht darin, dies als Indikator für verbesserte Lebens- und Behandlungsbedingungen innerhalb der Krankenhäuser zu werten. Alternativ dazu lässt sich aber der Befund auch im Sinne eines Adaptationsansatzes (BRICKMANN nach ARGYLE & MARTIN 1991) bzw. des Lebensqualitätmodells von CAMPBELL et al. (1976) erklären: Die Patienten leben in einer eingeschränkten, ungünstigen objektiven Lebenssituation, sehen aber bei länger andauernder Hospitalisierung immer weniger Aussicht auf Veränderung und passen sich im Laufe der Zeit den Gegebenheiten an, indem das eigene Anspruchsniveau (*aspirations*) und die Erwartungen (*expectations*) den äußeren Bedingungen entsprechend angeglichen bzw. herabgesetzt werden. Eine solche Interpretation erscheint ebenfalls einleuchtend, wenn man bedenkt, dass aus der Lebensqualitätsforschung hinlänglich bekannt ist, dass die meisten Menschen auch unter schwierigen Lebensbedingungen nicht dauerhaft unzufrieden sind.

Unter den verschiedenen Lebensbereichen werden die beiden Bereiche *Arbeit* und *persönliche Sicherheit* am positivsten beurteilt. Dass sich die Patienten, die eine bezahlte Tätigkeit ausüben, besonders zufrieden äußern, verweist auf die Bedeutung der Arbeit für Behandlung und Rehabilitation chronisch psychisch Kranker und korrespondiert mit neueren Erkenntnissen der empirischen Forschung (BELL et al. 1996; BELL et al. 1997; REKER 1998). In methodischer Hinsicht muss allerdings angemerkt werden, dass die Fallzahl hier sehr gering ist, so dass die Ergebnisse nicht verallgemeinerbar sind. Überraschend ist der Befund, dass die persönliche Sicherheit von den Patienten so positiv beurteilt wird, da man aufgrund des gesetzlichen Auftrags der psychiatrischen Kliniken (Unterbringung von Patienten, die sich oder andere infolge ihrer psychischen Erkrankung akut gefährden) auch das Gegenteil hätte vermuten können.

Am unzufriedensten äußert sich die Gruppe der Patienten, die keiner regelmäßigen Tätigkeit nachgehen, mit dem Umstand, ohne Beschäftigung zu sein. Die Patienten insgesamt sind mit ihrer finanziellen Situation und mit der Aussicht, lange in der Klinik wohnen zu bleiben, am unzufriedensten. Hier könnte möglicherweise ein therapeutischer Ansatzpunkt liegen, die vorhandene Unzufriedenheit für Veränderungsmotivation und -impulse konstruktiv zu nutzen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede der subjektiven Lebensqualität sind nicht zu beobachten. Frauen, die ansonsten in der Lebensqualitätsforschung als das »unzufriedene Geschlecht« gelten, scheinen sich als Patientinnen in der Psychiatrie nicht von ihren männlichen Mitpatienten hinsichtlich ihrer subjektiven Zufriedenheit zu unterscheiden. Ähnliche Einschätzungen werden auch bei RÖDER-WANNER & PRIEBE (1995) referiert. Die Zugehörigkeit zu einer Diagnosegruppe des schizophrenen Formenkreises (F2 ICD 10) scheint dagegen auf den ersten Blick Einfluss auf die Ausprägung der subjektiven Lebensqualität zu haben: Schizophrene Patienten äußern sich im Mittel zufriedener als Patienten anderer Diagnosegruppen. Allerdings hat auch die aktuelle Hospitalisierungsdauer einen signifikanten Einfluss auf die subjektive Lebensqualität, und langzeithospitalisierte Patienten gehören in der Mehrzahl eben zu den Schizophrenen. Da beide Merkmale miteinander interferieren, kann an dieser Stelle nicht entschieden werden, welcher der bedeutsamere Einflussfaktor ist. Dieser Frage wird an anderer Stelle der Arbeit (Abschnitt 5.1.5) nachgegangen.

Der Vergleich der Lebensqualitätsprofile von Patienten, Studenten und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen zeigt geringere Zufriedenheiten langzeithospitalisierter Patienten mit dem Leben allgemein und in verschiedenen Lebensbereichen. Überraschend ist allerdings, dass die Unterschiede der Zufriedenheit mit der Wohnsituation und der persönlichen Sicherheit so gering ausfallen. Gerade hinsichtlich der Wohnsituation hätte man aufgrund der objektiv sehr unterschiedlichen Bedingungen von Patienten, denen ihre Wohnumgebung im Krankenhaus weitgehend vorgegeben ist, und gesunden Menschen, die ihre Wohnsituation selbst

gestalten können, auch größere Unterschiede bei der subjektiven Zufriedenheit erwartet. Dass dies nicht der Fall ist, zeigt einmal mehr, dass die subjektive Zufriedenheit eben nicht ausschließlich von den objektiven Bedingungen bestimmt wird.

5.1.2.6 Zusammenfassung

Die Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten in der Klinik wird an einer Stichprobe von $n = 65$ Studienteilnehmern untersucht. Die objektive Lebenssituation der Patienten ist in den verschiedenen Lebensbereichen differenziert zu bewerten und variiert interindividuell stark. Nur wenige Patienten gehen einer regelmäßigen, entlohnten Tätigkeit nach. Trotz verschiedener Freizeitaktivitäten wünscht sich fast die Hälfte der Patienten, mehr zu unternehmen. Die finanzielle Lage der Patienten variiert deutlich zwischen Patienten aus den verschiedenen Institutionen. Der Hälfte der Patienten steht ein monatliches Einkommen von höchstens 347 DM zur Verfügung. Nur ein Zehntel der Patienten wohnt in einem eigenen Zimmer. Rund ein Drittel der Patienten hat keinen oder nur seltener als einmal pro Jahr Kontakt zu Familienangehörigen, 42 % haben keinen »guten Freund«.

Die allgemeine Lebenszufriedenheit liegt knapp über der Mitte der Zufriedenheitsskala und damit im zufriedenen Bereich. Am zufriedensten äußern sich die Patienten, die einer Tätigkeit nachgehen, im Bereich Arbeit; umgekehrt sind die Patienten ohne regelmäßige Tätigkeit am unzufriedensten mit diesem Umstand. Unter den verschiedenen Lebensbereichen wird die persönliche Sicherheit in der Klinik am besten und die eigene finanzielle Lage am schlechtesten beurteilt.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in Bezug auf die subjektive Lebensqualität. Im Vergleich der Lebensqualitätsprofile langzeithospitalisierter Patienten mit Studenten und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen zeigen sich signifikante Unterschiede bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit und in den Bereichen Arbeit, Freizeit, Familie, soziale Kontakte und Gesundheit.

Die psychopathologische Symptomatik, insbesondere die Symptome Angst und Depression korrelieren mäßig hoch mit der Gesamtzufriedenheit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Die aktuelle Hospitalisierungsdauer sowie die kumulierte Gesamtdauer bisheriger stationärer Aufenthalte korrelieren nur niedrig positiv, die Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte negativ und ebenfalls niedrig mit der Summe bereichsspezifischer Zufriedenheiten.

5.1.3 Lebensqualität in der Gemeinde nach der Entlassung

In diesem Abschnitt geht es um die Lebensqualität der Patienten in der Gemeinde. Die Stichprobe ist identisch mit der im letzten Abschnitt untersuchten Gruppe. Wie unter Abschnitt 3.3.2 beschrieben, wurden alle klinikentlassenen Patienten ein Jahr nach ihrem jeweiligen Entlassungstermin erneut untersucht und interviewt. Zunächst werden die einzelnen untersuchten Fragen aufgeführt.

Fragestellung Ib: Lebensqualität in der Gemeinde (Querschnitt)

- In welche Behandlungs- und Betreuungsformen werden die Patienten entlassen?
- Wie sehen konkrete Maßnahmen und Aktivitäten in betreuten Wohnformen aus?
- Wie ist die objektive Lebenssituation der Patienten in der Gemeinde?
- Wie ist ihre subjektive allgemeine und bereichsspezifische Lebensqualität?
- Welche gruppenspezifischen Unterschiede (z. B. nach Diagnosegruppe, Geschlecht, Hospitalisierungsdauer) lassen sich im Hinblick auf die objektive und subjektive Lebensqualität feststellen?
- Welche Variablen beeinflussen die subjektive Lebensqualität?

Vorannahmen:

Vermutet wird, dass die Patienten in sehr unterschiedliche Betreuungsformen entlassen werden und dass den betreuten Wohnformen besondere Bedeutung zukommt. Hinsichtlich der konkreten Maßnahmen der Betreuung gibt es keine Vorannahmen.

In Bezug auf die Lebensqualität klinikentlassener Patienten wird vermutet, dass sowohl die objektive Lebenssituation als auch die bereichsspezifischen subjektiven Zufriedenheiten variieren. Im Bereich Wohnen werden relativ günstige, im Bereich Finanzen relativ ungünstige Zufriedenheiten erwartet.

Hinsichtlich gruppenspezifischer Unterschiede gibt es wiederum keine Vorannahmen. Hinsichtlich der Einflussvariablen gelten die unter Ia getroffenen Vorannahmen (Bedeutung der psychopathologischen Symptomatik) entsprechend.

Im Folgenden wird zuerst die Behandlungs- und Betreuungssituation der Patienten in der Gemeinde beschrieben, anschließend wird auf die Lebensqualität eingegangen.

5.1.3.1 Behandlungs- und Betreuungssituation

Für die Nachbetreuung der Patienten im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt stellt das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem vielfältige Hilfen zur Verfügung, wie sie ausgehend von der *Psychiatrie-Enquete* (DEUTSCHER BUNDESTAG 1975) in den *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung* (BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1988) beschrieben, für Berlin im *Psychiatrie-Entwicklungsprogramm* (SENATSWERKSTÄTTE FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES 1996) konkretisiert und in dieser Arbeit in Abschnitt 1.3.3 dargestellt wurden. Dabei wird jeweils nach unterschiedlichen Funktionen (Behandlung, Pflege, Wohnen, Tagesstrukturierung, Kontaktstiftung/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Arbeit/Beschäftigung, Krisenintervention) differenziert, die wiederum einzelnen Institutionen zugeordnet werden können.

Für die Behandlung psychisch Kranker stehen im ambulanten Bereich niedergelassene Ärzte (in erster Linie Fachärzte für Psychiatrie) und Institutsambulanzen sowie (ärztliche und psychologische) Psychotherapeuten zur Verfügung, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) finanziert werden. Pflegerische Aufgaben werden von Sozialstationen und privaten Pflegestationen im Rahmen des SGB V oder SGB XI übernommen. Eine Betreuung im Wohnbereich findet in Form des betreuten Einzel- oder Gruppenwohnens, therapeutischer Wohngemeinschaften, so genannter Wohnverbände oder sozialtherapeutischer Wohnheime statt, wobei die Finanzierung über die Eingliederungshilfe des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) erfolgt. Maßnahmen zur Tagesstrukturierung und Betreuung werden von Tagesstätten erbracht, die ebenfalls über das BSHG finanziert werden. Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, die durch niedrigschwellige Angebote der Isolation chronisch psychisch Kranker entgegenwirken, werden über Zuwendungen der Kommunen finanziert. Hilfen zur Arbeit und Beschäftigung werden als Rehabilitationsmaßnahmen und durch Werkstätten für Behinderte, Selbsthilfefirmen, Zuverdienstarbeitsplätze und neuerdings auch ambulante Ergotherapie gegeben; die Maßnahmen bzw. Institutionen werden von unterschiedlichen Kostenträgern (Rentenversicherung, GKV, BSHG) übernommen. Hilfen zur Krisenbewältigung werden durch rund um die Uhr tätige Krisenteams (in Berlin: Berliner Krisendienst) zur Verfügung gestellt, die häufig von kommunaler Seite zuwendungsfinanziert werden.

Dieses differenzierte, für den einzelnen Hilfeempfänger jedoch häufig nur schwer überschaubare Versorgungssystem ist in Berlin zu Beginn der 1990er-Jahre und im Zusammenhang mit der geplanten Enthospitalisierung psychisch Kranker weiter expandiert und soll ehemals langzeithospitalisierten Patienten alle nötigen Hilfen zur Verfügung stellen.

Von den 65 Patienten der Stichprobe leben zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t_1) 28 Menschen (43,1 %) in verschiedenen Formen des ambulanten betreuten Wohnens (davon fünf Menschen im betreuten Einzelwohnen, sechs im

betreuten Gruppenwohnen, zehn in therapeutischen Wohngemeinschaften und sieben in speziellen Enthospitalisierungs-Wohnprojekten). Neun Patienten (13,8 %) wohnen in einem sozialtherapeutischen Wohnheim, weitere sechs Patienten (9,2 %) leben in eigener Wohnung und erhalten zusätzlich Einzelfallhilfe, vier Patienten (6,2 %) sind in einer Obdachloseneinrichtung – teilweise mit intensiver sozialpädagogischer Unterstützung – untergebracht. 18 Patienten (27,7 %) wohnen in eigener Wohnung, ohne zusätzliche Betreuung zu erhalten. (Von dieser zuletzt genannten Gruppe der ohne zusätzliche Betreuung Entlassenen haben sieben eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, jeweils fünf eine Abhängigkeits-erkrankung und affektive Störung und jeweils ein Patient eine Angststörung bzw. Störung des Sozialverhaltens.)

18 Patienten (30 %) sind im Zeitraum zwischen der Entlassung aus der Indexuntersuchung und der Nachuntersuchung ein- oder mehrmals erneut stationär aufgenommen worden, und zwar elf Patienten einmal, drei Patienten zweimal und vier Patienten dreimal oder häufiger. Die Dauer der erneuten stationären Behandlungen liegt im Mittel unter einem Monat (range einen halben Monat bis neun Monate). 39 Patienten (60 %) nehmen vom Arzt verordnete Psychopharmaka ein. Über weitere medizinische und soziale Hilfen, die von den Patienten in Anspruch genommen werden, gibt Tabelle 27 Auskunft.

Tab. 27: Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Hilfen nach der Entlassung in die Gemeinde
(n = 65)

<u>Art der Hilfe</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Institutsambulanz	18	28,1
Gespräche beim niedergelassenen Arzt	22	34,4
Psychotherapie (einzeln)	5	7,8
Gruppentherapie/Familientherapie	6	9,4
Tagesklinik	1	1,5
(Alten-)Tagesstätte	2	3,1
Kontaktstelle	6	9,4
Psychiatr. Krisendienst	1	1,5
Besuche durch Sozialpsychiatrischen Dienst	2	3,1
Heilpraktiker	1	1,5
Anonyme Alkoholiker	1	1,5
Selbsthilfegruppe	5	7,8
Patientenclub	3	4,7
Ambulante Ergotherapie	11	17,2
Berufliche Rehabilitationsmaßnahme	2	3,1
Hauspflege	1	1,5
Betreuer nach Betreuungsgesetz (BetrG)	35	54,7

Von den 28 Patienten, die in eine ambulante Wohnbetreuung übergangen, sind zusätzliche Daten zur Betreuungssituation erhoben worden, die im Folgenden dargestellt werden. Die Anwesenheitszeiten der Betreuer im Wohnbereich variieren zwischen einmal pro Woche und siebentägiger Präsenz. In elf Fällen (42,3 %) gibt es nachts eine Rufbereitschaft, in einem Fall eine Schlafwache in der Wohnung. Die Personalschlüssel (Betreuer : Betreuten) variieren ebenfalls stark zwischen 1 : 1,2 und 1 : 12. Der mittlere Tagessatz beträgt 92 DM (*range* 39 DM bis 149 DM). Als Betreuer sind vorwiegend Sozialarbeiter, aber auch vereinzelt Psychologen, Erzieher oder andere Berufsgruppen tätig. Die Betreuungsteams sind häufig aus Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen zusammengesetzt.

Die konkreten Betreuungsmaßnahmen und Aktivitäten, die die Wohnbetreuer durchführen bzw. mit den Bewohnern unternehmen, sind in Tabelle 28 aufgeführt.

Tab. 28: Einzelne Maßnahmen und Aktivitäten im Rahmen der ambulanten Wohnbetreuung
(n = 28)

<u>Maßnahme</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Begleitung zu Ämtern	4	14,8
Begleitung zu Ärzten	6	19,2
Besuch im Café	13	48,1
Kinobesuch	9	33,3
Ausflüge mit Einzelnen	15	55,6
Gruppenunternehmungen	11	40,7
Einkäufe	11	40,7
Kochgruppe	8	29,6
Gruppengespräche	17	63
Angehörigenkontakte	5	18,5
Krisengespräche	13	48,1
Arbeitsplatzbesuche	6	22,2
Hilfe bei Anträgen	16	59,3
Sonstige Aktivitäten	10	37

5.1.3.2 Objektive Lebenssituation

Die objektive Lebenssituation der Patienten nach ihrer Entlassung in der Gemeinde wird im Folgenden differenziert nach den verschiedenen Lebensbereichen dargestellt.

Arbeit/Beschäftigung

Chronisch psychisch kranke Menschen sind den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes häufig nicht gewachsen; viele von ihnen sind aber durchaus in der Lage, in beschützten Arbeitsverhältnissen eine begrenzte Anzahl von Stunden in der Woche zu arbeiten. In unserer Stichprobe gehen 23 Patienten (35,9 %) einer Arbeit bzw. entlohnten Tätigkeit nach, und zwar vier Patienten einer regulären Vollzeit- und zwei Patienten einer regulären Teilzeit-Tätigkeit, drei einer Ausbildung bzw. Umschulung und 14 Patienten einer beschützten Tätigkeit.

Freizeit

In ihrem neuen, »normalen« Lebensumfeld stehen den Patienten mehr Möglichkeiten zur Gestaltung der Freizeit zur Verfügung als im eng umgrenzten Klinikbereich. Allerdings wird von ihnen mehr Eigeninitiative gefordert als in der Klinik, und geringe finanzielle Mittel begrenzen zusätzlich die Wahlmöglichkeiten. Tabelle 29 zeigt Freizeitaktivitäten der Patienten in der Gemeinde.

Tab. 29: Freizeitaktivitäten der Patienten in der Gemeinde (n = 65)

<u>Haben (sind) im letzten Monat ...</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Sport getrieben/eine Sportveranstaltung besucht	27	41,5
ein(e) Gaststätte/Restaurant/Kneipe besucht	44	68,8
im Kino gewesen	25	39,1
einkaufen gewesen	63	96,9
öffentliche Verkehrsmittel benutzt	61	93,8
ferngesehen oder Radio gehört	65	100
den Wunsch, mehr in der Freizeit zu unternehmen	29	45,3

Finanzen

Ihr aktuelles Einkommen bestreiten 33 Patienten (51,6 %) von Sozialhilfe, 17 (26,6 %) von Erwerbsunfähigkeitsrente, vier Patienten (6,3) von Arbeitslosenhilfe, sieben Patienten (10,9 %) von eigenem Lohn/Gehalt und zwei (3,1 %) von Altersrente. Ein Patienten lebt von seinem Erbvermögen. Das monatliche Nettoeinkommen liegt im Mittel bei 822 DM (0–4.000 DM). Neun Patienten sagen, dass im letzten Jahr ein von ihnen gestellter Antrag auf finanzielle Unterstützung abgelehnt worden ist, und 22 Patienten (33,8 %) finden, dass sie zu wenig Geld haben, um im Alltag damit zurechtzukommen.

Wohnen

Die Wohnsituation der Patienten hat sich im Zuge der Entlassung aus der Klinik entscheidend verändert. Vielen Patienten steht nun ein eigenes Zimmer zur Verfügung, das sie nach eigenen Vorstellungen gestalten können. Gleichzeitig sind

die einzelnen Patienten aber zunehmend auf sich allein gestellt und genießen nicht mehr den Schutz des immer verfügbaren Krankenhauses.

Die unterschiedlichen Wohnverhältnisse sind bereits unter Abschnitt 5.1.2.1 (Behandlungs- und Betreuungssituation) thematisiert worden. Folgende Informationen sollen dazu ergänzt werden: 23 Patienten (37,1 %) leben allein, zehn Patienten leben in einer Haushaltsgemeinschaft mit ein oder zwei anderen und weitere 14 Patienten mit drei bis sechs anderen Menschen. Neun Patienten leben – wie bereits erwähnt – in einem Wohnheim und vier in einer Obdachloseneinrichtung. Von denen, die mit anderen in einem Haushalt wohnen, leben drei gemeinsam mit einem (Ehe-)Partner, einer mit Eltern, zwei mit Kindern unter 18 Jahren und die anderen mit nicht verwandten Personen zusammen. 15 Patienten (23,8 %) hatten im letzten Jahr den Wunsch, ihre Wohnsituation zu verändern.

Persönliche Sicherheit

Zwei Patienten (3,1 %) unserer Stichprobe sind im Zeitraum nach der Entlassung aus der Klinik einer Straftat beschuldigt worden und acht Patienten (12,3 %) selbst Opfer einer Straftat geworden. Über die konkreten Tatbestände liegen keine Informationen vor.

Kontakte zur Familie

Mit einer Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus gewinnen Kontakte zur Familie besondere Bedeutung. 26 Patienten (40 %) wünschen sich mehr Kontakte zu ihrer Familie, genauso viele Patienten verneinen diese Frage. Über die Häufigkeit der Kontakte zur Familie gibt Tabelle 30 Auskunft.

Immerhin 58 % der Patienten haben regelmäßig mindestens einmal im Monat Kontakt zu Verwandten oder Familienangehörigen.

Tab. 30: Häufigkeit der Kontakte zu Familienangehörigen nach der Entlassung in die Gemeinde
(n = 65)

<u>Kontakt zu Familienangehörigen</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
täglich	4	6,3
wöchentlich	23	35,9
monatlich	10	15,6
jährlich	9	14,1
seltener als einmal pro Jahr	6	9,4
haben keine Familienangehörigen	12	18,8

Soziale Kontakte

Enthospitalisierungsmaßnahmen können sich auf die sozialen Kontakte der Patienten in unterschiedlicher Weise auswirken: Einerseits können bestehende Freundschaften, die zwischen Patienten während des Aufenthaltes in der Klinik entstanden sind, durch eine räumliche Trennung infolge der Entlassung der Patienten gefährdet werden, andererseits können möglicherweise im veränderten Lebensumfeld der Gemeinde neue soziale Kontakte entstehen. Tabelle 31 zeigt die Ergebnisse zu sozialen Kontakten. Knapp drei Viertel der Patienten haben nach eigener Aussage einen »guten Freund«, gut ein Viertel der Patienten meint, auch ohne Freunde auskommen zu können.

Tab. 31 Kontakte zu Freunden und Bekannten in der Gemeinde (n = 65)

	n	%
können auch ohne Freunde auskommen	16	27,1
haben einen »guten Freund«	46	73,0
haben einen Freund, den sie um Hilfe bitten können	46	73,0
hatten letzte Woche Kontakt zu Freunden/Bekanntem	48	76,2
hatten letzte Woche Kontakt zu Freunden, die »nichts mit der Psychiatrie zu tun haben«	36	57,1

Gesundheit

Mit der Entlassung aus der Klinik ist auch die Sorge um die eigene Gesundheit, das Aufsuchen und Wahrnehmen erforderlicher Arztbesuche sowie die Einnahme der verordneten Medikation in weitaus höherem Ausmaß der Verantwortung des einzelnen Patienten überlassen als vorher in der Klinik. Sofern sich der Patient in einem Betreuungssetting (beispielsweise in ambulanter Wohnbetreuung) befindet, erhält er allerdings auch weiterhin die nötige Unterstützung von Seiten der Betreuer. Tabelle 32 fasst die Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation der Patienten zusammen.

Tab. 32: Gesundheitliche Situation im Jahr nach Klinikentlassung (n = 65)

Sind (haben) im letzten Jahr ...	n	%
wegen körperl. Beschwerden stationär behandelt worden	30	46,9
in ihren Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt gewesen	15	23,4
wegen seelischer Probleme beim Arzt gewesen	47	74,6
wegen seelischer Probleme im Krankenhaus gewesen	21	32,8
Medikamente wegen seelischer Probleme eingenommen	39	60,0
Hilfe vom Arzt gesucht, aber nicht bekommen	9	14,3

Rund 60 % der Patienten nehmen nach eigenen Aussagen Psychopharmaka ein. 14 % meinen, sie hätten im letzten Jahr die gewünschte Hilfe vom Arzt nicht erhalten.

5.1.3.3 Subjektive Lebensqualität

Die subjektive Lebensqualität der Patienten – differenziert nach den verschiedenen Lebensbereichen – zeigt Tabelle 33.

Tab. 33: Subjektive Lebensqualität in der Gemeinde (n = 65)

Zufriedenheit	\bar{x}	s	n
Leben allgemein	4,9	1,7	65
Arbeit/Beschäftigung			
<i>mit der Tätigkeit</i>	5,3	1,6	25
<i>mit der Bezahlung</i>	4,2	1,9	22
<i>damit, ohne Beschäftigung zu sein</i>	4,5	2,1	36
Freizeit	5,2	1,4	64
Finanzen	4,4	1,9	64
Wohnsituation			
<i>allgemein</i>	5,6	1,5	64
<i>damit, lange hier wohnen zu bleiben</i>	5,3	1,5	64
Sicherheit	5,4	1,0	64
Familie	5,0	1,5	51
Soziale Kontakte	4,9	1,4	64
Körperliche Gesundheit	4,6	1,8	64
Seelische Gesundheit	4,5	1,8	63
Gesamtzufriedenheit	4,9	1,1	65

Die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Gesamtzufriedenheit liegen mit 4,9 im Mittel deutlich im zufriedenen Bereich. Am zufriedensten sind die Patienten mit ihrer Wohnsituation und ihrer persönlichen Sicherheit, am unzufriedensten mit der finanziellen Situation.

Zum Vergleich der subjektiven Lebensqualität werden wieder zwei Stichproben von Studenten und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen herangezogen und mit einer 1-faktoriellen Varianzanalyse untersucht. Signifikante Unterschiede finden sich sowohl hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit ($F = 3,5$, $p \leq .05$) als auch hinsichtlich des Summenscores der verschiedenen Bereiche

($F = 3,1, p \leq .05$), wobei Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen die höchste Zufriedenheit zeigen und Patienten die niedrigste.

Abbildung 12 veranschaulicht die Profile für die drei Gruppen.

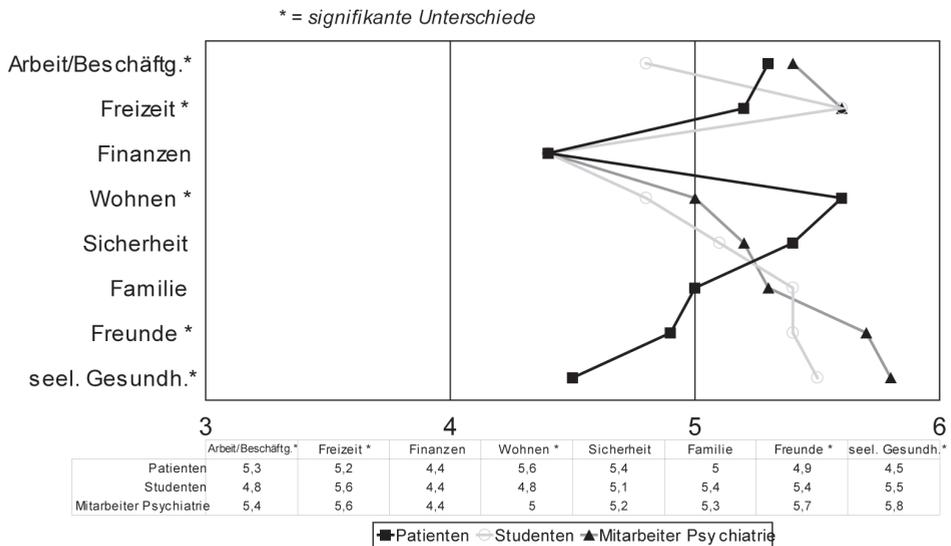


Abb. 12: Lebensqualitätsprofil bei entlassenen Patienten, Studenten und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen

Signifikante Unterschiede sind in den Bereichen Arbeit/Beschäftigung, Freizeit, Wohnen, soziale Kontakte sowie seelische Gesundheit festzustellen. Entlassene Patienten sind am zufriedensten mit ihrer Wohnsituation und ihrer persönlichen Sicherheit, Studenten mit ihrer Freizeit und ihrer seelischen Gesundheit und Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen mit ihrer seelischen Gesundheit und ihren sozialen Kontakten.

5.1.3.4 Unterschiede der Lebensqualität bei verschiedenen Patientengruppen

In diesem Abschnitt wird untersucht, ob sich die Lebensqualität der Patienten geschlechts- oder diagnosespezifisch oder in Abhängigkeit von der stationären Aufenthaltsdauer unterscheidet. Zu diesem Zweck wird die Lebensqualität von Männern und Frauen, Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie (F2 nach ICD 10) und solchen mit anderen Diagnosen sowie von mittelfristig (6–23 Monate) und langfristig (24 Monate und länger) zum Zeitpunkt des Studieneintritts

stationär behandelten Patienten miteinander verglichen und mit *Pearsons Chi-Quadrat* bzw. *t-Tests* auf Signifikanz überprüft.

Geschlechtsspezifische Effekte lassen sich in zwei Bereichen der objektiven Lebensqualität (Familie und soziale Kontakte) feststellen. 70,8 % der Frauen, aber nur 32,1 % der Männer wünschen sich mehr Kontakt zu ihrer Familie ($\chi^2 = 7,7$, $p \leq .01$), und 95,8 % der Frauen, jedoch nur 60,5 % der Männer sagen, sie hätten einen Freund, den sie gegebenenfalls um Hilfe bitten könnten ($\chi^2 = 9,6$, $p \leq .01$). In Bezug auf die subjektive Lebensqualität sind Frauen mit ihren sozialen Kontakten signifikant zufriedener als Männer ($5,3/4,6$; $t = 2,1$, $p \leq .05$).

Hinsichtlich der *Zugehörigkeit zur Diagnosegruppe F2* der ICD 10 (Störungen des schizophrenen Formenkreises) finden sich signifikante Unterschiede im Bereich soziale Kontakte und Gesundheit. 37,1 % der Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie, aber nur 12,5 % der Patienten mit anderen Diagnosen meinen, auch ohne Freunde auskommen zu können ($\chi^2 = 4,4$, $p \leq .05$). 85 % der Schizophrenen, jedoch nur 20,8 % der Patienten anderer Diagnosegruppen nehmen Psychopharmaka ($\chi^2 = 25,9$, $p \leq .000$), und 89,7 % der Schizophrenen gegenüber 50 % der anderen Patienten waren im letzten Jahr wegen seelischer Probleme beim Arzt ($\chi^2 = 12,4$, $p \leq .001$).

Mittelfristig und *langfristig stationär* behandelte Patienten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer objektiven Lebenssituation in zwei Bereichen. 86,4 % der langfristig gegenüber 59,5 % der mittelfristig behandelten Patienten haben im letzten Monat eine Gaststätte oder ein Café besucht ($\chi^2 = 4,8$, $p \leq .05$), und 82,6 % der langfristig gegenüber 48,8 % der mittelfristig stationär behandelten Patienten nehmen Psychopharmaka ($\chi^2 = 7,1$, $p \leq .01$). In Bezug auf die subjektive Lebensqualität zeigen längerfristig behandelte Patienten in drei Bereichen höhere Zufriedenheit: Sie sind zufriedener mit ihrer Freizeit ($5,6/4,9$; $t = -2,1$, $p \leq .05$), ihrer finanziellen Situation ($5,0/4,0$, $t = -2,1$, $p \leq .05$) und dem Umstand, ohne Arbeit/Beschäftigung zu sein ($5,5/4,8$; $t = -2,8$, $p \leq .01$). Auch die Gesamtzufriedenheit liegt bei langfristig behandelten Patienten deutlich höher ($5,3/4,8$; $t = -1,9$, $p \leq .05$).

5.1.3.5 Einflussfaktoren

Als Einflussfaktoren der subjektiven Lebensqualität werden die psychopathologische Symptomatik zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (BPRS Summenscore und Scores für fünf Symptombereiche), das Alter, die aktuelle stationäre Hospitalisierungsdauer zum Zeitpunkt des Studieneintritts der Patienten sowie die Anzahl und Gesamtdauer bisheriger stationärer Behandlungen untersucht und Korrelationen (*Pearsons r*) zur allgemeinen Lebenszufriedenheit und zur Gesamtzufriedenheit berechnet.

Am deutlichsten sind die Zusammenhänge zwischen einer Angst- und Depressions-Symptomatik und den beiden Variablen der subjektiven Lebensqualität. Die Korrelationen zwischen subjektiver Lebensqualität einerseits und Alter, aktueller Hospitalisierungsdauer und Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte andererseits sind signifikant, aber nur gering ausgeprägt. Tabelle 34 zeigt die entsprechenden Ergebnisse.

Tab. 34: Korrelationen zwischen subjektiver Lebensqualität und psychopathologischer Symptomatik, Alter und Hospitalisierungsdauer

	<u>Allg. Lebenszufriedenheit</u>	<u>Gesamtzufriedenheit</u>
<u>Allgemeine Lebenszufriedenheit</u>		.82 **
Psychopathologische Symptomatik		
Summenwert BPRS	-.27 *	-.29 *
Angst/Depression	-.49 **	-.49 **
Anergie	n.s.	n.s.
Denkstörung	n.s.	n.s.
Aktivierung	n.s.	n.s.
Feindseligkeit	n.s.	-.26 *
<u>Alter</u>	.29 *	n.s.
<u>Aktuelle Hospitalisierungsdauer</u>	n.s.	.28 *
<u>Gesamtdauer stationärer Aufenthalte</u>	n.s.	n.s.
Anzahl bisheriger stat. Aufenthalte	n.s.	-.29 *

Pearsons r^{**} $p \leq .01$ * $p \leq .05$ (zweiseitig)
aufgeführt sind nur signifikante Korrelationen

5.1.3.6 Diskussion

In diesem Teil der Arbeit sind die Patienten sozusagen in der Gemeinde angekommen. Die in den vorigen Abschnitten beschriebenen empirischen Befunde zeigen ein differenziertes, im Gesamteindruck recht positives Bild der objektiven Lebensbedingungen (einschließlich der Behandlungs- und Betreuungssituation) und subjektiven Lebensqualität der Patienten.

Die Betreuungssettings, in welche die Patienten entlassen wurden, sind sehr heterogen. Auch die unter dem Begriff ambulante Wohnbetreuung subsumierten Betreuungsformen unterscheiden sich erheblich voneinander, wie die Befunde zur Betreuungintensität (Anwesenheitszeiten, Personalschlüssel etc.) gezeigt haben, so dass eine vergleichende Untersuchung, wie sie im folgenden Abschnitt vorgesehen ist, erschwert wird. Nur relativ wenige Patienten werden in speziel-

len Enthospitalisierungsprojekten betreut, die überwiegende Mehrzahl der hier untersuchten Patienten befindet sich in Betreuungsformen, die allgemein für chronisch psychisch Kranke etabliert wurden. Vier Patienten wohnen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in einer Obdachloseneinrichtung (teilweise mit intensiver sozialpädagogischer Betreuung), das heißt, kein einziger langzeithospitalisierter Patient wurde »auf die Straße« entlassen. Auch wenn man die Ansicht vertreten kann, dass dies immer noch vier Menschen zu viel sind, bleibt festzuhalten, dass die Berliner Situation nicht zu vergleichen ist mit der so genannten »wilden« Enthospitalisierung der 1960er/70er-Jahre in den USA, bei der eine große Gruppe von psychisch Kranken nach der Schließung der Krankenhäuser ohne jede Behandlung oder sonstige Unterstützung buchstäblich auf der Straße landete (siehe beispielsweise FISCHER & BREAKEY 1986).

Bei einer Betrachtung der verschiedenen in Anspruch genommenen medizinischen und sozialen Hilfen fällt auf, dass die ambulante Behandlung häufig von Institutsambulanz übernommen wird. Vermutlich gewährleistet in vielen Fällen die Institutsambulanz derjenigen Klinik, in der ein Patient in stationärer Behandlung war, die ambulante Weiterbehandlung. Dies ist sicherlich auch sinnvoll, wenn man bedenkt, dass gerade bei langzeithospitalisierten Patienten die Kontinuität der Behandlung/Betreuung besonders wichtig ist. Überraschend wenige Patienten erhalten im häuslichen Bereich Unterstützung von Pflegediensten, überraschend viele Patienten nehmen ambulante Ergotherapie in Anspruch. Auch wenn dies nicht explizit erfasst wurde und deshalb keine verlässlichen Zahlen vorliegen, ist davon auszugehen, dass die ambulante Ergotherapie in der Regel von der vorbehandelnden Klinik angeboten wird und insofern auch auf diese Weise ein Stück Betreuungskontinuität realisiert wird.

Bei den Patienten, die in das ambulante betreute Wohnen entlassen wurden, dominieren unter den verschiedenen von den Betreuern durchgeführten Maßnahmen Aktivitäten im Freizeitbereich, Hilfestellung bei sozialhilferechtlichen und sonstigen Antragstellungen sowie Krisengespräche. Demgegenüber nehmen betreuereische und lebenspraktische Maßnahmen im Wohnbereich nur geringeren Raum ein, was zunächst verwundert. Eine Möglichkeit der Interpretation ist, dass die betreuten Bewohner im Wohnbereich weniger Defizite als im Freizeitbereich aufweisen und demzufolge auch in Letzterem mehr Unterstützung erhalten. Eine andere Interpretationsmöglichkeit besteht darin, dass die im Wohnbereich am stärksten vertretene Berufsgruppe der Sozialarbeiter infolge ihrer beruflichen Sozialisation weniger gut dazu befähigt ist, den Fokus auf die Unterstützung ganz konkreter lebenspraktischer Fertigkeiten (putzen, abwaschen, Wäsche waschen, aufräumen etc.) zu stellen und diesen Bereich eher vernachlässigt.

Erstaunlich viele der entlassenen Patienten gehen einer regelmäßigen Arbeit nach, die meisten allerdings lediglich stundenweise in beschützter Tätigkeit. Möglicherweise würden noch mehr ehemals langzeithospitalisierte Patienten von

einer beschützten Tätigkeit profitieren. Zurzeit steht jedoch nur eine sehr begrenzte Anzahl von Arbeitsmöglichkeiten für diese Zielgruppe zur Verfügung. Die Bedeutung der Arbeit für die soziale Integration und Rückfallprophylaxe psychisch Kranker ist inzwischen hinlänglich untermauert (REKER 1998, 1999; REKER & EIKELMANN 1998).

Die erhobenen Informationen zur Freizeitgestaltung der Patienten in der Gemeinde vermitteln ein positives Bild. Nicht beantwortet werden kann aufgrund der vorliegenden Daten, ob es sich in den meisten Fällen um individuelle Freizeitaktivitäten oder um von den Betreuern initiierte, möglicherweise auch organisierte Freizeitaktivitäten handelt.

Mehr als die Hälfte der entlassenen Patienten bestreitet den Lebensunterhalt durch Sozialhilfe, rund ein Viertel durch Erwerbsunfähigkeitsrente. Waren die Patienten in der Klinik vorwiegend mit Mitpatienten zusammen, denen ähnlich geringe finanzielle Mittel zur Verfügung standen, so leben sie jetzt in einem Lebensumfeld mit erwerbstätigen, gesunden Menschen, die in der Regel ein höheres Einkommen haben. Auf diesem Hintergrund wird verständlich, dass die subjektive Zufriedenheit mit der finanziellen Situation im Vergleich zu anderen Lebensbereichen am niedrigsten ausfällt.

In der Fachöffentlichkeit wird gelegentlich im Zusammenhang mit Entospitalisierungsmaßnahmen die Befürchtung geäußert, dass chronisch psychisch Kranke – auch aufgrund einer eventuell eingeschränkten Urteilsfähigkeit – in der Gemeinde einem höheren Gefährdungspotenzial als im beschützten Krankenhausmilieu ausgesetzt sind. Auf der anderen Seite existieren umgekehrt in der breiten Öffentlichkeit Sorgen hinsichtlich möglicher Gefahren, also beispielsweise aggressiver oder tätlicher Handlungen, die von psychisch Kranken ausgehen könnten. Die Befunde der vorliegenden Arbeit bestätigen derartige Befürchtungen nicht.

Die erhobenen Daten zeigen, dass die sozialen Kontakte zur Familie sich auch nach der Entlassung der Patienten als tragfähig erweisen. Ein nicht unbeträchtlicher Prozentsatz (40 %) der Patienten wünscht sich allerdings noch häufigeren Kontakt zur Familie. Inwieweit die betroffenen Familienangehörigen dazu bereit wären, oder ob umgekehrt längerfristig die Erwartungen der Patienten einer Korrektur bedürften, kann hier nicht beurteilt werden.

Auch die sozialen Kontakte außerhalb der Familie tragen vermutlich zur Stabilisierung und sozialen Integration der entlassenen Patienten bei. Dass über die Hälfte von ihnen in der letzten Woche Kontakt zu Freunden hatte, die »nichts mit der Psychiatrie zu tun haben«, spricht dafür, dass keine Ghettoisierung in der Gemeinde stattgefunden hat.

In Bezug auf die subjektive Lebensqualität ist es völlig plausibel, dass die befragten Patienten die höchste Zufriedenheit im Wohnbereich zeigen. Schließlich haben hier die einschneidendsten Veränderungen bzw. Verbesserungen der objektiven Lebenssituation stattgefunden. Überraschend dagegen ist, dass auch die

persönliche Sicherheit sehr positiv bewertet wird; im Allgemeinen wird doch meistens davon ausgegangen, dass ein stationärer Rahmen psychiatrischer Patienten besonders viel Schutz und Sicherheit bietet, wie dies ambulant nicht zu gewährleisten ist.

Der Vergleich der Lebensqualitätsprofile der Patienten mit denen von Studenten und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen zeigt, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit und die bereichsspezifische Zufriedenheit der Patienten in vier Bereichen (Freizeit, Familie, soziale Kontakte, seelische Gesundheit) niedriger ausfällt als die der Referenzgruppen. Signifikant positiver wird jedoch die Zufriedenheit mit der neuen Wohnsituation beurteilt.

Bei der Untersuchung geschlechtsspezifischer Effekte finden sich im Bereich soziale Kontakte sowohl objektiv als auch subjektiv signifikante Unterschiede zugunsten von Frauen. Vermutlich treffen auch für psychisch kranke Frauen empirische Befunde aus der Allgemeinbevölkerung zu, dass Frauen im Vergleich zu Männern größere soziale Kompetenzen aufweisen und möglicherweise Hilfsressourcen des sozialen Netzes besser nutzen können.

Schizophrene Patienten unterliegen krankheitsbedingt einem höheren Risiko des sozialen Rückzugs und der Isolation. Wenn 37 % der schizophrenen Patienten angeben, auch ohne Freunde auszukommen, verdeutlicht dies, dass hierbei auch die subjektiven Einschätzungen der Patienten eine Rolle spielen bzw. diesen Umstand widerspiegeln.

5.1.3.7 Zusammenfassung

Beschrieben werden die Lebens-, Behandlungs- und Betreuungssituation einer Gruppe von $n = 65$ Patienten nach ihrer Entlassung in die Gemeinde. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt leben 43 % der Patienten in ambulanten betreuten Wohnformen, 14 % in einem sozialpädagogischen (Übergangs-)Wohnheim, 9 % in eigener Wohnung mit Einzelfallhilfe, 28 % in eigener Wohnung ohne professionelle Betreuung und 6 % in Obdachloseneinrichtungen. 30 % der Patienten wurden im Zeitraum zwischen Entlassung und Nachuntersuchung erneut ein- oder mehrmals stationär behandelt. 28 % der Patienten sind in Behandlung einer Institutsambulanz, 34 % in Behandlung eines niedergelassenen Arztes. 61 % nehmen Psychopharmaka ein.

Die objektive Lebenssituation lässt sich wie folgt charakterisieren: 36 % der Patienten gehen einer regelmäßigen Tätigkeit nach, davon sind sechs Patienten in regulären Arbeitsverhältnissen beschäftigt. 52 % bestreiten ihren Lebensunterhalt von Sozialhilfe. Das monatliche Nettoeinkommen beträgt durchschnittlich 822 DM. 40 % der Patienten wünschen sich mehr Kontakte zur Familie, 73 % haben einen »guten Freund«.

Die allgemeine Lebenszufriedenheit liegt mit 4,9 im Mittel im zufriedenen Bereich. Am zufriedensten sind entlassene Patienten mit ihrer Wohnsituation und ihrer persönlichen Sicherheit, an unzufriedensten mit der finanziellen Situation. Verglichen mit zwei gesunden Bevölkerungsgruppen (Studenten und Mitarbeiter in der Psychiatrie) sind die Patienten in zwei Bereichen (persönliche Sicherheit, Wohnsituation) zufriedener, in vier Bereichen (Freizeit, Familie, soziale Kontakte, seelische Gesundheit) unzufriedener.

Hinsichtlich gruppenspezifischer Unterschiede wird festgestellt, dass Frauen mit ihren sozialen Kontakten zufriedener als Männer sind. Längerfristig stationär behandelte Patienten zeigen in drei Lebensbereichen größere Zufriedenheit gegenüber mittelfristig stationär behandelten Patienten. Unter den untersuchten Einflussvariablen ist die Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik (und hier insbesondere Angst und Depression) von Bedeutung, die negativ und mäßig hoch mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit korreliert.

5.1.4 Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung

In diesem Abschnitt richtet sich der Blick auf die Veränderung der Lebensqualität im Zuge der Entlassung der Patienten (Längsschnittuntersuchung). Grundlage der Analyse ist wie in den beiden vorangegangenen Abschnitten der Querschnittuntersuchung die Gruppe von $n = 65$ Patienten. Zunächst werden die untersuchungsleitenden Fragen dargestellt.

Fragestellung Ic: Lebensqualität in der Gemeinde (Querschnitt)

- Wie verändert sich die objektive Lebenssituation der Patienten im Zuge der Entlassung?
- Wie verändert sich die subjektive Lebensqualität?
- Lassen sich für Subgruppen entlassener Patienten (Männer vs. Frauen, schizophrene Patienten, Patienten, die in betreute Wohnformen entlassen wurden, mittelfristig vs. langfristig hospitalisierte Patienten) spezifische Verläufe der subjektiven Lebensqualität identifizieren?
- Wie beeinflussen Alter, psychopathologische Symptomatik und Hospitalisierungsdauer den Verlauf der subjektiven Lebensqualität?

Vorannahmen:

Aufgrund vorliegender Befunde anderer Studien (FRANZ et al. 1998; ROPERS 1995) wird eine Verbesserung der objektiven Lebensbedingungen nach einer Enthospitalisierung erwartet. Hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität können aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse verschiedener Enthospitalisierungsstudien (ALBRECHT et al. 1997; FRANZ et al. 1998; ROPERS 1995) keine klaren Erwartungen

formuliert werden. Positive Veränderungen werden am ehesten im Bereich Wohnen (BARRY & ZISSI 1997) angenommen. Hinsichtlich der Verläufe bei Subgruppen und der Wirkung der Einflussvariablen existieren keine Vorannahmen.

5.1.4.1 Objektive Lebenssituation

Die Ergebnisse zu den objektiven Lebensbedingungen werden wie in den vorangegangenen Abschnitten nach Lebensbereichen differenziert dargestellt. Zur Überprüfung statistischer Signifikanz wird der McNemar-Test eingesetzt.

Arbeit

Nach der Entlassung gehen nach eigenen Angaben 25 Patienten (38,5 %) einer regelmäßigen Tätigkeit nach, während dies in der Klinik nur 17 Patienten (26,2 %) taten. Auch wenn das Ergebnis eine statistische Signifikanz verfehlt (*McNemar* $p \leq .11$), sprechen die Zahlen für eine positive Entwicklung.

Freizeit

Tabelle 35 zeigt die Ergebnisse zu Freizeitaktivitäten der Patienten in der Klinik und in der Gemeinde.

Tab. 35: Freizeitaktivitäten der Patienten vor und nach der Entlassung aus der Klinik (n = 65)

<u>Haben (sind) im letzten Monat ...</u>	<u>% t₀</u>	<u>% t₁</u>	<u>McNemar p</u>
Sport getrieben/eine Sportveranstaltung besucht	46,2	41,5	n.s.
ein(e) Gaststätte/Restaurant/Kneipe besucht	64,6	68,8	n.s.
im Kino gewesen	30,8	39,1	n.s.
einkaufen gewesen	87,7	96,9	n.s.
öffentliche Verkehrsmittel benutzt	89,2	93,8	n.s.
ferngesehen oder Radio gehört	93,8	100	a)
den Wunsch gehabt, mehr i. d. Freizeit zu unternehmen	46,2	45,3	n.s.

a) Binomialverteilung konnte nicht berechnet werden, da eine der Variablen eine Konstante ist.

Abgesehen von sportlichen Aktivitäten unternehmen mehr Patienten verschiedene Freizeitaktivitäten nach der Entlassung als während ihres Klinikaufenthaltes. Die gefundenen Unterschiede bewegen sich allerdings im zufälligen Bereich und sind statistisch nicht bedeutsam. Ein nahezu identischer Anteil der Patienten hat vor und nach der Entlassung den Wunsch, mehr in der Freizeit zu unternehmen.

Finanzen

Die finanzielle Situation einiger Patienten hat sich nach der Enthospitalisierung verändert (siehe Tabelle 36): Viele der Patienten erhalten nun statt Taschengeld laufende Hilfe zum Lebensunterhalt vom Sozialamt. Die zeigt sich in einem deutlichen Zuwachs der Patienten, die auf »staatliche Unterstützung« angewiesen sind. Fast unverändert geblieben ist der Anteil der Patienten, die nach eigener Auffassung im Alltag zu wenig Geld zur Verfügung haben.

Das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen stieg von 662 DM auf 822 DM und veränderte sich damit signifikant ($t = -2,6$, $p \leq .01$).

Tab. 36: Finanzielle Situation der Patienten vor und nach der Entlassung aus der Klinik (n = 65)

<u>Bekamen im letzten Jahr ...</u>	<u>% t₀</u>	<u>% t₁</u>	<u>McNemar p</u>
staatliche Unterstützung	47,7	69,0	.05
einen Antrag auf finanz. Unterstützung abgelehnt	6,2	13,8	n.s.
zu wenig Geld, um im Alltag klarzukommen	36,9	33,8	n.s.

Wohnen

Im Lebensbereich Wohnen sind für klinikentlassene Patienten die einschneidendsten Veränderungen eingetreten. In der Klinik mussten sie sich ein Zimmer in der Regel mit zwei bis fünf Mitpatienten teilen, nach der Entlassung steht ihnen meistens ein eigenes Zimmer zur Verfügung. Die verbesserte Wohnsituation zeigt sich indirekt bei der Beantwortung der Frage, ob sie im letzten Jahr daran gedacht haben, die Wohnsituation zu verändern, ohne dass dies jedoch möglich war. 64,6 % der Patienten in der Klinik, aber nur 23,2 % der entlassenen Patienten bejahen diese Frage (McNemar, $p \leq .001$).

Sicherheit

Hinsichtlich der persönlichen Sicherheit ist entgegen mancher von Fachleuten und in der Öffentlichkeit geäußerten Befürchtungen keine Verschlechterung eingetreten. Im Jahr nach der Entlassung wurden nur 3,1% der Patienten im Vergleich zu 15,6 % im Vorjahr in der Klinik beschuldigt, eine Straftat begangen zu haben ($p \leq .05$). Der Anteil der Patienten, die angeben, selbst Opfer einer Straftat geworden zu sein, ist identisch geblieben (12 %).

Familie

Wie Tabelle 37 zeigt, hat sich die Häufigkeit der Kontakte zu Familienangehörigen nicht wesentlich verändert. Ein relativ hoher Anteil der Patienten äußert zu beiden Befragungszeitpunkten den Wunsch nach häufigerem Kontakt zur Familie.

Tab. 37: Kontakte zur Familie vor und nach der Entlassung aus der Klinik (n = 65)

<u>Kontakt zu Familienangehörigen</u>	<u>% t₀</u>	<u>% t₁</u>	<u>McNemar p</u>
täglich	6,2	6,3	n.s.
wöchentlich	35,4	35,9	n.s.
monatlich	21,5	15,6	n.s.
jährlich	4,6	14,1	n.s.
seltener als einmal pro Jahr	10,8	9,4	n.s.
haben keine Familienangehörigen	21,5	18,8	n.s.
möchten mehr Kontakt	40,0	40,0	n.s.

Freunde

Im Unterschied zu Kontakten zur Familie haben sich die sozialen Kontakte der Patienten im Zuge der Entlassung teilweise verbessert (siehe Tabelle 38). Ein deutlich höherer Anteil der Patienten gibt an, einen guten Freund zu haben bzw. einen Freund, den sie gegebenenfalls um Hilfe bitten könnten.

Tab. 38: Soziale Kontakte vor und nach der Entlassung aus der Klinik (n = 65)

<u></u>	<u>% t₀</u>	<u>% t₁</u>	<u>McNemar p</u>
können auch ohne Freunde auskommen	20,0	27,1	n.s.
haben einen »guten Freund«	58,5	73,0	.08
haben einen Freund, den sie um Hilfe bitten können	52,3	73,0	.01
hatten letzte Woche Kontakt zu Freunden/Bekanntem	63,5	76,2	n.s.
hatten letzte Woche Kontakt zu Freunden, die »nichts mit der Psychiatrie zu tun haben«	48,4	57,1	n.s.

Gesundheit

Als Indikatoren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Patienten wurden Fragen nach stationären Behandlungen aufgrund körperlicher Beschwerden, nach vorhandenen Bewegungseinschränkungen, Einnahme von Psychopharmaka und der erhaltenen ärztlichen Hilfe gestellt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 39 dargestellt. Deutliche Veränderungen ergeben sich nicht.

Außerdem werden als Indikatoren die Ausprägung der fremdbeurteilten psychopathologischen Symptomatik und der selbstbeurteilten Beschwerden (Gesamtscore der BPRS/Summenwert der modifizierten Form der Beschwerdenliste von Zerssen) herangezogen. Die subjektiv wahrgenommenen Beschwerden ändern sich im Verlauf nicht (t₀: 24,2, t₁: 25,7). Die psychopathologische Symptomatik verringert sich im Verlauf von 37,9 auf 34,8 (t = 2,5, p ≤ . 01).

Tab. 39: Gesundheitliche Situation der Patienten vor und nach der Entlassung aus der Klinik (n = 65)

<u>Sind (haben) im letzten Jahr ...</u>	<u>% t₀</u>	<u>% t₁</u>	<u>McNemar p</u>
wegen körperl. Beschwerden stationär behandelt worden	51,6	46,9	n.s.
eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten	26,2	23,4	n.s.
Medikamente wegen seelischer Probleme eingenommen	65,6	60,9	n.s.
Hilfe vom Arzt gesucht, aber nicht bekommen	11,3	14,3	n.s.
Subjektive Beschwerden (B-L nach Zerssen)	24,2	25,7	n.s.
Psychopathologische Symptomatik (BPRS)	37,9	34,8	t = 2,5 p ≤ .01

5.1.4.2 Subjektive Lebensqualität

Zur Analyse der Veränderung der subjektiven Lebensqualität werden als globale Indikatoren die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Gesamtzufriedenheit herangezogen, außerdem werden die Zufriedenheiten in den einzelnen Lebensbereichen als Profile dargestellt. Zur Signifikanzüberprüfung wird der t-Test für abhängige Stichproben verwendet.

Nach der Entlassung aus der Klinik sind die Patienten ausnahmslos zufriedener als vorher. Bemerkenswert sind insbesondere Veränderungen der allgemeinen Lebenszufriedenheit (4,3/4,9; t = -3,2, p ≤ .01) und der Gesamtzufriedenheit (4,5/4,9; t = -4, p ≤ .001). Der Verlauf der Zufriedenheit in den einzelnen Lebensbereichen ist in Abbildung 13 dargestellt.

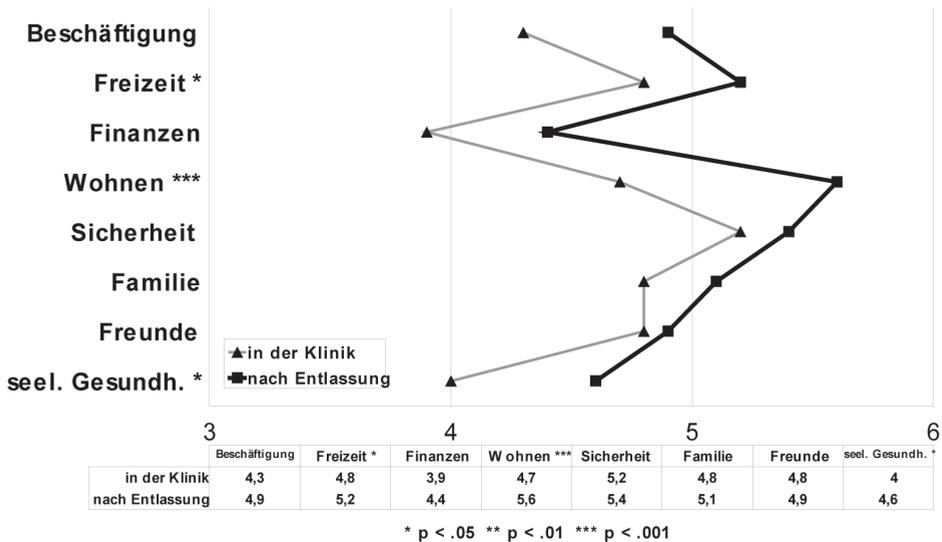


Abb. 13: Verlauf der Lebensqualität vor und nach Klinikentlassung (n = 65)

Unter der Überschrift *Beschäftigung* wird hier (im Unterschied zu den vorangegangenen Abschnitten) nicht die Arbeitszufriedenheit, sondern die Zufriedenheit mit der jeweiligen Beschäftigungssituation subsumiert: Patienten, die einer regelmäßigen Tätigkeit nachgehen, beurteilen ihre Zufriedenheit mit der betreffenden Tätigkeit, Patienten ohne Beschäftigung ihre Zufriedenheit mit dieser Situation. Signifikante Veränderungen finden sich in den Bereichen Freizeit, Wohnen und seelische Gesundheit.

Zur Abschätzung der Teststärke oder *Power* (siehe auch Ausführungen in Abschnitt 3.3.8) sollen an dieser Stelle exemplarisch die jeweiligen Effektgrößen (d) der signifikanten Ergebnisse berechnet werden. Nach COHEN (1988) wird eine Effektgröße zur Prüfung von Mittelwertsunterschieden für abhängige Stichproben nach der Formel $d' = (\mu_1 - \mu_2 / \sigma_D) \cdot \sqrt{2}$ bestimmt, wobei m dem Mittelwert in der Population und σ_D der Streuung der Mittelwertsdifferenzen entspricht. Als beste Schätzung für m und σ_D verwendet man die entsprechenden Stichprobenparameter.

Nach dieser Formel ergibt sich für die *allgemeine Lebenszufriedenheit* eine Effektgröße von $d' = (0,62/1,6) \sqrt{2} = 0,55$ und damit bei vorgegebenem Stichprobenumfang ($n = 65$) für $\alpha = .05$ eine Power von 80 % und für $\alpha = .01$ eine Power von 58 %. Für die *Gesamtzufriedenheit* errechnet man analog eine Effektgröße von $d' = (0,42/0,83) \sqrt{2} = 0,71$. Für $\alpha = .05$ ergibt sich damit eine Power von 98 % und für $\alpha = .01$ eine Power von 91 %. Für die bereichsspezifischen, signifikanten Mittelwertsunterschiede errechnen sich entsprechend folgende Effektgrößen und Power (für $\alpha = .05/\alpha = .01$): *Freizeit* $d' = 0,39$, Power 61 %/36 %. *Wohnen*: $d' = 0,58$, Power 92 %/78 %. *Seelische Gesundheit*: $d' = 0,39$, Power 80 %/36 %. Die Power ist demnach bei einem definierten α -Niveau von .05 für die allgemeine Lebenszufriedenheit, die Gesamtzufriedenheit sowie die bereichsspezifischen Zufriedenheiten mit dem Wohnen und der seelischen Gesundheit hoch. Lediglich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Freizeit ist die Power als gering einzustufen.

5.1.4.3 Verlauf der Lebensqualität bei spezifischen Patientengruppen

In der bisherigen Darstellung wurde der Verlauf der Lebensqualität für die Gruppe entlassener Patienten beschrieben. Möglicherweise wurden dabei Unterschiede des Verlaufs bei Frauen und Männern, Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen, Patienten mit unterschiedlich langer stationärer Aufenthaltsdauer oder Patienten, die in unterschiedliche Betreuungsformen entlassen wurden, übersehen. In diesem Abschnitt wird daher der Verlauf der Lebensqualität bei verschiedenen Patientengruppen differenziert untersucht. Zu diesem Zweck werden als Indikatoren subjektiver Lebensqualität die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Gesamtzufriedenheit mit dem t-Test für abhängige Stichproben untersucht.

Zufriedenheit bei Frauen und Männern

Bei Frauen verbessert sich im Verlauf sowohl die allgemeine Lebenszufriedenheit (3,9/5,1) als auch die Gesamtzufriedenheit (4,5/5,1) signifikant ($t = -4,8$, $p \leq .001$), bei Männern gibt es nur geringfügige Veränderungen (allgemeine Lebenszufriedenheit: 4,6/4,8, n. s.; Gesamtzufriedenheit: 4,6/4,9, n. s.). Vergleicht man die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der Gesamtzufriedenheit bei Männern und Frauen anhand der Differenzwerte (1-faktorielle ANOVA), so finden sich signifikante Unterschiede der Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit ($F = 6,8$, $p \leq .01$).

Zum detaillierten Vergleich zeigen die Abbildungen 14 und 15 den Verlauf der Zufriedenheit differenziert nach Frauen und Männern. Zufriedenheitsveränderungen bei Frauen sind besonders deutlich in den Lebensbereichen, die mit sozialen Kontakten zusammenhängen (Familie und Freunde), sowie im Bereich seelische Gesundheit.

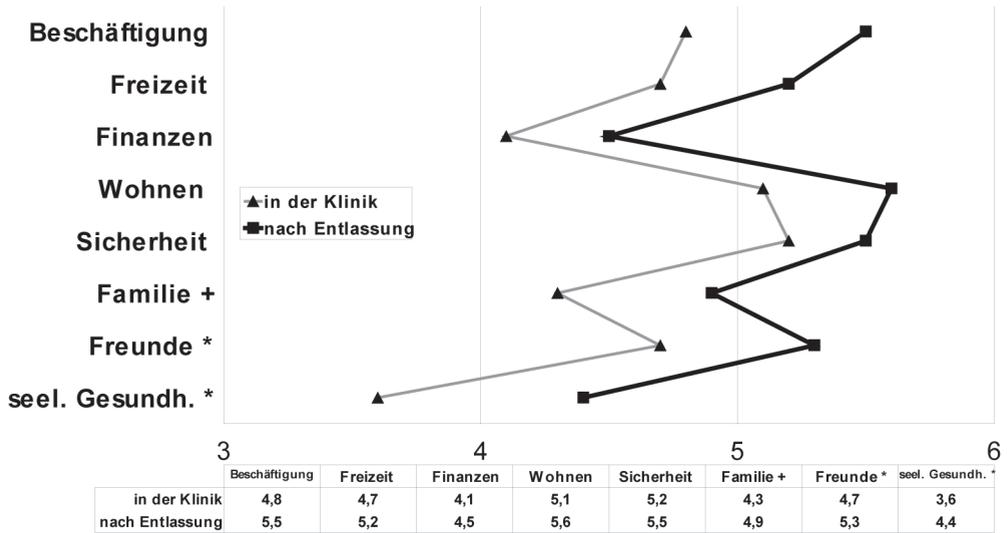
Bei Männern dagegen verbessert sich die Zufriedenheit mit der Wohnsituation am deutlichsten. Die Zufriedenheit mit familiären Beziehungen bleibt unverändert, die Zufriedenheit mit Freundschaftsbeziehungen verringert sich leicht.

Zufriedenheit bei schizophrenen und anderen Patienten

Bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (insgesamt $n = 41$) verbessert sich sowohl die allgemeine Lebenszufriedenheit (4,4/5,2; $t = -3,3$, $p \leq .01$) als auch die Gesamtzufriedenheit signifikant (4,7/5,2; $t = -3,8$, $p \leq .001$), Patienten anderer Diagnosegruppen ($n = 24$) zeigen dagegen keine deutlichen Veränderungen der allgemeinen Lebenszufriedenheit (4,1/4,4; n. s.) oder der Gesamtzufriedenheit (4,3/4,6; $t = -1,8$, $p \leq .10$). Bei einem Vergleich beider Gruppen anhand der Differenzwerte zwischen t_0 und t_1 (1-faktorielle ANOVA) sind die gefundenen Unterschiede allerdings nicht signifikant.

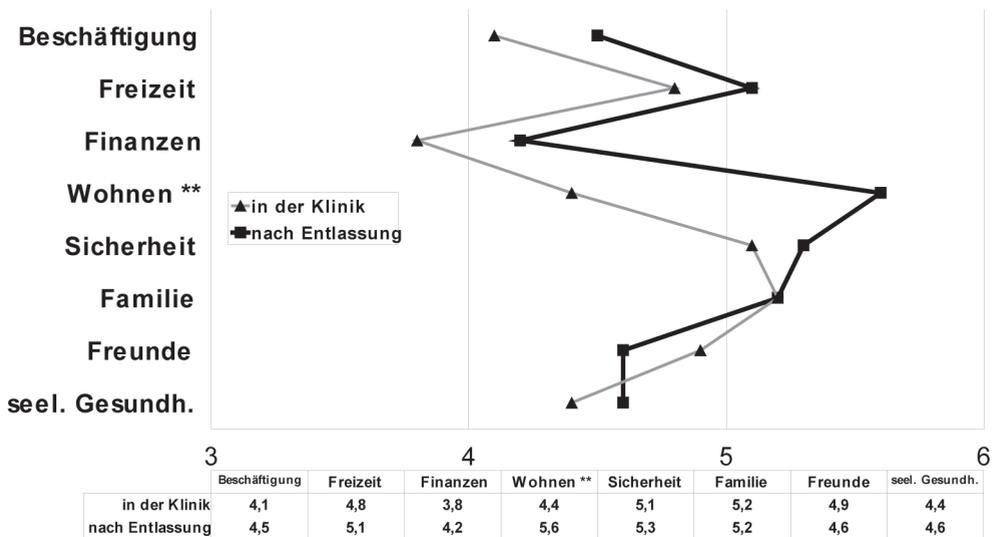
Zufriedenheit bei mittelfristig und langfristig stationär behandelten Patienten

Mittelfristig (6–23 Monate) hospitalisierte Patienten sind nach der Entlassung zufriedener mit ihrem Leben allgemein (4,2/4,7; $t = -2,2$, $p \leq .05$) und insgesamt über alle Lebensbereiche (4,4/4,8; $t = -2,5$, $p \leq .01$). Langfristig (zwei Jahre und länger) hospitalisierte Patienten verbessern ebenfalls ihre Zufriedenheit mit dem Leben allgemein (4,5/5,3; $t = -2,4$, $p \leq .05$) und ihre Gesamtzufriedenheit (4,8/5,3; $t = -4,0$, $p \leq .001$). Auch hier sind im unmittelbaren Vergleich beider Gruppen mit Hilfe einer 1-faktoriellen ANOVA die gefundenen Unterschiede nicht signifikant.



* p < .05 + p < .10

Abb. 14: Verlauf der Lebensqualität bei Frauen vor und nach Klinikentlassung (n = 27)



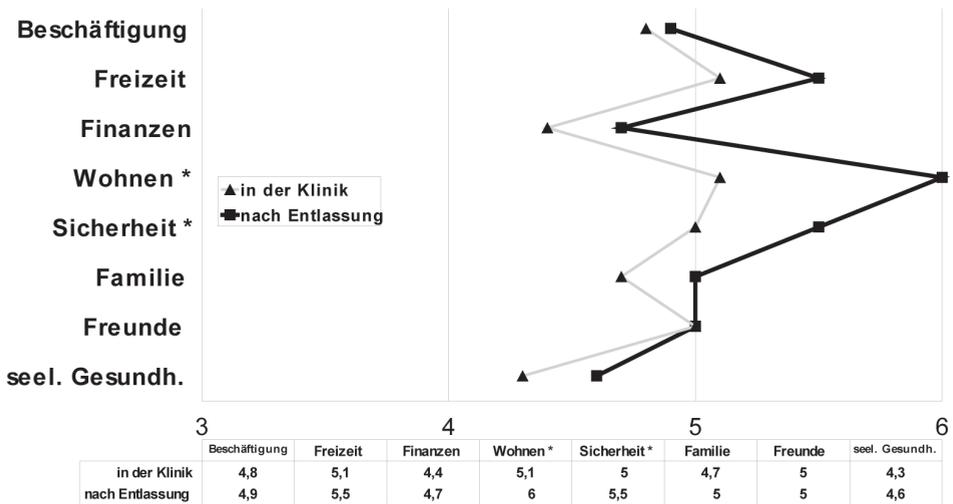
* p < .01

Abb. 15: Verlauf der Lebensqualität bei Männern vor und nach Klinikentlassung (n = 38)

Zufriedenheit bei Patienten, die in betreute Wohnformen bzw. in andere Betreuungssettings entlassen wurden

Patienten, die in betreute Wohnformen entlassen wurden (n = 28), sind nach der Klinikentlassung signifikant zufriedener mit ihrem Leben allgemein (4,5/5,3; t = -2,6, p ≤ .01) sowie über alle Lebensbereiche (4,8/5,1; t = -2,1, p ≤ .05). Auch Patienten, die in andere Betreuungssettings bzw. ohne professionelle Hilfe entlassen wurden, verbessern sich hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit (4,1/4,9; t=-3,2, p ≤ .01) und hinsichtlich der Gesamtzufriedenheit (4,4/5,0; t = -4,5, p ≤ .001). Bei einem Vergleich beider Gruppen anhand der Differenzwerte zwischen t₀ und t₁ (1-faktorielle ANOVA) sind die gefundenen Unterschiede wiederum nicht signifikant. Eine differenzierte Darstellung der Zufriedenheitsprofile zeigen die Abbildungen 16 und 17.

Patienten, die in betreute Wohnformen entlassen wurden, sind nach der Entlassung insbesondere zufriedener mit ihrer Wohnsituation und ihrer persönlichen Sicherheit, während Patienten in anderen Betreuungssettings sich außer mit der Wohnsituation auch mit der Beschäftigungs- und Freizeitsituation sowie ihrer seelischen Gesundheit zufriedener äußern.



* p < .05

Abb. 16: Verlauf der Lebensqualität bei Patienten, die in betreute Wohnformen entlassen wurden (n = 28)

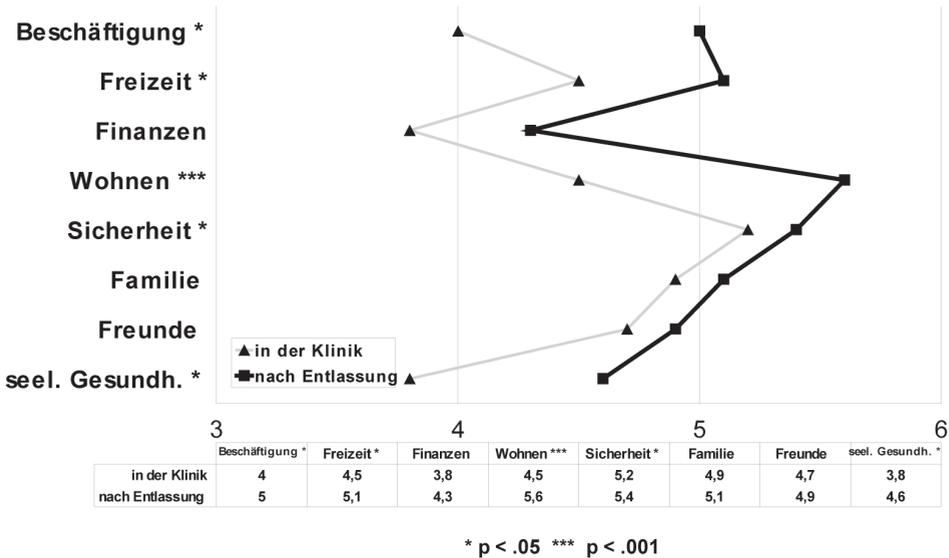


Abb. 17: Verlauf der Lebensqualität bei Patienten, die in andere Betreuungsformen entlassen wurden (n = 33)

5.1.4.4 Einflussfaktoren

Als Einflussfaktoren in Hinblick auf den Verlauf der subjektiven Lebensqualität werden der Verlauf der psychopathologischen Symptomatik, das Alter, die aktuelle Hospitalisierungsdauer sowie die Gesamtdauer und Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte der Patienten untersucht. Als Indikatoren für den Verlauf der psychopathologischen Symptomatik wird die Veränderung des Gesamtsummenwertes bzw. der symptom-spezifischen Summenwerte zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt, als Indikatoren der subjektiven Lebensqualität werden die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der Gesamtzufriedenheit zwischen den Messzeitpunkten herangezogen. Zu diesem Zweck werden ausgehend von den Differenzwerten ($x_{t1} - x_{t0}$) der genannten Indikatoren Korrelationen (*Pearsons r*) berechnet und anschließend auf Signifikanz überprüft. Tabelle 40 zeigt die Ergebnisse hierzu.

Alter und Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit korrelieren positiv miteinander, das heißt mit steigendem Alter gibt es tendenziell größere Veränderungen in Richtung höherer Zufriedenheit. Eine geringere Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik insgesamt geht einher mit größeren (positiven) Veränderungen der Gesamtzufriedenheit. Wie die genauere Analyse zeigt, sind dabei insbesondere die Symptombereiche *Anergie* und *Feindseligkeit* maßgeblich.

Tab. 40: Korrelationen zwischen der Veränderung der subjektiven Lebensqualität und der psychopathologischen Symptomatik, dem Alter und der Hospitalisierungsdauer

	Veränderung der allg. Lebenszufriedenheit	Veränderung der Gesamtaufriedenheit
Veränderung der allgemeine Lebenszufriedenheit	–	.62 **
Veränderung der psychologischen Symptomatik		
Summenwert BPRS	n.s.	-.35 **
Angst/Depression	n.s.	n.s.
Anergie	n.s.	-.30 *
Denkstörung	n.s.	n.s.
Aktivierung	n.s.	n.s.
Feindseligkeit	n.s.	-.29 *
Alter	.43 **	n.s.
Aktuelle Hospitalisierungsdauer	n.s.	n.s.
Gesamtdauer stationärer Aufenthalte	n.s.	n.s.
Anzahl bisheriger stat. Aufenthalte	n.s.	n.s.

Pearsons r^{**} $p \leq .01$ * $p \leq .05$ (zweiseitig)
aufgeführt sind nur signifikante Korrelationen

5.1.4.5 Diskussion

Die objektiven Lebensbedingungen der Patienten haben sich nach der Entlassung aus der Klinik in keinem Lebensbereich verschlechtert. Angesichts vielfältiger Spekulationen und Befürchtungen in der (Fach-)Öffentlichkeit verdient dieses globale Ergebnis noch einmal hervorgehoben zu werden. »Amerikanische Verhältnisse« der 60er-Jahre, das heißt massenhafte, schlecht vorbereitete Entlassungen zahlreicher Patienten mit der Folge einer stark wachsenden Zahl obdachloser psychisch Kranker, die unter miserablen Umständen leben und ohne jede fachliche Behandlung und Betreuung bleiben (MARSHALL & GATH 1992; WASYLENKI et al. 1993), hat es in Berlin nicht gegeben. Sicherlich lassen sich die Verhältnisse in Deutschland Mitte der 90er-Jahre auch nicht mit der Situation in den USA der 60er-Jahre vergleichen, und zwar weder hinsichtlich der Bedingungen im stationären noch im ambulant-komplementären Bereich. Insofern verwundert es nicht, dass die während der Phase der Enthospitalisierung in den USA gemachten Erfahrungen und Fehler sich hierzulande allem Anschein nach nicht wiederholt haben.

Die Verbesserungen der subjektiven Lebensqualität sind zwar in absoluten Werten ausgedrückt nicht sehr groß, aber dennoch bemerkenswert. Geht man

von der Annahme aus, dass mit einem Wechsel der Patienten von der Klinik in ein neues Lebensumfeld in der Gemeinde auch ein Wechsel der Referenzgruppe verbunden ist, die bei der Bewertung der eigenen Zufriedenheit als Vergleichsgröße herangezogen wird, hätte man auch negative Effekte erwarten können. Ein Patient, der seine eigene Lebenssituation in der Klinik mit seinen Mitpatienten und nach der Entlassung mit seinen gesunden Nachbarn vergleicht, könnte möglicherweise unzufriedener als vorher sein. Der intraindividuelle Vergleich (*»Mir geht es besser als früher in der Klinik«*) scheint hier gegenüber dem interindividuellen Vergleich (*»Mir geht es nicht so gut wie meinen gesunden Nachbarn«*) von größerer Bedeutung zu sein. Auf dem Hintergrund der Theorien zur sozialen Urteilsbildung (SCHWARZ und STRACK 1991; TVERSKY & GRIFFIN 1991) kann die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität auch im Sinne von Kontrasteffekten verstanden werden. Danach wirken die ungünstigen Begleitumstände eines stationären Aufenthaltes als Negativfolie, vor der sich die veränderten Lebensbedingungen in der Gemeinde desto positiver abheben. Möglicherweise haben interindividuell auch ganz unterschiedliche Wirkmechanismen stattgefunden, die bei einer Analyse der Mittelwerte der Zufriedenheiten nicht abgebildet werden.

Die Veränderung der subjektiven Lebensqualität kann allgemein als generalisierter Effekt beschrieben werden: Die positive Veränderung zeigt sich ausnahmslos über alle Lebensbereiche. In der Abbildung der Lebensqualitätsprofile über die Zeit wirkt der Veränderungseffekt wie eine nahezu parallele Verschiebung in Richtung zum positiven Pol der Zufriedenheitsskala. Die Tatsache eines generalisierten Effektes ist sicherlich das wesentlichste Ergebnis, das vor einer Diskussion der Einzelbefunde herausgehoben werden soll.

Internationale Studien mit prospektivem Design (BARRY & CROSBY 1996; GIBBONS & BUTLER 1987; LEFF et al. 1996; OKIN & PEARSALL 1993) haben gezeigt, dass sich die subjektive Lebensqualität psychiatrischer Langzeitpatienten nach einer Entlassung in die Gemeinde verbessern kann. Im Vergleich mit Befunden anderer deutscher Enthospitalisierungsstudien sind die eigenen Ergebnisse recht positiv zu bewerten. So fanden FRANZ et al. (1998) ein Jahr nach der Entlassung keine signifikanten Veränderungen der subjektiven Lebensqualität und ALBRECHT et al. (1997) nach demselben Zeitraum sogar signifikante Verschlechterungen der Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen (z. B. Freizeit, Finanzen, Partnerschaft). Allerdings wurden die Patienten in der zuletzt genannten Studie von Albrecht et al. nicht tatsächlich aus der Klinik entlassen, sondern lediglich »intern enthospitalisiert«, das heißt auf Stationen mit höheren Anforderungen an die Selbstständigkeit der Patienten und in Wohngruppenverbände auf dem Klinikgelände verlegt. Aus diesem Grund sind die negativen Ergebnisse leicht erklärbar und nur schwer vergleichbar mit den Befunden der eigenen Studie. Lediglich ROPERS et al. (1997) konstatieren Verbesserungen der subjektiven Zufriedenheit

in drei Lebensbereichen (Beschäftigungssituation, Alltagsaktivitäten und familiäre Kontakte).

In methodischer Hinsicht ist immer dann, wenn die bereichsspezifischen Zufriedenheiten mittels t-Tests für abhängige Stichproben einzeln auf Signifikanz überprüft werden, die Gefahr der Kumulation eines α -Fehlers zu berücksichtigen. Aus diesem Grund wurden bei der statistischen Analyse des Verlaufs der subjektiven Lebensqualität zunächst immer die Globalindikatoren (allgemeine Lebenszufriedenheit und Summenscore über alle Bereiche) herangezogen und erst im zweiten Schritt (wenn dort signifikante Unterschiede festgestellt wurden), die bereichsspezifischen Zufriedenheiten im Einzelnen untersucht. Um diese Gefahr zu vermeiden, wird an späterer Stelle der Arbeit (Abschnitt 5.2) eine andere Vorgehensweise, nämlich ein multivariater Ansatz gewählt.

Die bedeutsamsten Veränderungen der subjektiven Lebensqualität in Einzelbereichen finden sich hinsichtlich der Wohnsituation, der Freizeit und der seelischen Gesundheit. Die Veränderung der subjektiven Zufriedenheit mit der Wohnsituation ist unmittelbar plausibel, wenn man bedenkt, dass in diesem Lebensbereich für die Patienten tatsächlich die einschneidendsten Veränderungen im Zuge einer Entlassung stattgefunden haben. BARRY & CROSBY (1996) finden in ihrer Längsschnittstudie an 29 Patienten als einzige signifikante Veränderung nach einer Klinikentlassung eine höhere Zufriedenheit mit der Wohnsituation. Dieser Lebensbereich scheint zumindest im Rahmen von Enthospitalisierungsstudien ein besonders sensibler Indikator für Zufriedenheitsveränderungen zu sein. Die größere Zufriedenheit mit der Freizeitsituation kann auch mit einem Zuwachs an Autonomie in Bezug auf die selbstständige Gestaltung eines Tagesablaufs und eigener Aktivitäten interpretiert werden. Die höhere Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit geht einher mit einer geringeren Ausprägung der aktuellen fremdbeurteilten psychopathologischen Symptomatik und ist insofern ebenfalls plausibel.

Hinsichtlich unterschiedlicher Verläufe der subjektiven Lebensqualität bei Subgruppen ist insbesondere der Unterschied zwischen Frauen und Männern bemerkenswert. In den deutschen Wohlfahrtssurveys der 1980er-Jahre (GLATZER & ZAPF 1984) werden Frauen als das »unzufriedene Geschlecht« bezeichnet, in der psychiatrischen Lebensqualitätsforschung finden sich vereinzelt entgegengesetzte (Frauen begünstigende) empirische Befunde (RÖDER-WANNER & PRIEBE 1995). In der vorliegenden Arbeit verbessert sich bei Männern lediglich die Zufriedenheit mit der Wohnsituation, während Frauen in den Lebensbereichen, die mit sozialen Kontakten einhergehen (Familie, Freunde und Bekannte), positive Veränderungen zeigen. Offenbar können Frauen, deren Rolle traditionellerweise besonders eng mit den Bereichen Familie und soziale Kontakte verknüpft ist, von der veränderten Lebensform und einer Reduzierung der institutionalisierten Form der Hilfe in besonderer Weise profitieren. Einschränkend muss in methodischer Hinsicht erwähnt werden, dass Männer in den beiden zuletzt genannten Lebens-

bereichen bereits zu t_0 höhere Ausgangswerte hatten, so dass der Spielraum für Veränderungen bei ihnen kleiner war als bei Frauen.

Schizophrene Patienten profitieren hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität mehr als Patienten anderer Diagnosegruppen von einer Entlassung aus der Klinik. Dass dies nicht nur ein Effekt der Hospitalisierungsdauer ist, konnte bei einem Vergleich zwischen mittelfristig und langfristig stationär behandelten Patienten gezeigt werden, da beide Gruppen im Verlauf ihre Zufriedenheit verbessern. Da schizophrene Patienten die größte Gruppe unter den langzeithospitalisierten Patienten darstellen, ist dieses Ergebnis auch von praktischer Relevanz.

Settingspezifische Verläufe lassen sich nur in Ansätzen konstatieren. Patienten, die in betreute Wohnformen entlassen wurden, sind lediglich in zwei Lebensbereichen (Wohnen und Sicherheit) zufriedener als vorher, während die übrigen Patienten ihre Zufriedenheit sogar in vier Bereichen (Beschäftigung, Freizeit, Wohnen, seelische Gesundheit) verbessern. Aus einer kritischen Position heraus könnte man vermuten, dass sich die von den Wohnbetreuern durchgeführten Maßnahmen und Aktivitäten zu selten auf die Lebensbereiche richten, in denen keine Zufriedenheitsveränderungen festzustellen sind (Freizeit, Familie, Freunde). Umgekehrt formuliert: Größere Bemühungen von Seiten der Betreuer in den genannten Bereichen könnten eventuell zu weiteren Verbesserungen der Zufriedenheit bei den Patienten führen. Auf der anderen Seite muss angemerkt werden, dass bei der Patientengruppe, die nicht in betreute Wohnformen entlassen wurde, über die Hälfte in eigener Wohnung ohne zusätzliche fachpsychiatrische Betreuung lebt, sodass der Gedanke nahe liegt, es handle sich bei diesen um die weniger ernsthaft kranken Patienten, die in ein noch existierendes soziales Umfeld integriert werden konnten.

Hinsichtlich der untersuchten Einflussvariablen ist es überraschend, dass (im Unterschied zu den Ergebnissen der Querschnittsuntersuchungen) für den Verlauf der subjektiven Lebensqualität nicht die Symptome Angst und Depression, sondern vielmehr die Symptomkomplexe *Feindseligkeit* und *Anergie* von Bedeutung sind. Wie dieses Ergebnis im Einzelnen interpretiert werden kann, ist unklar. Möglicherweise erhalten depressiv-ängstliche Patienten von Seiten der Betreuer mehr Zuwendung und Aufmerksamkeit als Patienten mit feindseligem Verhalten, bei denen die Beziehungsgestaltung schwieriger ist und die eine enge Betreuung vielleicht sogar abwehren. Als Folge einer intensiven Zuwendung könnten ängstlich-depressive Patienten dann eine größere Zufriedenheit entwickeln, während Patienten mit feindseligem Verhalten sich nicht verbessern. Eine andere Interpretationsmöglichkeit wäre, dass für die Bewältigung der Alltagsanforderungen in der Gemeinde die Symptomkomplexe Feindseligkeit und Anergie von größerer Bedeutung sind als Angst/Depression, und dass vermittelt über erfolgreiche vs. erfolglose Alltagsbewältigung auch mehr oder weniger große Veränderungen der Zufriedenheit stattfinden. Ebenfalls überrascht das Ergeb-

nis, dass mit steigendem Alter größere Veränderungen der allgemeinen Lebenszufriedenheit einhergehen. Beide beschriebenen Ergebnisse sind nach meinem Kenntnisstand in der Lebensqualitätsforschung bisher noch nicht berichtet worden.

Unter den verschiedenen Einzelbefunden zur objektiven Lebenssituation überrascht die Tatsache, dass nach der Entlassung deutlich mehr Patienten einer regelmäßigen Tätigkeit nachgehen als vorher. Die Etablierung und Finanzierung der ambulanten Arbeitstherapie – auch wenn diese zurzeit noch vorwiegend im stationären Bereich, das heißt von Krankenhäusern für die eigenen, ehemaligen Patienten angeboten wird – sowie die Initiierung spezieller Arbeitsprojekte für psychisch Kranke haben zu dieser positiven Entwicklung beigetragen. So stieg die Anzahl der Zuverdienstprojekte und Integrationsfirmen von 65 im Jahr 1990 (SEYFRIED 1990) auf 241 im Jahr 2000 (FAF – FACHBERATUNG FÜR ARBEITS- UND FIRMENPROJEKTE 2000). Auch weiterhin wird für die nähere Zukunft ein großer Bedarf an beschützten, auf die Fähigkeiten und Bedürfnisse chronisch psychisch kranker Menschen zugeschnittenen Arbeitsplätzen gesehen (SCHNEIDER 2001).

In Bezug auf die Häufigkeit der Ausübung verschiedener Freizeitaktivitäten scheint sich unter dem Strich für die meisten Patienten nicht viel geändert zu haben. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass in einigen Kliniken die Freizeitangebote bereits zahlreich und vielfältig vorhanden waren und insofern eine Verbesserung im Rahmen der nachstationären Betreuung nur begrenzt möglich war. Zudem ist gerade bei chronischen Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis wegen einer ausgeprägten Negativsymptomatik sowie einer Gefahr der Überforderung nicht eine Vielzahl unterschiedlicher Freizeitaktivitäten, sondern eher der Aufbau einer verlässlichen und klar gegliederten Tagesstruktur sinnvoll.

Absolut betrachtet ist das monatliche Nettoeinkommen der Patienten nach der Klinikentlassung höher als vorher. Andererseits bestreiten die meisten Patienten ihren Lebensunterhalt durch Sozialhilfe oder eine nur geringfügig höhere Erwerbsunfähigkeitsrente und erleben im Vergleich mit gesunden, erwerbstätigen Menschen in unserer Gesellschaft, dass die eigenen finanziellen Möglichkeiten doch sehr begrenzt sind. Dass sich dies subjektiv nicht in einer größeren Unzufriedenheit mit der finanziellen Situation niederschlägt, ist erstaunlich. Möglicherweise wird ungeachtet objektiv schlechter finanzieller Ressourcen der Schritt vom Taschengeld-Empfänger zum selbstständigen Bezieher von Sozialhilfe im Hinblick auf den Zuwachs an Autonomie positiv erlebt.

Hinsichtlich des Verlaufs der sozialen Kontakte ergibt sich ein differenziertes Bild. Die Kontakthäufigkeit zur Familie verändert sich nicht. Anscheinend konnten diejenigen Patienten, die während ihres stationären Aufenthaltes regelmäßige Kontakte zur Familie hatten, diese Kontakte auch nach der Entlassung weiterführen, während die Patienten, die während ihres Klinikaufenthaltes nur selten

oder gar keinen Kontakt mehr zu Familienangehörigen hatten, diese Kontakte auch nach ihrer Entlassung nicht wiederherstellen bzw. intensivieren konnten. Dagegen gibt es Anzeichen, dass sich sowohl die Quantität als auch die Qualität der sozialen Kontakte zu Freunden und Bekannten verbessert haben. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung haben deutlich mehr Patienten einen »guten Freund« oder sogar einen Freund, der gegebenenfalls um Hilfe gebeten werden kann, als zu t_0 . Dies kann so interpretiert werden, dass in der Klinik existierende Freundschaftsbeziehungen durch die Entlassung nicht auseinander gebrochen sind, und dass vielmehr zusätzlich in dem neuen Lebensumfeld weitere Freundschaften entstanden sind. Ein enger Zusammenhang zwischen sozialen Kontakten und Lebensqualität bei psychisch Kranken wird im Übrigen auch durch eine qualitative Studie belegt (ANGERMEYER, HOLZINGER & MATSCHINGER 1999).

5.1.4.6 Zusammenfassung

Der Verlauf der Lebensqualität zwischen t_0 (in der Klinik) und t_1 (nach der Entlassung in die Gemeinde) wird an der in den beiden vorangegangenen Abschnitten bereits beschriebenen Gruppe von $n = 65$ Patienten untersucht. Im Vergleich zu vorher gehen nach der Entlassung aus der Klinik mehr Patienten einer regelmäßigen Tätigkeit nach. Das durchschnittliche Nettoeinkommen der Patienten erhöht sich um rund 160 DM, wobei der Anteil der Sozialhilfe-Empfänger unter den Patienten ansteigt. Die Anzahl der Patienten, die im Vorjahr einer Straftat beschuldigt wurden, verringert sich deutlich, die Anzahl der Patienten, die Opfer einer Straftat gewesen waren, bleibt konstant. Hinsichtlich der familiären Kontakte gibt es keine Veränderungen, während soziale Kontakte zu Freunden zunehmen. Die mittlere Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik verringert sich signifikant.

Subjektiv verbessert sich die allgemeine Lebenszufriedenheit und der Summenscore über alle bereichsspezifischen Zufriedenheiten. In den einzelnen Lebensbereichen erhöht sich die Zufriedenheit mit den Freizeitaktivitäten, der Wohnsituation und der seelischen Gesundheit. Signifikante Unterschiede finden sich zwischen Frauen und Männern, wobei Frauen in mehr Bereichen (insbesondere Familie und soziale Kontakte) positive Veränderungen zeigen. Schizophrene Patienten profitieren hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität im Vergleich zu Patienten anderer Diagnosegruppen deutlich mehr von der erfolgten Enthospitalisierung. Patienten, die in betreute Wohnformen entlassen werden, verbessern insbesondere ihre Zufriedenheit mit der Wohnsituation und der persönlichen Sicherheit, während Patienten in anderen Entlassungssettings zufriedener mit der Beschäftigungssituation, ihrer Freizeit, Wohnsituation und der seelischen Gesundheit sind. Als Einflussvariablen sind für den Verlauf der subjektiven Lebensqualität

das Alter und die psychopathologische Symptomatik, hier insbesondere die Symptombereiche Anergie und Feindseligkeit maßgeblich.

5.1.5 Einflussfaktoren, Zusammenhänge und Prädiktion

In den folgenden Abschnitten wird zunächst der spezifische Effekt der Einflussvariablen in Hinblick auf die subjektive Lebensqualität im Querschnitt zu beiden Messzeitpunkten sowie im Verlauf rekapituliert. Anschließend wird der Zusammenhang zu weiteren subjektiven Parametern (Beschwerden, Behandlungsbewertung) untersucht, und schließlich geht es um die Prädiktion von Lebensqualität. Zunächst sind die einzelnen Untersuchungsfragen aufgeführt.

Fragestellung II: Einflussvariablen, Zusammenhänge, Prädiktion

- Wie wirken sich die in Hinblick auf die subjektive Lebensqualität untersuchten Einflussvariablen (Alter, psychopathologische Symptomatik, Hospitalisierungsdauer) zu t_0 , zu t_1 sowie im Verlauf aus?
- Welche Zusammenhänge gibt es zwischen subjektiver Lebensqualität und weiteren subjektiven Parametern wie Beschwerden und Behandlungsbewertung der Patienten?
- Lässt sich die subjektive Lebensqualität mit Hilfe subjektiver und objektiver Variablen prädictieren?

Vorannahmen:

In Bezug auf eine mögliche differenzielle Wirkung der untersuchten Einflussvariablen auf die subjektive Lebensqualität zu t_0 und t_1 und im Verlauf existieren keinerlei Vorannahmen.

Zwischen subjektiver Lebensqualität und Behandlungsbewertung wird ein positiver, zwischen subjektiver Lebensqualität und Beschwerden ein negativer Zusammenhang vermutet.

In Bezug auf die Prädiktion der subjektiven Lebensqualität wird erwartet, dass sowohl die psychopathologische Symptomatik als auch die vorangegangene (aktuelle und kumulierte) Hospitalisierungsdauer von Bedeutung sein können.

5.1.5.1 Einflussfaktoren und subjektive Lebensqualität im Querschnitt und im Verlauf

Die in Hinblick auf die subjektive Lebensqualität relevanten Einflussvariablen *Alter*, *psychopathologische Symptomatik* und *Hospitalisierungsdauer* sind bereits im Rahmen der Querschnittsuntersuchung (Abschnitte 5.1.2.4 und 5.1.3.5) und im Rahmen der Verlaufsbeschreibung (Abschnitt 5.1.4.4) untersucht worden. An

dieser Stelle werden deshalb lediglich die Ergebnisse im vergleichenden Überblick in Erinnerung gerufen.

Wie Tabelle 41 zeigt, ist der Effekt der Einflussvariablen zu t_0 und t_1 sehr ähnlich, Unterschiede sind lediglich in der Stärke des Zusammenhangs ersichtlich. Anders verhält es sich bei der Betrachtung des Verlaufs: Zwischen der Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit auf der einen und der Veränderung der psychopathologischen Symptomatik und der Hospitalisierungsdauer auf der anderen Seite gibt es keinen linearen Zusammenhang, lediglich zum Alter findet sich eine signifikante Korrelation.

Tab. 41: Korrelationen zwischen subjektiver Lebensqualität und psychopathologischer Symptomatik, Alter und Hospitalisierungsdauer zu t_0 , t_1 und im Verlauf

	Allgemeine Lebenszufriedenheit			Gesamtzufriedenheit		
	t_0	t_1	Verlauf	t_0	t_1	Verlauf
Allgemeine Lebenszufriedenheit				.72 ***	.82 **	.62 **
Psychopathologische Symptomatik						
Summenwert BPRS	-.25 *	-.27*		-.42***	-.29 *	-.35 **
Angst/Depression	-.54***	-.49**		-.56 ***	-.49 **	
Anergie						-.30 *
Denkstörung						
Aktivierung						
Feindseligkeit				-.33 **	-.26 *	-.29 *
Alter		.29 *	.43 **			
Aktuelle Hospitalisierungsdauer				.33 **	.28 *	
Gesamtdauer stationärer Aufenthalte				.27 *		
Anzahl bisheriger stat. Aufenthalte				-.28 *	-.29 *	

Pearsons r , *** $p \leq .001$ ** $p \leq .01$ * $p \leq .05$ (zweiseitig)
aufgeführt sind nur signifikante Korrelationen

In Bezug auf den Verlauf der Gesamtzufriedenheit (definiert als die Summe aller bereichsspezifischen Zufriedenheiten) finden sich signifikante, aber nicht sehr stark ausgeprägte Korrelationen zu einer Veränderung der psychopathologischen Symptomatik. Die Symptomkomplexe *Anergie* und *Feindseligkeit* gewinnen an Bedeutung, während der Symptomkomplex *Angst/Depression* keine wesentliche Rolle spielt.

5.1.5.2 Zusammenhänge mit weiteren subjektiven Parametern: Nutzerzufriedenheit und subjektive Beschwerden

Im Folgenden wird untersucht, ob zwischen der Ausprägung der subjektiven Lebensqualität und weiteren subjektiven Parametern wie der Zufriedenheit der Patienten mit der aktuellen Behandlung/Betreuung und ihren aktuellen subjektiven Beschwerden Zusammenhänge festzustellen sind. Zu diesem Zweck werden bivariate Korrelationen (nach *Pearson*) berechnet und auf Signifikanz überprüft.

Die *Nutzerzufriedenheit*¹⁶ (GRUYTERS & PRIEBE 1992; GRUYTERS & PRIEBE 1994; PRIEBE & GRUYTERS 1995) mit der Behandlung (im stationären Rahmen) bzw. Betreuung (in der Gemeinde) wird hier in ähnlicher Weise wie die subjektive Lebensqualität als kognitive Komponente und im Sinne einer sozialen Urteilsbildung verstanden (siehe auch PRIEBE et al. 1995). Es liegt deshalb nahe, zwischen subjektiver Lebensqualität und Nutzerzufriedenheit gleichgerichtete Zusammenhänge anzunehmen. Vermutet wird demnach, dass mit steigender subjektiver Lebensqualität auch die Zufriedenheit mit der Behandlung/Betreuung wächst.

Für die von den Patienten selbst beurteilten *Beschwerden* – erfasst mit einer kombinierten Form der *von Zerssen Beschwerdenliste* (CIPS 1986) – wird dagegen analog zur fremdbeurteilten psychopathologischen Symptomatik ein entgegengerichteter Zusammenhang zur subjektiven Lebensqualität vermutet. Mit anderen Worten: Bei steigenden subjektiven Beschwerden wird eine abnehmende subjektive Lebensqualität angenommen. Tabelle 42 zeigt die Korrelationsmatrix für beide Parameter.

Die Vorannahmen hinsichtlich der Richtung des Zusammenhangs zwischen subjektiver Lebensqualität und Nutzerzufriedenheit sowie subjektiven Beschwerden wurden bestätigt. In Bezug auf die Nutzerzufriedenheit lassen sich drei Feststellungen treffen: Der Zusammenhang zeigt sich deutlicher zur Gesamtzufriedenheit als zur allgemeinen Lebenszufriedenheit, im Querschnitt deutlicher als im Verlauf und zu t_1 deutlicher als zu t_0 . Auf Itemebene ist der Zusammenhang zur Nutzerzufriedenheit besonders deutlich bei Item 4 (*Glauben Sie, dass Sie hier die für Sie richtige Medikation erhalten?*), Item 7 (*Ist die bisherige Behandlung hier für Sie hilfreich gewesen?*) und Item 2 (*Fühlen Sie sich von Ihrem Therapeuten verstanden und setzt er sich für Sie ein?*).

In Bezug auf die subjektiven Beschwerden zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang lediglich im Querschnitt, nicht aber im Verlauf.

16 Der Begriff *Nutzerzufriedenheit* wird hier synonym zu dem von den Autoren selbst verwendeten Begriff der *Behandlungsbewertung* verwendet.

Tab. 42: Korrelationen zwischen subjektiver Lebensqualität, Nutzerzufriedenheit und subjektiven Beschwerden

Nutzerzufriedenheit/Beschwerden	Allg. Lebenszufriedenheit			Gesamtzufriedenheit		
	t_0	t_1	Verlauf ^a	t_0	t_1	Verlauf ^a
Summenscore Nutzerzufriedenheit	.30 *	.39 **		.40 ***	.55 ***	.44 ***
Summenscore subjektive Beschwerden	-.54 **	-.42 **		-.68 **	-.37 **	
Einzelitems Nutzerzufriedenheit						
Findet Behandlung/Betreuung richtig	.33 **			.48 **	.37 **	
Fühlt sich vom Therapeuten verstanden		.29 *			.49 **	.35 *
Umgang mit anderen Mitarbeitern					.33 *	
Findet Medikation richtig		.36 *			.58 **	.43 **
Findet sonstige Angebote richtig						
Fühlt sich geachtet und respektiert		.30 *		.39 **	.46 **	.37 **
Findet Behandlung/Betreuung hilfreich	.32 *	.48 **		.36 **	.52 **	.39 **

^a verwendet wurden jeweils die Differenzwerte $x_{t_1} - x_{t_0}$
 Pearsons r, ** $p \leq .01$ * $p \leq .05$ (zweiseitig)
 aufgeführt sind nur signifikante Korrelationen

5.1.5.3 Vorhersage subjektiver Lebensqualität

In diesem Abschnitt wird der Versuch unternommen, die subjektive Lebensqualität anhand von verschiedenen Variablen vorherzusagen. Im ersten Schritt wird eine Prädiktion vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt unternommen, das heißt die subjektive Lebensqualität zu t_1 soll anhand der subjektiven Lebensqualität zu t_0 und anhand von zwei weiteren, objektiven Variablen vorhergesagt werden. Im zweiten Schritt geht es darum, inwieweit die subjektive Lebensqualität zu t_1 anhand verschiedener subjektiver und objektiver Variablen vorhergesagt werden kann.

5.1.5.3.1 Prädiktion von t_0 zu t_1

Es werden diejenigen Variablen einbezogen, die sich bei der bisherigen Analyse als relevante Einflussvariablen erwiesen haben. *Kriteriumsvariablen* sind die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Gesamtzufriedenheit zu t_1 . Die *Prädiktorvariablen* werden schrittweise in Blöcken eingegeben, wobei als Bedingung für die Aufnahme einer Variablen in das Regressionsmodell eine Wahrscheinlichkeit für den F-Wert von $\leq .05$ festgelegt wurde.

Die Prädiktorvariablen sind im Einzelnen
in Block 1: Allgemeine Lebenszufriedenheit (t_0)
in Block 2: Gesamtzufriedenheit über alle Lebensbereiche (t_0)

in Block 3: Alter, aktuelle Hospitalisierungsdauer zum Zeitpunkt der Studienaufnahme.

Tabelle 43 zeigt die Ergebnisse.

Tab. 43: Prädiktion der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der Gesamtzufriedenheit von t_0 zu t_1

Prädiktorvariablen	Kriteriumsvariablen	
	Allg. Lebenszufriedenheit (t_1)	Gesamtzufriedenheit (t_1)
Block 1		
R	.51	.43
% Varianzaufklärung	26 %	18 %
plus Block 2		
R	.63	.67
% Varianzaufklärung	40 %	45 %
Beta-Gewichte		
Allg. Lebenszufriedenheit		.11
Gesamtzufriedenheit		-.74
plus Block 3		
R	.69	n.s.
% Varianzaufklärung	47 %	
Beta-Gewichte		
Allg. Lebenszufriedenheit	.24	
Gesamtzufriedenheit	.42	
Alter	.28	
akt. Hospitalisierungsdauer	n.s.	

Schrittweise Eingabe der Blöcke. Beta-Gewichte werden jeweils angegeben für den letzten in das Regressionsmodell einbezogenen Block.

n.s. = keine der Variablen des betreffenden Blocks erreichte das vorab definierte Einschlusskriterium von $F = p < .05$

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, lassen sich 40 % der Varianz der *allgemeinen Lebenszufriedenheit* zu t_1 mit Hilfe der allgemeinen Lebenszufriedenheit und Gesamtzufriedenheit zu t_0 erklären; insgesamt 47 % sind bei Hinzuziehung der objektiven Variablen Alter und aktuelle Hospitalisierungsdauer zum Zeitpunkt der Studienaufnahme zu erklären. Unter den verschiedenen Prädiktorvariablen hat die Gesamtzufriedenheit die höchste prädiktive Wirkung.

Die *Gesamtzufriedenheit* zu t_1 lässt sich am besten ausgehend von der subjektiven Lebensqualität zu t_0 ohne die beiden objektiven Parameter (Alter und Hospitalisierungsdauer) erklären, wobei wiederum die Gesamtzufriedenheit gegenüber der allgemeinen Lebenszufriedenheit den weitaus höheren Vorhersagewert hat.

5.1.5.3.2 Multiple Regression zu t_1

Als *Kriteriumsvariable* wird zunächst die *allgemeine Lebenszufriedenheit* herangezogen. Als *Prädiktorvariablen* dienen

in Block 1: die Gesamtzufriedenheit (t_1)

in Block 2: Nutzerzufriedenheit und subjektive Beschwerden (t_1)

in Block 3: Psychopathologische Symptomatik (t_1), Alter

in Block 4: aktuelle Hospitalisierungsdauer bei Studienaufnahme, Anzahl vorangegangener stat. Aufenthalte, Gesamtdauer bisheriger stationärer Behandlungen

Tabelle 44 zeigt die Ergebnisse. Zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu t_1 wird nach dem hier zugrunde gelegten Modell lediglich die Gesamtzufriedenheit zu t_1 herangezogen, wobei eine Varianzaufklärung von 70 % erreicht wird. Die weiteren subjektiven und objektiven Variablen werden nicht einbezogen, da sie das Einschlusskriterium ($F = p < .05$) nicht erfüllen.

Tab. 44: Multiple Regression der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu t_1

<u>Prädiktorvariablen</u>	<u>Kriteriumsvariable: Allg. Lebenszufriedenheit</u>
Block 1	
R	.84
% Varianzaufklärung	70 %
Beta-Gewichte	
Gesamtzufriedenheit	.84
plus Block 2	n.s.
plus Block 3	n.s.
plus Block 4	n.s.

Schrittweise Eingabe der Blöcke. Beta-Gewichte werden jeweils angegeben für den letzten in das Regressionsmodell einbezogenen Block. n.s. = keine der Variablen des betreffenden Blocks erreichte das vorab definierte Einschlusskriterium von $F = p < .005$

Für die Vorhersage der *Gesamtzufriedenheit* zu t_1 werden als *Prädiktorvariablen* eingegeben

in Block 1: Allgemeine Lebenszufriedenheit (t_1)

in Block 2: Nutzerzufriedenheit (t_1), subjektive Beschwerden (t_1)

in Block 3: Psychopathologische Symptomatik (t_1), Alter

in Block 4: aktuelle Hospitalisierungsdauer bei Studienaufnahme, Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte, Gesamtdauer bisheriger stationärer Behandlungen

Die Ergebnisse sind in Tabelle 45 dargestellt.

Tab. 45: Multiple Regression der Gesamtzufriedenheit zu t_1

<u>Prädiktorvariablen</u>	<u>Kriteriumsvariable: Gesamtzufriedenheit</u>
Block 1	
R	.84
% Varianzaufklärung	70 %
plus Block 2	
R	.87
% Varianzaufklärung	76 %
plus Block 3	
	n.s.
plus Block 4	
R	.91
% Varianzaufklärung	83 %
Beta-Gewichte	
Allg. Lebenszufriedenheit	.62
Nutzerzufriedenheit	.34
Akt. Hospitalisierungsdauer	.20
Anzahl stat. Aufenthalte	-.18

Schrittweise Eingabe der Blöcke. Beta-Gewichte werden jeweils angegeben für den letzten in das Regressionsmodell einbezogenen Block. n.s. = keine der Variablen des betreffenden Blocks erreichte das vorab definierte Einschlusskriterium von $F = p < .005$

Das resultierende Regressionsmodell bezieht als Prädiktorvariablen die allgemeine Lebenszufriedenheit, die Nutzerzufriedenheit, die aktuelle Hospitalisierungsdauer und die Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte ein und erreicht immerhin eine Varianzaufklärung von 83 %.

Abschließend wird versucht, die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Gesamtzufriedenheit ausgehend von den Zufriedenheiten in den einzelnen Lebensbereichen vorherzusagen, um das relative Gewicht der einzelnen Zufriedenheiten in Hinblick auf die Kriteriumsvariablen zu bestimmen. Zu diesem Zweck wird eine multiple Regression berechnet, indem schrittweise die Einzelzufriedenheiten eingegeben werden. In der folgenden Tabelle 46 sind die Beta-Gewichte der verschiedenen Prädiktorvariablen (sofern der F-Wert = $p < .05$) aufgeführt.

Für die Vorhersage der *allgemeinen Lebenszufriedenheit* sind (in der Reihenfolge ihrer Gewichtung) die Zufriedenheiten mit der körperlichen Gesundheit, der Wohn- und der Arbeitssituation von Bedeutung. Für die Vorhersage der *Gesamtzufriedenheit* sind die Einzelzufriedenheiten mit der Arbeitssituation, der Wohnsituation, der seelischen Gesundheit und den Finanzen am wichtigsten.

Tab. 46: Multiple Regression der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der Gesamtzufriedenheit ausgehend von den Zufriedenheiten in den einzelnen Lebensbereichen

Prädiktorvariablen Zufriedenheit im Bereich	Kriteriumsvariablen	
	Allg. Lebenszufriedenheit (t_1)	Gesamtzufriedenheit (t_2)
Arbeit/Beschäftigungssituation ^{a)}	.26	.25
Freizeit		.12
Finanzen		.21
Wohnen	.44	.23
Sicherheit		.09
Familie		.14
Freunde		.17
Gesundheit	.49	.07
Seelische Gesundheit		.22

^{a)} Angegeben ist hier die Zufriedenheit mit der jeweiligen Beschäftigungssituation, das heißt die Zufriedenheit mit der Arbeit bzw. mit der Situation, keine Arbeit zu haben. Schrittweise Eingabe der Blöcke. Angegeben sind die Beta-Gewichte für die Variablen, die das vorab definierte Einschlusskriterium von $F = p < .05$ erreicht haben.

5.1.5.4 Diskussion

Nach den oben dargestellten Ergebnissen ist der Einfluss der psychopathologischen Symptomatik auf die subjektive Lebensqualität der Patientengruppe differenziert zu bewerten. Für die allgemeine Lebenszufriedenheit ist ausschließlich der Symptomkomplex Angst/Depression von Bedeutung, wie dies in ähnlicher Weise auch in anderen empirischen Studien (z. B. LEHMAN 1983) festgestellt wurde, während für die Gesamtzufriedenheit auch die Symptomkomplexe *Feindseligkeit* und *Anergie* wesentlich sind. Die Veränderung der psychopathologischen Symptomatik hat in Hinblick auf den Verlauf der allgemeinen Lebenszufriedenheit keine Bedeutung und in Hinblick auf den Verlauf der Gesamtzufriedenheit lediglich eine geringfügige Bedeutung; insgesamt werden nur 12 % der Varianz durch die psychopathologische Symptomatik aufgeklärt. Dieses Ergebnis ist hinsichtlich der Aussagekraft und Anwendbarkeit subjektiver Lebensqualitätsindikatoren für die Evaluation besonders relevant. Veränderungen respektive Verbesserungen der subjektiven Lebensqualität im Zuge einer Enthospitalisierung können demnach nicht ausschließlich mit Veränderungen der Symptomatik erklärt werden.

Die gefundenen Zusammenhänge zwischen der subjektiven Lebensqualität einerseits und der Nutzerzufriedenheit sowie den subjektiven Beschwerden andererseits sind plausibel. Bis auf eine Ausnahme (Gesamtzufriedenheit zu t_1) ist der Zusammenhang zu den subjektiven Beschwerden stärker ausgeprägt als zur Nut-

zerzufriedenheit. Interpretiert man die Beschwerden als subjektives Pendant zur fremdbeurteilten psychopathologischen Symptomatik, so erscheint es auch plausibel, dass der Zusammenhang zu t_1 schwächer ausgeprägt ist als zu t_0 . Nach der Entlassung aus der Klinik sind die Patienten offensichtlich in der eigenen und in der Fremdwahrnehmung »gesünder« als vorher, und ihre subjektive Lebensqualität wird weniger deutlich durch Beschwerden bzw. Symptome beeinflusst.

Bei einer Analyse der Zusammenhänge zwischen subjektiver Lebensqualität und einzelnen Items der Nutzerzufriedenheit zeigt sich, dass insbesondere die Beurteilung der Effektivität der Behandlung bzw. Betreuung und der Angemessenheit der Medikation wesentlich ist, gefolgt von dem Eindruck allgemeiner Achtung und dem Gefühl, vom Therapeuten/Betreuer verstanden zu werden. Was die Patienten im Einzelnen genau als hilfreiche Behandlung bzw. Betreuung empfinden, muss hier allerdings offen bleiben. Offensichtlich zählen für sie jedoch neben den atmosphärischen, »weichen« Faktoren (Respekt, Achtung, Empathie) durchaus auch objektivierbare, »harte« Faktoren der Behandlung bzw. Betreuung. Die Bedeutung der Nutzerzufriedenheit für den Behandlungserfolg ist im Rahmen einer Tagesklinik empirisch belegt (GRUYTERS 1995); es spricht einiges dafür, dass sich dieser Befund auch auf ambulante Settings übertragen lässt.

Insgesamt sind die Zusammenhänge zur Gesamtzufriedenheit stärker ausgeprägt als zur allgemeinen Lebenszufriedenheit. Möglicherweise ist die allgemeine Lebenszufriedenheit eher persönlichkeitsabhängig und zeitüberdauernd (im Sinne eines *trait*) bestimmt, während die Gesamtzufriedenheit eher situationsabhängig und damit sensitiver für Veränderungen der Lebensumstände oder infolge therapeutischer Interventionen (im Sinne eines *state*) ist.

Bei der Prädiktion der Lebensqualität von t_0 zu t_1 erweist sich die Gesamtzufriedenheit als wichtigste Prädiktorvariable, und zwar in Hinblick auf beide Kriteriumsvariablen (allgemeine Lebenszufriedenheit und Gesamtzufriedenheit). Demgegenüber haben objektive Variablen wie das Alter oder die aktuelle Hospitalisierungsdauer nur geringe bzw. keine Relevanz. Die zum ersten Befragungszeitpunkt in der Klinik erreichte Gesamtzufriedenheit scheint demnach als Plateau oder Sprungbrett zu fungieren, das maßgeblich die Ausprägung der subjektiven Lebensqualität zum zweiten Befragungszeitpunkt nach der Enthospitalisierung bestimmt.

Die Vorhersage der Lebensqualität im Querschnitt zu t_1 zeigt wiederum die größere Bedeutung subjektiver gegenüber objektiven Variablen. Für die Prädiktion der allgemeinen Lebenszufriedenheit ist ausschließlich die Gesamtzufriedenheit, für die Prädiktion der Gesamtzufriedenheit sind in erster Linie eine Kombination aus allgemeiner Lebenszufriedenheit und Nutzerzufriedenheit und erst in zweiter Linie objektive Variablen maßgeblich. Sicherlich lässt sich einwenden, dass an dieser Stelle nur ein kleines Set objektiver Variablen berücksichtigt wurde und möglicherweise weitere objektive Variablen hinzugezogen werden

müssen, um den Prädiktionswert zu erhöhen. Auf der anderen Seite ist aus der soziologischen (ANDREWS & WITHEY 1976; GLATZER & ZAPF 1984) und psychiatrischen (RÖSSLER, SALIZE, CUCCHIARO, REINHARD & KERNIG 1999) Forschung bekannt, dass soziodemographische und objektive Variablen einen eher geringfügigen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität ausüben. So sind unter den von RÖSSLER et al. (1999) identifizierten fünf Variablen (psychopathologische Symptomatik, soziale Unterstützung, subjektive Anfälligkeit, Bildungsstand, idiosynkratische Annahmen hinsichtlich der Behandlung), die die subjektive Lebensqualität signifikant beeinflussen, lediglich zwei (Bildungsstand und soziale Unterstützung) als objektive Variablen anzusehen. Insgesamt wird in dieser Studie eine Varianzaufklärung von 35 % erreicht. Aus den genannten Gründen erscheint das eigene Vorgehen vertretbar, und die Befunde stehen mit vorhandenen Ergebnissen in Übereinstimmung.

Bei der hier untersuchten Patientengruppe haben die Lebensbereiche Gesundheit, Wohnen und Beschäftigung den höchsten Prädiktionswert in Hinblick auf die subjektive Lebensqualität. Im Vergleich dazu fanden GLATZER & ZAPF (1984) bei ihrer Untersuchung der Allgemeinbevölkerung, dass abgesehen von der Zufriedenheit mit der Gesundheit in erster Linie die Zufriedenheit mit materiellen Bedingungen wie Lebensstandard, Haushaltsführung und -einkommen die allgemeine Lebenszufriedenheit bestimmen. Es erscheint plausibel, dass dagegen für vormals langzeithospitalisierte Patienten die Zufriedenheit mit der neuen Wohnsituation sowie der Beschäftigungssituation wichtiger sind.

5.1.5.5 Zusammenfassung

Untersucht wird der Einfluss von Alter, psychopathologischer Symptomatik, Anzahl und Gesamtdauer bisheriger stationärer Behandlungen sowie aktueller stationärer Hospitalisierungsdauer auf die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Gesamtzufriedenheit. Die allgemeine Lebenszufriedenheit korreliert positiv mit dem Alter und negativ mit einer Angst-Depressions-Symptomatik. Die Gesamtzufriedenheit korreliert ebenfalls negativ mit einer Angst-Depressions-Symptomatik sowie mit einer feindseligen Symptomatik und mit der kumulierten Anzahl stationärer Aufenthalte, positiv hingegen mit der aktuellen Hospitalisierungsdauer und der Gesamtdauer stationärer Aufenthalte. Mit weiteren subjektiven Parametern bestehen ebenfalls lineare Zusammenhänge: Allgemeine Lebenszufriedenheit und Gesamtzufriedenheit korrelieren positiv mit der Nutzerzufriedenheit und negativ mit den subjektiv geäußerten Beschwerden. Die Zusammenhänge zur Gesamtzufriedenheit sind zahlreicher und ausgeprägter.

Bei der Prädiktion der subjektiven Lebensqualität über die Zeit erweist sich die Gesamtzufriedenheit als wichtigste Prädiktorvariable. Für die allgemeine

Lebenszufriedenheit wird eine Varianzaufklärung von 40 % und für die Gesamtzufriedenheit von 45 % erreicht. Weiterhin wird eine multiple schrittweise Regression der subjektiven Lebensqualität zum Zeitpunkt des Follow-up durchgeführt, wobei objektive und subjektive Variablen einbezogen werden. Die allgemeine Lebenszufriedenheit lässt sich am besten durch die Gesamtzufriedenheit ($R = .84$) vorhersagen, alle weiteren Variablen tragen nicht zu einer größeren Varianzaufklärung bei. Die Gesamtzufriedenheit wird am besten durch eine Kombination (in der Reihenfolge der Wichtigkeit) aus allgemeiner Lebenszufriedenheit, Nutzerzufriedenheit, aktueller Hospitalisierungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte vorhergesagt, insgesamt wird eine Varianzaufklärung von 83 % erreicht. Abschließend wird eine multiple Regression der subjektiven Lebensqualität ausgehend von den bereichsspezifischen Zufriedenheiten unternommen. In Bezug auf die allgemeine Lebenszufriedenheit hat die Zufriedenheit mit der Gesundheit, dem Wohnen und der Beschäftigungssituation den bedeutsamsten Vorhersagewert, in Bezug auf die Gesamtzufriedenheit die Zufriedenheit mit der Beschäftigungssituation, dem Wohnen und der seelischen Gesundheit.

5.2 Vergleich entlassener und weiter stationär behandelter Patienten

Bisher wurden die Ergebnisse zur Lebensqualität ausschließlich für die Gruppe klinikentlassener Patienten dargestellt. Im letzten Abschnitt des Ergebnisteils geht es nun um den Vergleich mit einer Gruppe weiter stationär behandelter Patienten. Streng methodisch betrachtet handelt es sich dabei nicht um eine echte Kontrollgruppe. Bei einer Kontrollgruppe muss gewährleistet sein, dass sie in allen wesentlichen Charakteristika der Treatmentgruppe entspricht, so dass der resultierende Outcome auf Effekte der unabhängigen Variablen (hier: Enthospitalisierung) zurückzuführen ist und nicht auf etwaige Stichprobenunterschiede. Wie bereits in Abschnitt 3.3.2 erörtert wurde, muss im vorliegenden Fall jedoch davon ausgegangen werden, dass sich entlassene und weiter stationär behandelte Patienten in Bezug auf klinische Merkmale und insbesondere in Bezug auf ihre psychopathologische Symptomatik voneinander unterscheiden, und dass diese Unterschiede sich sowohl auf die Entscheidung hinsichtlich einer Entlassung der Patienten als auch auf den Verlauf der subjektiven Lebensqualität auswirken können. Dieses methodische Problem tritt bei einer naturalistischen Studie zur Enthospitalisierung notwendigerweise auf und ist nicht grundsätzlich lösbar, muss jedoch angemessen berücksichtigt werden. Bei dem anstehenden Vergleich der subjektiven Lebensqualität beider Gruppen werden daher die wesentlichen Einflussvariablen einbezogen. Zunächst werden die untersuchungsleitenden Fragen beschrieben.

Fragestellung III: Vergleich der Lebensqualität entlassener mit weiter stationär behandelten Patienten

- Unterscheiden sich die beiden Patientengruppen (entlassene vs. weiter stationär behandelte) hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsbezogener Merkmale voneinander?
- Unterscheidet sich der Verlauf der subjektiven Lebensqualität bei beiden Patientengruppen?
- Bleiben mögliche Unterschiede im Verlauf der subjektiven Lebensqualität auch bei Berücksichtigung der psychopathologischen Symptomatik als Einflussvariable bestehen?

Vorannahmen:

Es wird davon ausgegangen, dass entlassene Patienten eine geringere psychopathologische Symptomatik aufweisen als weiter stationär behandelte Patienten. Hinsichtlich weiterer systematischer Unterschiede zwischen beiden Gruppen existieren keine Vorannahmen. Vermutet wird weiterhin, dass sich im Verlauf bei der Gruppe entlassener Patienten größere Veränderungen zeigen als bei der Gruppe weiter stationär behandelter Patienten.

5.2.1 Vergleich soziodemographischer und krankheitsbezogener Merkmale

Verglichen werden die bereits in vorangegangenen Abschnitten (5.1.2. bis 5.1.4) beschriebene Gruppe entlassener ($n = 65$) und eine Gruppe weiter stationär behandelter Patienten ($n = 77$). Von den Letzteren befanden sich 63 in derselben Klinik wie zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung, vierzehn Patienten waren inzwischen in eine andere stationäre Einrichtung (ein Krankenhaus oder ein Krankenhaus) verlegt worden. Unter den stationären Patienten gab es acht Personen, die vor dem Zweitinterview bereits ein- oder mehrmals entlassen worden waren. Drei Patienten waren für einzelne Tage aus kassentechnischen Gründen entlassen bzw. beurlaubt; eine Patientin hatte die Klinik gegen ärztlichen Rat für drei Wochen verlassen; vier Patienten waren für einen Zeitraum von mehreren Monaten in betreute Wohneinrichtungen entlassen worden, mussten jedoch wieder stationär aufgenommen werden und befanden sich zum Zeitpunkt des Zweitinterviews bereits wieder ein Jahr oder länger in stationärer Behandlung.

Im Folgenden geht es zunächst um einen Vergleich soziodemographischer, krankheitsbezogener und institutioneller Merkmale beider Stichproben. Die in Tabelle 47 aufgeführten Informationen zeigen, dass sich beide Gruppen hinsichtlich ihres mittleren Alters bei Studienbeginn signifikant unterscheiden, wobei entlassene Patienten im Mittel neun Jahre jünger sind als stationäre Patienten. Hinsichtlich des Geschlechts, der Nationalität, der Schulbildung und beruflichen Ausbildung unterscheiden sich beide Gruppen nicht.

Tab. 47: Soziodemographische Daten im Vergleich entlassener und weiter stationär behandelter Patienten

	Stationäre Patienten	Entlassene Patienten	t/ χ^2 p
N	77	65	
Geschlecht (%)			
Frauen	45,5	41,5	n.s.
Männer	54,5	58,5	
Alter			
\bar{x}	53 Jahre	44 Jahre	t = 4,1 ***
range	24–91	19–75	
Nationalität (%)			
deutsch	89,6	89,2	
türkisch	2,6	1,5	
italienisch	1,3	1,5	n.s.
jugoslaw.	2,6	4,6	
ungarisch	1,3	3,1	
Missing	2,6		
Schulbildung (%)			
kein Abschluss	31,2	24,6	
Hauptschule	31,2	36,9	n.s.
Mittlere Reife	23,4	23,1	
Abitur	11,7	13,8	
Missing	2,6	1,5	
Berufsausbildung (%)			
keine	44,2	38,5	
Lehre	18,2	15,4	n.s.
abgebr. Lehre	26,0	26,0	
(Fach-)Hochschule	6,5	3,1	
Studium abgebr.	2,6	6,2	

Deutliche Unterschiede finden sich jedoch in Bezug auf die Zugehörigkeit zu einer Diagnosegruppe nach ICD 10 und die Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik, wie Tabelle 48 belegt. 94 % der stationären Patienten haben die Diagnose einer schizophrenen, schizotypen oder wahnhaften Störung (F2 nach ICD 10), dagegen nur 63 % der entlassenen Patienten. In der stationären Gruppe hat kein Patient eine affektive Erkrankung (F3) und nur verschwindend wenige eine Abhängigkeitserkrankung (F1) oder eine sonstige Störung (F4, F6, F9), während bei den entlassenen Patienten immerhin 15 % eine Abhängigkeitserkrankung und jeweils knapp 11 % eine affektive (F3) oder sonstige Störung (F4, F6, F9) aufweisen. Auch hinsichtlich der psychopathologischen Symptoma-

Tab. 48: Diagnosegruppen nach ICD 10 und psychopathologische Symptomatik (BPRS) im Vergleich entlassener und weiter stationär behandelter Patienten

	<u>Stationäre Patienten</u>	<u>Entlassene Patienten</u>	<u>t/χ^2p</u>
N	77	65	
Diagnosegruppen nach ICD10 (%)			
F1 ¹⁾	2,6	15,4	
F2	93,5	63,1	
F3	0	10,8	$\chi^2 = 21,6$ ***
F4, F6, F9	3,9	10,8	
Psychopathologische Symptomatik (BPRS)			
BPRS-Summscore zu t ₀	50,0	37,8	t = 5,4 ***
BPRS-Summscore zu t ₁	45,8	34,8	t = 5,8 ***

¹⁾ F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F3: Affektive Störungen

F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

tik finden sich deutliche Unterschiede, wobei stationäre Patienten zu beiden Messzeitpunkten eine weitaus stärker ausgeprägte Symptomatik zeigen.

Unterschiede zwischen beiden Gruppen finden sich weiterhin hinsichtlich des Aufenthaltsortes der Patienten in einer Klinik und einzelner Merkmale der aktuellen Behandlungssituation (Tabelle 49). 72 % der entlassenen, aber nur 56 % der stationären Patienten kommen aus der Nervenlinik Spandau. Die aktuelle Hospitalisierungsdauer zum Studieneintritt fällt bei der Gruppe stationärer Patienten signifikant höher aus als bei der entlassener Patienten. Kostenträger der stationären Behandlung ist beim überwiegenden Teil (79 %) der stationären Patienten das Sozialamt, bei den entlassenen Patienten hingegen die Krankenkasse (66 %). Einen gesetzlichen Betreuer nach dem Betreuungsgesetz haben 90 % der stationären gegenüber 57 % der entlassenen Patienten.

Weitere Informationen zur Krankengeschichte der Patienten zeigt Tabelle 50. Das Alter bei erster stationärer psychiatrischer Behandlung, die Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte, die Wohnsituation vor der letzten Aufnahme und die Art der letzten Berufstätigkeit unterscheiden sich in beiden Gruppen nicht voneinander. Patienten der stationären Gruppe sind jedoch in der Vergangenheit signifikant länger stationär behandelt worden als die Gruppe entlassener Patienten (13 vs. 5 Jahre).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Vergleichsgruppe stationär

Tab. 49: Informationen zur aktuellen stationären Behandlung im Vergleich entlassener und weiter stationär behandelter Patienten

	Stationäre Patienten	Entlassene Patienten	t/ χ^2 p
N	77	65	
Klinik (%)			
Nervenklinik Spandau	55,8	72,3	$\chi^2 = 15,6^{***}$
DRK-Birkenhain	27,3	4,6	
DRK-Erlengrund	13,0	10,8	
sonstige	3,9	12,3	
Aktuelle Hospitalisierungsdauer in Monaten (range)	93,9 (6–420)	34,4 (6–205)	t = 4,9 ^{***}
Kostenträger der aktuellen stationären Behandlung (%)			
Krankenkasse	16,9	66,2	$\chi^2 = 33,9^{***}$
Sozialamt	79,2	33,8	
Rentenversicherung	1,3	0	
Missing	2,6		
aktuelle Behandlung erfolgt (%)			
freiwillig	87,0	90,8	n.s.
unfreiwillig (PsychKG)	0	3,1	
unfreiwillig (BetrG)	13	6,2	
Betreuung nach BetrG haben (%)	89,6	56,9	$\chi^2 = 21,7^{***}$
Missing	1,3	1,5	

behandelter Patienten im Mittel älter ist, häufiger die Diagnose einer schizophrenen Erkrankung hat, eine stärkere Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik zeigt, längere stationäre Behandlungszeiten (sowohl der aktuellen Behandlung als auch kumuliert über die Lebenszeit) hat, weniger häufig in der aufnahmeverpflichteten Fachklinik (Nervenklinik Spandau) behandelt wird, häufiger in einem gesetzlichen Betreuungsverhältnis steht und dass bei ihr häufiger das Sozialamt als Kostenträger der stationären Behandlung fungiert. Diagnose und psychopathologische Symptomatik sind als wichtigste differenzierende Merkmale der beiden Gruppen zu betrachten und bei der weiteren Analyse zu berücksichtigen, während die anderen gefundenen Unterschiede als sekundäre Folgen der Hospitalisierung angesehen werden können.

Tab. 50: Informationen zur Krankengeschichte im Vergleich entlassener und weiter stationär behandelter Patienten

	Stationäre Patienten	Entlassene Patienten	t/ χ^2 p
Alter bei erster stationärer psychiatrischer Behandlung (Ø in Jahren)	28 Jahre	28 Jahre	n.s.
Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte (Ø, kumuliert)	9,4	9,2	n.s.
Dauer bisheriger stationärer Aufenthalte (Ø in Monaten, kumuliert)	161	58	t = 5,5 ***
Wohnsituation vor der letzten Aufnahme in Klinik (%)			
allein	36,4	35,4	
mit Eltern	22,1	20,0	
mit Partner	10,4	16,9	
mit anderen	1,3	3,0	n.s.
and. stat. Einrichtung, Gefängnis	27,3	15,4	
ohne festen Wohnsitz	2,6	6,2	
Missing		3,1	
Art der letzten Berufstätigkeit (%)			
Vollzeit	51,9	46,2	
Teilzeit	10,4	9,2	
in Ausbildung	10,4	12,3	
Hausfrau	0	1,5	n.s.
beschützter Arbeitsplatz	3,9	7,7	
nie berufstätig	7,8	13,8	
Missing	15,6	9,2	

5.2.2 Vergleich der Lebensqualität

5.2.2.1 Objektive Lebenssituation

Untersucht wird zunächst die objektive Lebenssituation beider Gruppen zum Zeitpunkt des Follow-up. Wie Tabelle 51 zeigt, sind signifikante Unterschiede zwischen entlassenen und weiter stationär behandelten Patienten in den Lebensbereichen Freizeit, Finanzen, Wohnen, Freunde, Sicherheit und Gesundheit festzustellen. Im Vergleich zur stationären Gruppe gehen mehr Patienten der entlassenen Gruppe verschiedenen Freizeitaktivitäten nach und haben häufigere und qualitativ bessere Kontakte zu Freunden. Ihr durchschnittliches Nettoeinkommen ist deutlich höher, und sie hatten im letzten Jahr weniger häufig den Wunsch,

17 Bei den Prozentangaben kann es zu geringfügigen Abweichungen von den in Abschnitt 5.1.3.2 aufgeführten Ergebnissen kommen, da sich die Angaben hier auf die *gültigen* Antworten beziehen, im vorangegangenen Abschnitt jedoch auf *alle* Fälle.

Tab. 51: Vergleich der objektiven Lebenssituation beider Gruppen zum Follow-up¹⁷

Lebensbereich	Stationäre Patienten (%)	Entlassene Patienten (%)	χ^2/t p
Arbeit			
gehen einer regelmäßigen Tätigkeit nach	32,0	38,5	n.s.
Freizeit			
Waren/haben im letzten Monat			
Sport gemacht od. Sportveranst. besucht	37,7	41,5	n.s.
in einer Gaststätte/Restaurant/Kneipe	51,9	68,8	$\chi^2 = 4,1^*$
im Kino	14,3	39,1	$\chi^2 = 11,3^{***}$
einkaufen	66,7	96,9	$\chi^2 = 20,5^{***}$
öffentl. Verkehrsmittel benutzt	64,5	93,8	$\chi^2 = 17,6^{***}$
wollten im letzten Jahr mehr in der Freizeit unternehmen	45,7	45,3	n.s.
Finanzen			
haben zu wenig Geld, um im Alltag aus zukommen	42,5	34,9	n.s.
monatliches Nettoeinkommen (DM)	249	822	t = 39,1 ^{***}
Wohnen			
hätten im letzten Jahr den Wunsch, ihre Wohnsituation zu verändern	62,5	23,8	$\chi^2 = 20,4^{***}$
Familie			
wünschen sich mehr Kontakt zur Familie	48,4	50,0	n.s.
haben Kontakt zur Familie			
täglich	2,6	6,3	
wöchentlich	22,4	35,9	
monatlich	25,0	15,0	n.s.
jährlich	14,5	14,1	
seltener als einmal pro Jahr	10,5	9,4	
haben keine Familienangehörigen	25,0	18,8	
Freunde			
haben einen »guten Freund«	42,9	73,0	$\chi^2 = 12,8^{***}$
können einen Freund um Hilfe bitten	34,2	74,2	$\chi^2 = 21,9^{***}$
hatten letzte Woche Kontakt zu Freunden	36,4	74,6	$\chi^2 = 24,9^{***}$
hatten letzte Woche Kontakt zu Freunden, die »nichts mit der Psychiatrie zu tun haben«	18,2	57,1	$\chi^2 = 24,8^{***}$
Sicherheit			
waren im letzten Jahr Opfer einer strafbaren Handlung	28,6	12,5	$\chi^2 = 5,4^*$
haben im letzten Jahr eine Straftat begangen	4,2	3,1	n.s.
Gesundheit			
haben Hilfe vom Arzt gewünscht, aber nicht bekommen	10,1	14,3	n.s.
nehmen Psychopharmaka	88,6	60,9	$\chi^2 = 13,7^{***}$

* p ≤ .05

** p ≤ .01

*** p ≤ .001

ihre Wohnsituation zu verändern. Außerdem wurden sie seltener als stationär behandelte Patienten Opfer einer strafbaren Handlung und nahmen seltener ärztlich verordnete Psychopharmaka ein.

5.2.2.2 Subjektive Lebensqualität

Hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität sind entlassene gegenüber stationären Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in drei Bereichen begünstigt. Die Berechnung von t-Tests zeigt signifikante Unterschiede für die allgemeine Lebenszufriedenheit (4,4/4,9; $t = -1,9, p \leq .06$) sowie die Zufriedenheit mit dem Wohnen (4,6/5,6; $t = -3,3, p \leq .001$) und mit der persönlichen Sicherheit (4,9/5,4; $t = -2,1, p \leq .05$). Abbildung 18 zeigt das Lebensqualitätsprofil für beide Gruppen.

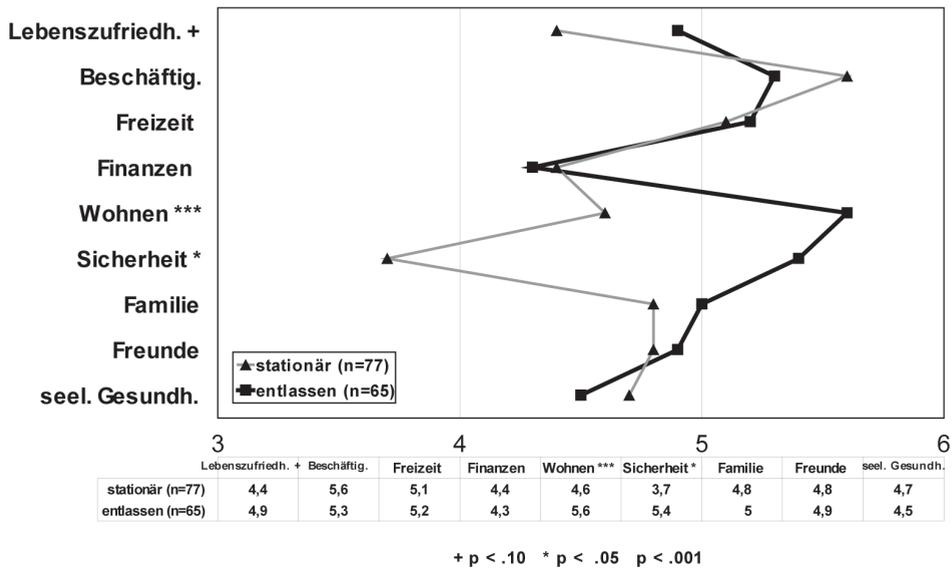


Abb. 18: Vergleich der subjektiven Lebensqualität bei entlassenen (n = 65) und weiter stationär behandelten Patienten (n = 77)

Zur Abschätzung der Teststärke oder *Power* (siehe auch Ausführungen in Abschnitt 3.3.8) sollen an dieser Stelle die jeweiligen Effektgrößen (d) der signifikanten Ergebnisse berechnet werden. Nach COHEN (1988) wird eine Effektgröße zur Prüfung von Mittelwertsunterschieden für unabhängige Stichproben nach der

Formel $d = \mu_A - \mu_B / \sigma$ bestimmt, wobei μ dem Mittelwert und σ der Streuung in der Population entspricht. Als beste Schätzung für m und s verwendet man die entsprechenden Stichprobenparameter. Sofern die Streuungen beider Stichproben unterschiedlich ausfallen, müssen sie nach der Formel $\sigma' = \sqrt{\sigma_A^2 + \sigma_B^2} / 2$ zusammengefasst werden. Im vorliegenden Fall geschieht dies bei der Zufriedenheit mit dem Wohnen und bei der Zufriedenheit mit der persönlichen Sicherheit. Für die allgemeine Lebenszufriedenheit wird auf dem beschriebenen Weg eine Effektgröße von $d = 0,29$ errechnet, für die Zufriedenheit mit dem Wohnen von $d = 0,59$ und für die Zufriedenheit mit der persönlichen Sicherheit von $d = 0,4$. Bei ungleichen Stichprobengrößen ist das harmonische Mittel der beiden Stichproben nach der Formel $n = 2 (n_A \times n_B) / (n_A + n_B)$ zu berechnen, in unserem Fall also $n = 2 (65 \times 77) / (65 + 77) = 10010 / 142 = 70,5$. Unter dieser Stichprobengröße und bei Festlegung von $\alpha = .05$ (bzw. $\alpha = .01$) ergibt sich für die allgemeine Lebenszufriedenheit eine Power von 43 % (21 %), für die Zufriedenheit mit dem Wohnen eine Power von 94 % (84 %) und für die Zufriedenheit mit der persönlichen Sicherheit eine Power von 66 % (42 %). Für die Testung der Mittelwertsunterschiede der Zufriedenheit mit dem Wohnen fällt die Power sehr hoch aus, für die der allgemeinen Lebenszufriedenheit und insbesondere der Zufriedenheit mit der persönlichen Sicherheit hingegen sehr schwach.

Um der Gefahr einer Kumulation des α -Fehlers bei wiederholter Signifikanztestung zu begegnen und um den Einfluss der psychopathologischen Symptomatik und des Alters zu kontrollieren, wird außerdem eine multivariate Varianzanalyse (GLM: General Linear Model) mit Meansubstitution durchgeführt. Als abhängige Variablen werden die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie die bereichsspezifischen Zufriedenheiten (Zufriedenheit mit der Freizeit, den Finanzen, der Wohnsituation, der Sicherheit, den Freunden, der Gesundheit und der seelischen Gesundheit) untersucht. Die Bereiche Arbeit und Familie werden wegen fehlender Werte von mehr als 10 % nicht berücksichtigt. Als Kovariaten werden das Alter sowie die psychopathologische Symptomatik zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung einbezogen.

Bei der multivariaten Analyse zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($F = 2,2, p \leq .05$; Pillai-Spur), wobei auch der Einfluss der psychopathologischen Symptomatik signifikant ist ($F = 2,9, p \leq .05$; Pillai-Spur). Die Kovariate Alter verfehlt knapp das definierte Signifikanzniveau von $p \leq .05$, ist aber ebenfalls von Bedeutung ($F = 1,9, p \leq .10$). Die univariate Analyse ergibt, dass die psychopathologische Symptomatik sowohl die allgemeine Lebenszufriedenheit als auch die bereichsspezifischen Zufriedenheiten mit der Freizeit, der Sicherheit, den Freunden sowie der körperlichen und seelischen Gesundheit signifikant beeinflusst ($p \leq .05$). Das Alter beeinflusst ebenfalls signifikant die allgemeine Lebenszufriedenheit, außerdem die Zufriedenheit mit der Freizeit, den Finanzen, dem Wohnen und den Freunden ($p \leq .05$). Nach Herausparsialisierung

des Einflusses beider Kovariaten unterscheidet lediglich die Zufriedenheit mit der Wohnsituation beide Gruppen signifikant voneinander ($F = 8,2, p \leq .01$).

5.2.2.3 Unterschiede im Verlauf

Abschließend soll die Frage untersucht werden, ob und inwieweit sich der Verlauf der subjektiven Lebensqualität bei stationären und entlassenen Patienten voneinander unterscheidet. Für entlassene Patienten ist der Verlauf bereits in Abschnitt 5.1.4.2 (siehe Abbildung 13) beschrieben worden. Abbildung 19 zeigt nun den Verlauf der Lebensqualität für weiter stationär behandelte Patienten. Bei diesen liegen die mittleren Zufriedenheitswerte zu beiden Messzeitpunkten sehr nahe beieinander, lediglich die Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit verändert sich im Verlauf signifikant (t-Test für abhängige Stichproben: $t = -2,2, p \leq .05$).

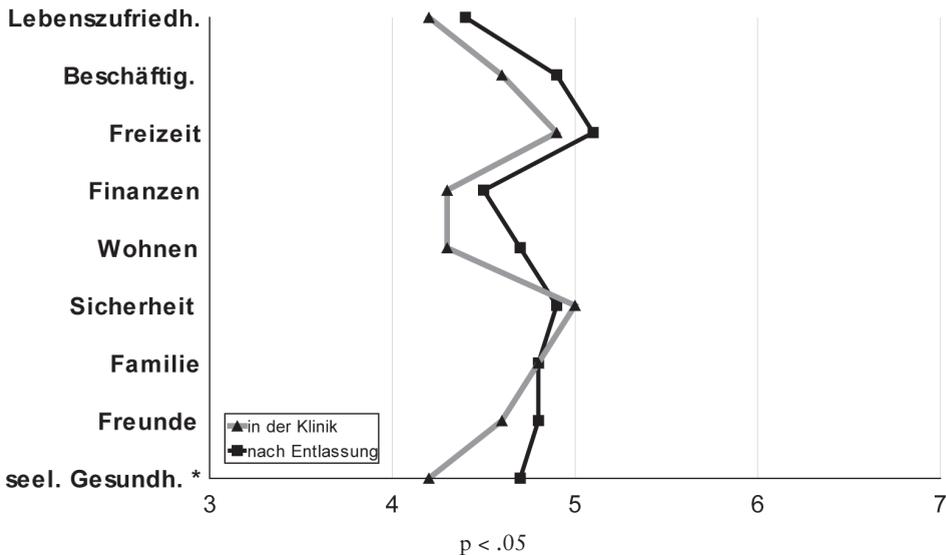


Abb. 19: Lebensqualitätsprofil bei weiter stationär behandelten Patienten (n = 77) im Verlauf

Um den Verlauf der subjektiven Lebensqualität in beiden Gruppen miteinander zu vergleichen, ohne durch mehrfache Signifikanztests eine Kumulation des α -Fehlers in Kauf nehmen zu müssen, wird eine multivariate Varianzanalyse (GLM: General Linear Model) mit Messwiederholung und Meansubstitution durchgeführt. Als Zwischensubjektfaktor wird der Faktor *Gruppe* (Zugehörigkeit zur

Gruppe der entlassenen vs. weiter stationär behandelten Patienten), als Inner-subjektfaktor der Faktor *Zeit*, das heißt die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der verschiedenen bereichsspezifischen Zufriedenheiten zwischen t_0 und t_1 definiert. Als Messwerte für die Veränderung über die Zeit werden die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie die Zufriedenheit in den Bereichen Freizeit, Finanzen, Wohnen, Sicherheit, Freunde und seelische Gesundheit herangezogen; die Bereiche Arbeit und Familie werden wiederum wegen fehlender Werte von mehr als 10 % nicht berücksichtigt.

Multivariat unterscheiden sich beide Gruppen signifikant voneinander ($F = 2,4$, $p \leq .05$; Pillai-Spur). Die intraindividuellen Veränderungen (Faktor *Zeit*) sind ebenfalls signifikant ($F = 2,9$, $p \leq .01$; Pillai-Spur). Eine Interaktion zwischen den beiden Faktoren *Gruppe* und *Zeit* ist nicht festzustellen. Univariat ergeben sich beim Faktor *Zeit* signifikante Unterschiede bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit ($F = 8,2$, $p \leq .01$) sowie der Zufriedenheit mit der Wohnsituation ($F = 12,4$, $p \leq .001$) und der seelischen Gesundheit ($F = 10,2$, $p \leq .01$).

Da bei dem Vergleich der Stichprobencharakteristika deutlich geworden ist, dass sich entlassene und weiter stationär behandelte Patienten insbesondere hinsichtlich ihrer psychopathologischen Symptomatik und ihres Alters voneinander unterscheiden, werden im nächsten Schritt beide Variablen als Kovariaten einbezogen. Die psychopathologische Symptomatik beeinflusst den Verlauf der subjektiven Lebensqualität signifikant ($F = 2,3$, $p \leq .05$; Pillai-Spur), das Alter hingegen nicht. Unter Berücksichtigung des Einflusses der psychopathologischen Symptomatik verfehlt der Faktor *Gruppe* knapp das definierte Signifikanzniveau von $p \leq .05$ ($F = 1,9$, $p \leq .07$, Pillai-Spur). Es existieren keine Interaktionen zwischen den Faktoren *Zeit* und *Gruppe*.

Bei dem Vergleich der Stichprobenmerkmale (siehe Abschnitt 5.2.1) hat sich weiterhin gezeigt, dass zu der Gruppe der weiter stationär behandelten Patienten fast ausschließlich Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie gehören, während in der Gruppe der entlassenen Patienten auch Patienten anderer Diagnosegruppen vertreten sind. Da möglicherweise auch die Diagnosegruppe als Einflussvariable von Bedeutung ist, soll dies bei einer differenzierenden Analyse berücksichtigt werden. Weiterhin wurde eingangs erwähnt, dass zu der Gruppe der stationär weiterbehandelten Patienten einerseits solche Patienten gehören, die sich in derselben Klinik bzw. Station wie bei der Eingangsuntersuchung befinden, andererseits aber auch solche Patienten, die in andere stationäre Einrichtungen verlegt wurden. Auch dieser Umstand könnte für den Verlauf der Lebensqualität relevant sein und soll daher differenzierend einbezogen werden.

Auf der Grundlage dieser beiden Erwägungen wird abschließend eine multivariate Varianzanalyse (GLM: General Linear Model) mit Messwiederholung für die Stichprobe aller schizophrenen Patienten durchgeführt. Einbezogen werden insgesamt $n = 111$ schizophrene Patienten, von denen 40 zur Gruppe der entlas-

senen Patienten gehören, 58 zur Gruppe der in derselben stationären Einrichtung weiterbehandelten und 13 zur Gruppe der inzwischen in andere stationäre Einrichtungen verlegten Patienten. Als Zwischensubjektfaktor wird der Faktor *Gruppe* (dreifach gestuft: entlassene vs. stationär am gleichen Ort weiterbehandelte vs. stationär verlegte Patienten) festgelegt. Als Innersubjektfaktor wird wiederum der Faktor *Zeit* definiert, repräsentiert durch die bisher verwendeten abhängigen Variablen der allgemeinen Lebenszufriedenheit und bereichsspezifischen Zufriedenheiten. Als Kovariaten dienen wiederum das Alter und die psychopathologische Symptomatik der Patienten.

Multivariat unterscheiden sich die drei Gruppen signifikant voneinander ($F = 1,7, p \leq .05$), wobei der Einfluss des Alters ($F = 3,7, p \leq .001$) und der psychopathologischen Symptomatik ($F = 2,1, p \leq .05$) ebenfalls signifikant ist. Die intra-individuellen Veränderungen erreichen nicht das definierte Signifikanzniveau von $p \leq .05$. Interaktionen zwischen den Faktoren *Zeit* und *Gruppe* existieren tendenziell ($F = 1,5, p \leq .12$). Univariat sind die Unterschiede zwischen den drei Gruppen in Bezug auf die allgemeine Lebenszufriedenheit ($F=3,9, p \leq .05$), die Zufriedenheit mit der Wohnsituation ($F = 7,7, p \leq .001$) und mit den Freunden ($F = 3,4, p \leq .05$) signifikant. Zur Veranschaulichung zeigt Abbildung 20 das Lebensqualitätsprofil für die drei Gruppen.

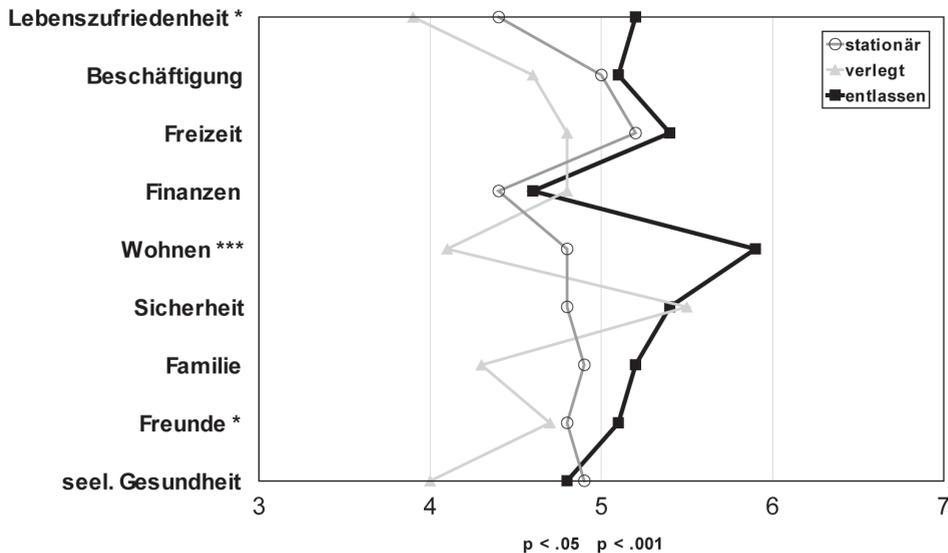


Abb. 20: Lebensqualitätsprofile stationärer, verlegter und klinikentlassener schizophrener Patienten zum Follow-up

5.2.3 Diskussion

Der Vergleich zwischen den Stichproben entlassener und weiter stationär behandelter Patienten ist – wie bereits oben erwähnt – in methodischer Hinsicht nicht unproblematisch, da die Stichprobencharakteristika deutliche Unterschiede hinsichtlich Alter, Zugehörigkeit zu einer Diagnosegruppe und psychopathologischer Symptomatik aufweisen. Diese Unterschiede haben mit großer Wahrscheinlichkeit auch bei einer Entscheidung hinsichtlich der Entlassung der Patienten eine Rolle gespielt und beeinflussen vermutlich auch die Lebensqualität. Methodisch »saubere« Lösungen dieses Problems sind jedoch im Rahmen einer naturalistischen Studie kaum zu realisieren. Die in der TAPS-Studie (O'DRISCOLL et al. 1993) verwendete Methode der *matched pairs*, bei der jedem entlassenen Patienten ein hinsichtlich relevanter Einflussvariablen ähnlicher »Zwilling« aus der stationären Gruppe zugeordnet wird, wäre hier schnell zum Scheitern verurteilt gewesen, da angesichts der begrenzten Stichprobe schon bald kein passender Zwilling mehr zu finden gewesen wäre. Ein randomisiertes Design wiederum ist aus ethischen Gründen zumindest nicht unproblematisch und aus Gründen der Praktikabilität sogar auszuschließen. Angesichts dieser Erwägungen und unter den gegebenen Voraussetzungen erscheint die hier gewählte Methode – die Kontrolle relevanter Einflussvariablen – als sinnvollstes Verfahren. Dass sich die Gruppen hinsichtlich weiterer krankheitsbezogener Variablen (wie etwa dem Alter bei erster stationärer Aufnahme in eine psychiatrische Klinik, der Wohnsituation und der Art der Berufstätigkeit vor der letzten Klinikaufnahme) nicht voneinander unterscheiden, spricht dafür, dass alle Patienten einer gemeinsamen Grundgesamtheit angehören und erst im weiteren Krankheitsverlauf und in Interaktion mit den jeweiligen institutionellen Gegebenheiten Merkmale hinzugetreten sind, die dann bei einem Teil der Patienten zu einer dauerhaften Hospitalisierung geführt haben.

Große Heterogenität besteht auch innerhalb beider Gruppen bezüglich der konkreten Behandlungs- und Betreuungsformen. Entlassene Patienten werden in einer Vielzahl unterschiedlicher Institutionen und Maßnahmen (betreutes Einzelwohnen, therapeutische Wohngemeinschaften, Einzelfallhilfe etc.) betreut (vgl. die detaillierten Ausführungen in Abschnitt 5.1.3.1); weiter stationär behandelte Patienten sind teilweise auf derselben Station bzw. derselben Klinik verblieben, teilweise in allgemeine Pflege- oder Krankenhäuser oder spezielle psychiatrische Heime verlegt worden. Die Platzzahl, personelle Ausstattung und therapeutisch-fachliche Betreuung der Heime ist ebenfalls sehr unterschiedlich, wie eine gesonderte Untersuchung der Berliner Enthospitalisierungsstudie an einer Stichprobe von $n = 125$ in stationäre Einrichtungen verlegten Patienten gezeigt hat (KAISER, ISERMANN, HOFFMANN & PRIEBE 1999). Diese Heterogenität erschwert den Vergleich zwischen den verschiedenen Gruppen, da möglicherweise die Unterschiede innerhalb der Gruppen größer sind als die zwischen den Gruppen. Einer immer

weiter gehenden Differenzierung in verschiedene Untergruppen sind andererseits auch Grenzen gesetzt, da die Fallzahlen der Gruppen dann zu gering ausfielen.

Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind allerdings plausibel und stehen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer empirischer Studien. So hat etwa auch die TAPS-Studie (DAYSON 1993; JONES 1993) gezeigt, dass jüngere Patienten ohne die Diagnose einer Schizophrenie häufiger bzw. zuerst entlassen werden und ältere, schizophrene Patienten ein höheres Risiko der Dauerhospitalisierung haben. Die zunächst in der Klinik verbleibenden Patienten werden von den Autoren der TAPS-Studie als »schwierig zu platzierende« (»*difficult to place*«) Patienten – häufig mit aggressivem Verhalten – betrachtet, für die spezielle Programme konzipiert werden müssen, um auch ihnen ein Leben außerhalb der Klinik zu ermöglichen (TRIEMAN & LEFF 1996). Ob und in welchem Umfang stationäre Patienten unserer Studie nach einem längeren Zeitraum ebenfalls entlassen werden könnten und welche spezifischen Behandlungs- und Betreuungsformen dazu entwickelt werden müssten, wäre eine interessante Fragestellung im Rahmen einer weiteren Nachuntersuchung, muss aber hier der Spekulation überlassen bleiben.

Die Ergebnisse zur objektiven Lebenssituation zeigen durchgängig günstigere Bedingungen für die Gruppe entlassener Patienten. Insbesondere in den Bereichen Freizeit, Freunde und Sicherheit sind die gefundenen Unterschiede deutlich. Patienten außerhalb der Klinik haben sicherlich bessere Zugangsmöglichkeiten zu verschiedenen Freizeitaktivitäten. Andererseits hätte man auch vermuten können, dass stationäre Patienten häufiger an organisierten Freizeitaktivitäten teilnehmen, während entlassene Patienten mehr auf sich allein gestellt sind und dadurch bedingt ihre Freizeit weniger aktiv gestalten. Entlassene Patienten haben außerdem mehr und qualitativ bessere soziale Beziehungen. Das Klinikmilieu scheint die Entstehung und Pflege von freundschaftlichen Beziehungen nicht zu begünstigen. Überraschend sind die Befunde zur persönlichen Sicherheit. Im Vergleich zu stationären sind entlassene Patienten deutlich weniger häufig Opfer einer Straftat geworden. Dies kann auf der einen Seite so interpretiert werden, dass die psychiatrische Klinik gerade *nicht* als besonders sicherer Ort anzusehen ist, auf der anderen Seite kann dies auch als Beleg für die Qualität der nachfolgenden, außerstationären Betreuung angesehen werden.

Die globale Tendenz der eigenen Befunde, dass die (objektive und subjektive) Lebensqualität entlassener Patienten günstiger ausfällt als die stationär weiterbehandelter Patienten, steht in Übereinstimmung mit vorliegenden empirischen Ergebnissen (BORGE et al. 1999; KEMMLER et al. 1999; LEHMAN, POSSIDENTE & HAWKER 1986; LEISSE & KALLERT 2001; SHEPHERD et al. 1996; SIMPSON, HYDE & FARAGHER 1989). RÖSSLER et al. (1999) weisen zwar darauf hin, dass die untersuchten Stichproben häufig eine mangelnde Homogenität (beispielsweise hinsichtlich der Diagnosezugehörigkeit) aufweisen und dass Versorgungsbereiche unterschiedlicher Qualität (veralterte Krankenhäuser mit unzureichenden fachlichen

Standards auf der einen Seite, moderne ambulant-komplementäre Einrichtungen von hoher fachlicher Qualität auf der anderen Seite) miteinander verglichen werden. Die Autoren ziehen daraus den Schluss, dass nicht notwendigerweise der Ort der Behandlung *per se* den differenziellen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität ausübt, sondern möglicherweise andere Faktoren (unter anderem die soziale Unterstützung der Patienten) eine wesentliche Rolle spielen. In der vorliegenden Studie trifft dieser grundsätzlich richtige Einwand jedoch nicht zu, da sowohl die einbezogenen Krankenhäuser als auch die ambulant-komplementären Einrichtungen von sehr unterschiedlicher Qualität sind.

Bei einer detaillierten Betrachtung der Einzelergebnisse finden manche Studien signifikante Unterschiede sowohl bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit als auch in mehreren Lebensbereichen (LEHMAN, POSSIDENTE & HAWKER 1986; SIMPSON, HYDE & FARAGHER 1989), während andere lediglich in ein bis drei Lebensbereichen (BORGE et al. 1999; KEMMLER et al. 1999; LEISSE & KALLERT 2001; SHEPHERD et al. 1996) Unterschiede konstatieren. Mit Ausnahme der Studie von Borge et al. unterscheidet die Zufriedenheit mit dem Wohnen in allen Studien die Vergleichsgruppen signifikant voneinander. Dass sich im Wohnbereich die Unterschiede zwischen stationär behandelten und gemeindepsychiatrisch betreuten Gruppen am deutlichsten zeigen, ist unmittelbar plausibel. Individuelle Gestaltungsmöglichkeiten der räumlichen Umgebung, Privatsphäre und Autonomie gehören im außerinstitutionellen Kontext zu selbstverständlichen Merkmalen des privaten Wohnens, während diese innerhalb der Klinik weitgehend eingeschränkt bzw. gar nicht gegeben sind. Dass bei einem Vergleich verschiedener Patientengruppen die Zufriedenheit mit der Wohnsituation als Indikator am sensibelsten auf Veränderungen anspricht, ist insofern nicht überraschend. Auch in der Studie von BARRY & CROSBY (1996), in der 29 Patienten der Entlassung hinsichtlich der Lebensqualität untersucht wurden, findet sich im Verlauf der einzige signifikante Unterschied im Bereich Wohnen.

Die Bedeutung der psychopathologischen Symptomatik als Einflussvariable, die in der Literatur verschiedentlich beschrieben wird (BROWNE et al. 1996; HESLEGRAVE et al. 1997; LAUER & STEGMÜLLER-KOENEMUND 1994; LEHMAN 1983; MELTZER 1992; MUESER et al. 1991; SIMPSON et al. 1989), hat sich auch in der vorliegenden Untersuchung wieder bewiesen. Einige Unterschiede der subjektiven Lebensqualität zwischen den beiden Stichproben sind offensichtlich auf Unterschiede der psychopathologischen Symptomatik zurückzuführen und nicht auf die hier interessierende, stattgefunden Intervention (= Klinikentlassung). Jeder Vergleich der Lebensqualität von hospitalisierten und enthospitalisierten Patienten muss demnach die psychopathologische Symptomatik berücksichtigen, da diese in beiden Gruppen in der Regel voneinander abweichen dürfte.

In der diagnostisch homogenen Stichprobe schizophrener Patienten und bei einer Differenzierung nach drei Gruppen (unverändert stationäre, stationär ver-

legte und entlassene Patienten) zeigen sich die Unterschiede der subjektiven Lebensqualität am deutlichsten. Stationär verlegte Patienten sind im Vergleich zu beiden anderen Gruppen am zufriedensten mit ihrer persönlichen Sicherheit, während sie in den meisten anderen Lebensbereichen, insbesondere in den Bereichen Wohnen und Freunde und mit ihrem Leben allgemein am unzufriedensten sind. Die stationäre Verlegung erfolgte überwiegend in Krankenhäusern und nur in einem Fall in ein anderes somatisches Krankenhaus. Es kann vermutet werden, dass die Lebens-, Wohn- und Betreuungsbedingungen in den Heimen auch aufgrund niedriger Personalschlüssel und mangelnden therapeutischen Personals tatsächlich ungünstiger als in psychiatrischen Fachkliniken sind, so dass die hohe Unzufriedenheit der betreffenden Patienten auch als Ausdruck tatsächlich bestehender, ungünstiger Bedingungen interpretiert werden kann. Hinzu kommt möglicherweise ein gewisser Enttäuschungs-Effekt: Die mit der Verlegung einhergehenden hohen Erwartungen an eine Verbesserung der eigenen Situation wurden eventuell sehr schnell von der Realität eingeholt, das heißt in der Regel enttäuscht und führten im Ergebnis dann zu besonders negativen Zufriedenheitsurteilen in verschiedenen Lebensbereichen. Möglicherweise führt die große Unzufriedenheit mit der Wohnsituation in einem so genannten *Spill-over-Effekt* (PRIEBE et al. 1998) dann dazu, dass auch die allgemeine Lebenszufriedenheit besonders niedrig ausfällt.

Die bei der Analyse der Vergleichsgruppen gefundenen Ergebnisse zeigen hinsichtlich des Verlaufs der Lebensqualität ein ermutigendes, allerdings kein euphorisches Bild der Situation enthospitalisierter Patienten.

5.2.4 Zusammenfassung

Die bisher beschriebene Gruppe entlassener Patienten ($n = 65$) wird verglichen mit einer Gruppe weiter stationär behandelter Patienten ($n = 77$). Zum Zeitpunkt des Follow-up unterscheiden sich die Gruppen insbesondere hinsichtlich des Alters, der Zugehörigkeit zu Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis und der Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik. Der Vergleich der objektiven Lebenssituation zeigt, dass entlassene Patienten aktiver in der Freizeit sind, häufigere und qualitativ bessere soziale Beziehungen sowie ein höheres Nettoeinkommen haben und im letzten Jahr seltener Opfer einer strafbaren Handlung geworden sind. Die subjektive Lebensqualität unterscheidet sich nach Berücksichtigung des Alters und der psychopathologischen Symptomatik als Einflussvariablen lediglich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Wohnsituation signifikant voneinander. Eine multivariate Analyse mit Messwiederholung (Faktoren: Zeit, Gruppe; Kovariaten: Alter, psychopathologische Symptomatik) erbringt keine signifikanten Unterschiede zwischen entlassenen und stationären

Patienten. Vergleicht man jedoch lediglich die diagnostisch homogene Gruppe von schizophrenen Patienten und differenziert nach drei Gruppen (unverändert stationären, stationär verlegten und entlassenen Patienten), so unterscheiden sich die Gruppen hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität auch unter Berücksichtigung der Kovariaten signifikant voneinander.

5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten wird an einer Stichprobe von $n = 65$ Patienten (davon 41 % Frauen) untersucht. Hinsichtlich des Alters ($M = 42$ Jahre, range 18–75 Jahre), der Hospitalisierungsdauer (aktuell: $M = 34$ Monate, $s = 42$; kumuliert: $M = 58$ Monate, $s = 72$) und der psychopathologischen Symptomatik (Summenscore der BPRS: $M = 38$, $s = 12$) ist die Stichprobe sehr heterogen. 63 % der Patienten haben eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (F2 ICD 10), 15 % die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung (F1) und jeweils 11 % die einer affektiven Störung (F3) bzw. einer neurotischen, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (F4, F6, F9). Informationen zur Lebensqualität werden mit dem Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP) erhoben, wobei die Patienten ihre Zufriedenheit auf einer 7-stufigen Skala (von 1 = *völlig unzufrieden* über 4 = *abwechselnd zufrieden und unzufrieden* bis 7 = *völlig zufrieden*) einschätzen.

Die objektive Lebenssituation der Patienten in der Klinik ist nicht durchgängig als ungünstig zu bewerten. Allerdings verfügen nur 11 % der Patienten über ein eigenes Zimmer, 32 % haben keinen oder nur seltener als einmal im Jahr Kontakt zur Familie, 42 % haben keinen »guten Freund« und nur wenige Patienten gehen einer regelmäßigen Tätigkeit nach. Die allgemeine Lebenszufriedenheit ($M = 4,3$, $s = 1,4$) und die Gesamtzufriedenheit der Patienten ($M = 4,5$, $s = 0,9$) in der Klinik liegt im Mittel knapp im zufriedenen Bereich. Am zufriedensten äußern sich die Patienten mit ihrer persönlichen Sicherheit ($M = 5,2$, $s = 0,9$). Diejenigen Patienten, die einer regelmäßigen Tätigkeit nachgehen, sind außerdem im Bereich Arbeit/Beschäftigung ($M = 5,3$, $s = 1,7$) besonders zufrieden. Am unzufriedensten sind die Patienten mit ihrer finanziellen Situation ($M = 3,9$, $s = 1,7$) sowie mit der Aussicht, lange in der Klinik wohnen zu bleiben ($M = 3,9$, $s = 1,6$). Patienten ohne regelmäßige Beschäftigung sind mit diesem Umstand ebenfalls sehr unzufrieden ($M = 3,7$, $s = 2,0$). Im Vergleich mit Studenten und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen zeigen langzeithospitalisierte Patienten eine signifikant geringere allgemeine Lebenszufriedenheit und Gesamtzufriedenheit.

Nach ihrer Entlassung werden die Patienten in unterschiedlicher Form betreut. 43 % leben im ambulant betreuten Wohnen, 14 % in einem sozialpädagogischen

(Übergangs-)Wohnheim, 9 % in eigener Wohnung mit Einzelfallhilfe, 28 % in eigener Wohnung ohne professionelle Betreuung und insgesamt vier Patienten in Obdachloseneinrichtungen. 30 % der Patienten werden im Zeitraum zwischen Entlassung und Nachuntersuchung erneut ein- oder mehrmals stationär behandelt.

Die objektive Lebenssituation der Patienten nach der Entlassung hat sich in keinem Lebensbereich verschlechtert, in vielen Bereichen dagegen deutlich verbessert: 36 % der Patienten gehen nun einer regelmäßigen Beschäftigung nach, meistens im Rahmen einer stundenweisen, beschützten Tätigkeit; knapp drei Viertel haben einen »guten Freund«. Das durchschnittliche Nettoeinkommen erhöht sich um rund 160 DM, wobei der Anteil der Sozialhilfe-Empfänger gestiegen ist. Nur zwei Patienten sind im Jahr nach ihrer Entlassung aus der Klinik einer Straftat beschuldigt worden. Die allgemeine Lebenszufriedenheit ($M = 4,9$, $s = 1,7$) und die Gesamtzufriedenheit ($M = 4,9$, $s = 1,1$) der Patienten in der Gemeinde liegen nun deutlich über dem Mittelpunkt der Skala im zufriedenen Bereich. Am zufriedensten sind die Patienten mit ihrer Wohnsituation ($M = 5,6$, $s = 1,5$) und ihrer persönlichen Sicherheit ($M = 5,4$, $s = 1,0$), am unzufriedensten mit ihrer finanziellen Situation ($M = 4,4$, $s = 1,9$). Im Verlauf verbessert sich sowohl die allgemeine Lebenszufriedenheit ($t = -3,2$, $p \leq .01$) und die Gesamtzufriedenheit ($t = -4,0$, $p \leq .001$) signifikant als auch die Zufriedenheit mit der Freizeitsituation ($t = -2,2$, $p \leq .05$), dem Wohnen ($t = -3,4$, $p \leq .001$) und der seelischen Gesundheit ($t = -2,2$, $p \leq .05$). Die Veränderung der subjektiven Lebensqualität kann als generalisierter Effekt beschrieben werden; das heißt, dass sich das Profil nicht in seiner Struktur verändert, sondern durchgängig höhere Zufriedenheiten vorliegen.

Frauen, schizophrene Patienten und längerfristig stationär behandelte Patienten profitieren besonders hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität. Verglichen mit einer Studentengruppe und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen sind die Patienten nach ihrer Entlassung in zwei Lebensbereichen (persönliche Sicherheit, Wohnen) zufriedener, in vier Bereichen (Freizeit, Familie, soziale Kontakte, seelische Gesundheit) allerdings immer noch unzufriedener als die Vergleichsgruppen.

Psychopathologische Symptomatik und subjektive Lebensqualität – insbesondere die Gesamtzufriedenheit – korrelieren signifikant negativ, wobei die Korrelationen zwischen $r = -.25$ und $r = -.82$ liegen. Bei ausgeprägter Symptomatik nimmt demnach die subjektive Lebensqualität ab. Die genauere Analyse zeigt, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit in erster Linie von einer *Angst-Depressions-Symptomatik*, die Gesamtzufriedenheit daneben auch von den Symptomkomplexen *Feindseligkeit* und *Anergie* bestimmt wird. Die allgemeine Lebenszufriedenheit steigt mit zunehmendem Alter ($r = .43$), die Gesamtzufriedenheit mit der aktuellen ($r = .33$) und Gesamtdauer ($r = .27$) stationärer Aufenthalte.

Beide Indikatoren der subjektiven Lebensqualität korrelieren positiv mit der Nutzerzufriedenheit (allgemeine Lebenszufriedenheit: $r = .39$; Gesamtzufriedenheit: $r = .55$) und negativ mit den subjektiv geäußerten Beschwerden (allgemeine Lebenszufriedenheit: $r = -.54$; Gesamtzufriedenheit: $r = -.68$).

Bei der Prädiktion der subjektiven Lebensqualität vom ersten zum zweiten Untersuchungszeitpunkt erweist sich die Gesamtzufriedenheit als wichtigste Vorhersagevariable, wobei eine Varianzaufklärung von 40 % (allgemeine Lebenszufriedenheit) bzw. 45 % (Gesamtzufriedenheit) erreicht wird. Demgegenüber haben objektive Variablen (Alter, aktuelle Hospitalisierungsdauer) nur geringe bzw. keine Relevanz. Eine multiple Regression subjektiver Lebensqualität ausgehend von den Einzelzufriedenheiten der verschiedenen Lebensbereiche zeigt die größte Bedeutung für die Zufriedenheit mit der Gesundheit, dem Wohnen und der Beschäftigungssituation.

Der Vergleich zwischen der Stichprobe entlassener und einer Gruppe weiter stationär behandelter Patienten ($n = 77$) zeigt deutliche Unterschiede hinsichtlich Alter, Zugehörigkeit zu einer Diagnosegruppe und psychopathologischer Symptomatik. Jüngere, weniger schwer gestörte Patienten und solche ohne die Diagnose einer Schizophrenie werden eher entlassen, wie dies auch andere Entlassungsstudien gezeigt haben (z. B. DAYSON 1993; JONES 1993). Der Vergleich der objektiven Lebenssituation zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ergibt, dass entlassene Patienten aktiver in der Freizeit sind, häufigere und qualitativ bessere soziale Beziehungen sowie ein höheres Nettoeinkommen haben und im letzten Jahr seltener Opfer einer strafbaren Handlung geworden sind. Sofern die psychopathologische Symptomatik und das Alter als Einflussvariablen berücksichtigt werden, unterscheidet sich die subjektive Lebensqualität im Querschnitt lediglich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Wohnsituation ($F = 8,2, p \leq .01$). Der Verlauf der subjektiven Lebensqualität bei entlassenen und stationären Patienten zeigt unter Einbeziehung der genannten Einflussvariablen keine signifikanten Unterschiede bzw. verfehlt knapp das definierte Signifikanzniveau von $p \leq .05$. Bei einem Vergleich diagnostisch homogener Gruppen – ausschließlich Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis – und einer weiteren Differenzierung in unverändert stationär verbliebene, in andere stationäre Einrichtungen verlegte und entlassene Patienten lassen sich allerdings signifikante Unterschiede der subjektiven Lebensqualität feststellen, und zwar hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit ($F = 3,9, p \leq .05$), der Zufriedenheit mit der Wohnsituation ($F = 7,7, p \leq .001$) und der Zufriedenheit mit den Freunden ($F = 3,4, p \leq .05$).

6. Diskussion in der Gesamtbetrachtung

In den folgenden Abschnitten wird die Arbeit in ihrer Gesamtheit diskutiert und bewertet. Zunächst geht es um die Methodik der Studie, anschließend um eine zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse. Abschließend werden mögliche Schlussfolgerungen in Hinblick auf Forschung, Qualitätssicherung und praktische Versorgung erörtert.

6.1 Bewertung der Methodik

6.1.1 Ansatz und Design

Die Anlage der Studie als prospektive Längsschnittuntersuchung ist dem Untersuchungsgegenstand – Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung – angemessen und wurde auch angesichts methodischer Mängel existierender Enthospitalisierungsstudien (z. B. reine Querschnittsstudien wie BORGE et al. 1999; FORD et al. 1987; retrospektiver Ansatz wie beispielsweise bei DAVIDSON et al. 1996; HEISLER 1996; PINKNEY et al. 1991) bewusst gewählt. Der naturalistische Ansatz der Studie bedingt allerdings einige Nachteile, die in Kauf genommen werden müssen. Die Zuteilung der Patienten zur Treatment- vs. Kontrollgruppe folgt dem natürlichen Verlauf der Enthospitalisierung, das heißt der Entlassungspraxis der beteiligten Institutionen. Ein randomisiertes Design ließ sich aus Gründen der Praktikabilität und aufgrund ethischer Bedenken nicht realisieren. Dies hat zur Folge, dass sich Treatment- und Vergleichsgruppe (also entlassene und stationäre Patienten) hinsichtlich einiger soziodemographischer und krankheitsbezogener Charakteristika voneinander unterscheiden, die in Hinblick auf die interessierenden Outcomevariablen relevant sein können. Deshalb liegt der Fokus der Studie auf der Untersuchung der Gruppe entlassener Patienten und nicht auf einem Vergleich beider Gruppen. Erst im letzten Untersuchungsschritt geht es um einen Vergleich entlassener und stationärer Patienten, wobei mit Hilfe entsprechender Auswertungsstrategien (Kovarianzanalyse) potenzielle Einflussvariablen berücksichtigt werden.

Im Unterschied zu den meisten anderen Enthospitalisierungsstudien bezieht die vorliegende Studie alle Patienten eines definierten Versorgungsgebietes und nicht nur Patienten einer einzelnen Klinik ein. Dies ist eine eindeutige Stärke der

Studie und erhöht die Aussagekraft und Reichweite der Ergebnisse. Auf der anderen Seite muss als Folge dieses Ansatzes eine größere Heterogenität der Stichprobe in Kauf genommen werden. Ein weiterer Unterschied besteht in der geforderten Mindestdauer der stationären Behandlung von einem halben Jahr, die als Einschlusskriterium festgelegt wurde. Im Vergleich zum »harten Kern« psychiatrischer Langzeitpatienten mit Aufenthaltsdauern von bis zu mehreren Jahrzehnten ist der Zeitraum von einem halben Jahr sicherlich sehr kurz bemessen, auf der anderen Seite ist er deutlich länger als bei einer Akutbehandlung. Die Festlegung dieses Einschlusskriteriums sollte zum einen nicht von vornherein die »echten Langzeitpatienten von morgen« ausschließen und zum anderen differenzierende Aussagen über Patientengruppen mit unterschiedlicher Aufenthaltsdauer ermöglichen. Eine gewisse Willkürlichkeit bei der Festsetzung dieses Zeitkriteriums ist in jedem Fall gegeben, da bislang eindeutige und allgemein akzeptierte Definitionen fehlen, wer denn als Langzeitpatient zu gelten hat.

Bei der Entscheidung über den Zeitpunkt der Nachuntersuchung waren ebenfalls Vor- und Nachteile abzuwägen. Da der Zeitraum zwischen beiden Erhebungszeitpunkten individuell so bestimmt wurde, dass zwischen Klinikentlassung und Nachuntersuchung eines Patienten immer ein Jahr lag, hatte jeder Patient einen ausreichend langen Zeitraum in der Gemeinde verbracht, um begründete und nicht durch die erste Euphorie verzerrte Einschätzungen über seine veränderte Lebenssituation zu treffen. Mit dieser Entscheidung wurde andererseits in Kauf genommen, dass das Intervall zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten unterschiedlich lang ausfiel: In Abhängigkeit davon, wie lange ein Patient noch in der Klinik verblieben ist, variiert es zwischen einem und knapp drei Jahren. Der Vorteil, alle Patienten zu dem Zeitpunkt erneut zu befragen, wenn sie genau ein Jahr in der Gemeinde verbracht haben, überwiegt jedoch nach eigener Einschätzung den geschilderten Nachteil.

6.1.2 Stichprobe

Der Ansatz der Studie, wie er im vorigen Abschnitt beschrieben wurde, bedingt eine große Inhomogenität der Stichprobe hinsichtlich der Diagnosen der Patienten, ihrer Aufenthaltsdauer in der Klinik und auch hinsichtlich der Art ihrer Behandlung und Betreuung. Im Sinne einer größeren Homogenität der Stichprobe hätte man sich auf schizophrene Patienten beschränken können, und möglicherweise wären in diesem Fall die Ergebnisse in Bezug auf den Verlauf der subjektiven Lebensqualität noch eindeutiger ausgefallen. Tatsächlich sind aber in der Population langzeithospitalisierter psychiatrischer Patienten typischerweise neben einem hohen Anteil schizophrener Patienten¹⁸ auch andere Diagnosegruppen

18 Der Anteil schizophrener Patienten ist beispielsweise 76 % bei FORD et al. (1987), 79 % bei

vertreten, insbesondere dann, wenn nicht nur die »alten«, sondern auch die »neuen« Chroniker¹⁹ einbezogen werden. Eine Beschränkung auf eine Diagnosegruppe hätte zwar die statistische Analyse und Auswertung erleichtert, dem naturalistischen Ansatz der Studie aber widersprochen. Wo es sinnvoll erschien, wurde in der Arbeit nach Diagnosegruppen differenziert, um eventuelle differenzielle Effekte zu klären.

Im Zusammenhang mit der recht hohen Drop-out-Rate zum zweiten Erhebungszeitpunkt stellt sich die Frage einer systematischen Selektion. Der größte Anteil (25 %) der Studienabbrecher war zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung aktuell zu krank, um an einer sinnvollen Befragung teilzunehmen. Bei 20 % kam kein Kontakt zustande und weitere 16 % hatten das Zeitkriterium²⁰ aufgrund (zum Teil mehrfacher) stationärer Wiederaufnahmen noch nicht erfüllt. Die Gründe für einen Studienabbruch waren zu einem Teil den besonderen Charakteristika der untersuchten Zielgruppe und den engen Einschlusskriterien für die Nachuntersuchung geschuldet, zum Teil aber auch datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die die Modalitäten der Kontaktaufnahme einschränkten. Die Patienten wurden von der vorbehandelnden stationären Einrichtung angeschrieben und mussten sich dann selbst telefonisch melden, um eine Terminvereinbarung für das Nachinterview zu treffen. Diese Anforderung war offensichtlich für einige Patienten zu hoch. Möglicherweise bedingt aber auch die relativ hohe Ausschöpfung der Stichprobe zum ersten Erhebungszeitpunkt eine höhere Drop-out-Rate zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung.

Wie der Vergleich zwischen Studienteilnehmern und -abbrechern zeigte, existieren zwischen beiden tatsächlich einige Unterschiede. Studienabbrecher hatten eine kürzere aktuelle und kumulierte Dauer stationärer Behandlungen, kamen häufiger aus der aufnahmeverpflichteten Nervenklinik und hatten seltener eine Diagnose aus dem schizophrener Formenkreis oder einer neurotischen, Persönlichkeits-, Verhaltens- oder Entwicklungsstörung, dagegen häufiger eine Diagnose einer affektiven Erkrankung oder Abhängigkeitserkrankung. Damit gehören sie eher nicht zu den »typischen« Langzeitpatienten. Die vorrangig interessierende Frage, ob sich bei Studienabbrechern die Enthospitalisierung bzw. die Betreuung außerhalb der Klinik besonders schwierig gestaltete und sie möglicherweise eine besonders niedrige Lebensqualität aufweisen, kann natürlich nicht beantwortet werden. Wie der Bezug auf internationale Enthospitalisierungsstudien

HARDING et al. (1987), 70 % bei OKIN et al. (1995), 81 % bei O' DRISCOLL et al. (1993) (TAPS), und 69 % bei BERGE et al. (1999).

19 Mit »alten Chronikern« sind über viele Jahre hospitalisierte Patienten gemeint, während jüngere Patienten mit häufigen stationären Wiederaufnahmen – so genannten Drehtüreffekten – als »neue Chroniker« bezeichnet werden.

20 Im Jahr nach der Klinikentlassung mussten entlassene Patienten mehr als die Hälfte der Zeit tatsächlich außerhalb der Klinik verbracht haben.

gezeigt hat, liegt die eigene Stichprobe in Bezug auf das durchschnittliche Alter und den Anteil schizophrener Patienten im vergleichbaren Rahmen, so dass man immerhin davon ausgehen kann, dass sie einen »guten Querschnitt« langzeithospitalisierter Patienten darstellt und die Ergebnisse mit gewissen Einschränkungen generalisierbar sind.

Zum Schluss dieses Abschnitts soll die grundsätzliche Frage aufgeworfen werden, ob es sich im vorliegenden Fall überhaupt um eine Stichprobe handelt. Sieht doch der Ansatz der Studie eine vollständige Erhebung und Einbeziehung aller Patienten des Versorgungsgebietes nach den definierten Einschlusskriterien vor. Eine Beschreibung und Analyse der untersuchten Patientengruppe könnte also streng genommen auch ohne Rückbezug auf eine Grundgesamtheit stattfinden, so dass eine Anwendung inferenzstatistischer Verfahren sich erübrigte. Bei einer solchen Vorgehensweise könnten allerdings nur für die spezifischen Untersuchungsbedingungen in drei Bezirken Berlins Mitte der 1990er-Jahre Aussagen getroffen werden. Da es jedoch Ziel der Studie war, Aussagen mit größerer Reichweite zu treffen, wurde dies verworfen.

Allerdings ist die Frage, welcher Grundgesamtheit die untersuchte Stichprobe zuzuordnen ist, nicht ganz einfach zu beantworten. Handelt es sich allgemein um eine Population psychiatrischer Langzeitpatienten oder nur um eine Population europäischer oder deutscher Langzeitpatienten in städtischen Ballungsräumen oder etwa nur um eine Population langzeithospitalisierter Patienten in Berlin? Am ehesten lässt sich annehmen, dass psychiatrische Langzeitpatienten in stationären Einrichtungen mittlerer fachlicher Qualität in städtischen Ballungsgebieten Mitteleuropas die Grundgesamtheit bilden.

6.1.3 Erhebungsinstrumente und Auswertungsmethoden

Mit der *Brief Psychiatric Rating Scale* (CIPS 1986) und der *v. Zerssen Beschwerdenliste* (CIPS 1986) wurden bereits gut etablierte Erhebungsinstrumente für die Untersuchung ausgewählt. Der *Klientenbogen zur Behandlungsbewertung* (GRUYTERS 1995) kann ebenfalls als hinreichend erprobt gelten (vgl. GRUYTERS & PRIEBE 1992; GRUYTERS & PRIEBE 1994; PRIEBE et al. 1995; PRIEBE & GRUYTERS 1995). Das für die Untersuchung zentrale Instrument, das *Berliner Lebensqualitätsprofil* (PRIEBE et al. 1995) geht auf das *Lancashire Quality of Life Profile* (OLIVER et al. 1996) zurück, welches wiederum auf dem von LEHMAN (1988) entwickelten *Quality of Life Interview* fußt. Beide Instrumente sind in der psychiatrischen Forschung etabliert. Auch das BeLP kann inzwischen als hinreichend erprobt gelten. Es bietet den Vorteil, dass es speziell für die Anwendung bei psychisch kranken Menschen entwickelt wurde, leicht verständlich und in vertretbarem Zeitaufwand durchführbar ist. Ein Vergleich mit einem anderen Erhebungsbogen zur Lebensqualität, ei-

ner von der Gießener Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie veränderten Fassung der Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste (MLDL-GI) hat gezeigt, dass beide Instrumente eine sehr hohe Redundanz aufweisen (FRANZ et al. 1998). Dies kann auch als Hinweis auf eine gute Validität des BeLP gewertet werden. Nachteile können in der für einzelne Zufriedenheitsbereiche niedrigen Reliabilität sowie in den nur begrenzt zur Verfügung stehenden Referenzwerten aus der Allgemeinbevölkerung gesehen werden.

Bei der Auswertung wurde viel Wert auf eine ausführliche deskriptive Darstellung gelegt. Aus der Perspektive einer globalen Fragestellung (*Verbessert sich die Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung?*), die möglicherweise für einzelne Akteure wie etwa die Kostenträger von besonderem Interesse ist, wäre das unnötig gewesen; in Hinblick auf eine Relevanz für die Versorgungs- und individuelle Behandlungsplanung erschien es aber durchaus sinnvoll, bei der Auswertung differenziert auf einzelne Lebensbereiche einzugehen.

Als inferenzstatistische Verfahren wurden in der Regel einfache Signifikanztests (t-Test, Varianzanalyse) verwendet. Bei der gegebenen Stichprobengröße ließen sich kleinere Abweichungen von der Normalverteilung vernachlässigen. Die Teststärke (*Power*) ist bei der Untersuchung des Verlauf subjektiver Lebensqualität bei entlassenen Patienten deutlich stärker als bei einem Vergleich der beiden Stichproben stationär verbliebener und entlassener Patienten. Dies hängt damit zusammen, dass bei der Überprüfung von Mittelwertsunterschieden abhängiger Stichproben bereits kleinere Stichprobengrößen zu einer angemessenen Teststärke von 80 % führen. So fällt bei der Analyse des Verlaufs subjektiver Lebensqualität die Power für die allgemeine Lebenszufriedenheit mit 80 % bei $\alpha = .05$ und mit 58 % bei $\alpha = .01$ günstig, für die Gesamtzufriedenheit mit 98 % bei $\alpha = .05$ bzw. 91 % bei $\alpha = .01$ sogar sehr günstig aus. Bei der Überprüfung der Mittelwertsdifferenzen zwischen den beiden Stichproben entlassener und weiter stationär behandelter Patienten dagegen beträgt die Power beispielsweise für die allgemeine Lebenszufriedenheit bei $\alpha = .05$ nur 43 % und bei $\alpha = .01$ sogar nur 21 %, sodass tatsächlich nur relativ große Unterschiede (> 0.5 Skalenpunkte auf der Zufriedenheitsskala) eine Chance haben, entdeckt zu werden. Gerade bei dem Vergleich subjektiver Lebensqualität von entlassenen und stationären Patienten muss also immer berücksichtigt werden, dass kleinere Effekte mit größerer Wahrscheinlichkeit unentdeckt bleiben und lediglich mittlere bis größere Effekte mit Sicherheit identifiziert werden. Umgekehrt bedeutet dies gleichzeitig, dass ein nicht signifikantes Testergebnis nicht als Bestätigung der Nullhypothese angesehen und nur zurückhaltend interpretiert werden darf. Ein Vorteil ist in diesem Fall mit der eher geringen Power allerdings auch verbunden: Die Gefahr der Kumulation eines α -Fehlers, die bei mehrfacher Testung auftritt und eigentlich eine Korrektur des α -Fehlers nach *Bonferroni* erforderte, kann hier vernachlässigt werden.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Einzelergebnisse insbesondere in Bezug auf die Lebensqualität der Patienten sind bereits im Anschluss an die Ergebnisdarstellung detailliert diskutiert worden, so dass im Folgenden eine übergreifende Diskussion der globalen Ergebnisse akzentuiert wird.

6.2.1 Lebensqualität vor der Enthospitalisierung

Eine generelle Aussage über die Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten in der Klinik erscheint auf dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit und existierender empirischer Studien, die zum großen Teil aus angloamerikanischen Ländern stammen, nicht möglich. Vielmehr wird die Lebensqualität immer in Abhängigkeit von den konkreten Behandlungsbedingungen der jeweiligen Institution und allgemein in Abhängigkeit von den landesspezifischen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung unterschiedlich ausfallen. Bei der Interpretation der Ergebnisse internationaler Studien müssen also immer die jeweiligen landesspezifischen Verhältnisse berücksichtigt werden, um voreilige Schlussfolgerungen zu vermeiden. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen überrascht es nicht, dass die Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten in Berlin Mitte der 1990er-Jahre, verglichen etwa mit der Situation englischer Patienten in überfüllten psychiatrischen Krankenhäusern zu Beginn der 1980er-Jahre, nicht schlecht erscheinen. Hinsichtlich baulicher Gegebenheiten, der Höhe des Personalschlüssels und der Anzahl von Patienten pro Station sind psychiatrische Krankenhäuser in Berlin unvergleichlich viel besser gestellt als englische Großkliniken oder amerikanische *State Hospitals* zehn Jahre zuvor. Zieht man allerdings die bundesdeutsche Situation psychiatrischer Patienten in Krankenhäusern im gleichen Zeitraum als Bezugsrahmen heran, so kann die objektive Lebenssituation der hier untersuchten Patienten auch nicht durchgängig positiv bewertet werden. So lebte knapp die Hälfte der Patienten in Drei- oder Mehrbettzimmern, 88 % gingen keiner regelmäßigen Tätigkeit – beispielsweise einer Arbeitstherapie – nach. Die untersuchten stationären Einrichtungen unterschieden sich hinsichtlich des baulichen Standards, der Qualifizierung des Personals sowie der Qualität der Behandlung und Betreuung sehr deutlich voneinander, wobei insbesondere die beiden Sonderkrankenhäuser ungünstigere Bedingungen aufwiesen. Nach dem subjektiven Eindruck der Autorin war das Milieu dort – im Unterschied zu den meisten Stationen der Fachklinik – eher restriktiv-verwahrend als auf Rehabilitation und individuelle Förderung der Patienten ausgerichtet. Mindeststandards für psychiatrische Krankenhäuser, wie sie zu diesem Zeitpunkt diskutiert und an vielen Orten in Deutschland auch umgesetzt wurden, wurden dort nicht einmal im

Ansatz erfüllt. Die objektiven Lebensbedingungen der Patienten können demnach zwar nicht mehr pauschal als »elend und menschenunwürdig« bezeichnet werden, wie es 1975 noch zu Recht in der Psychiatrie-Enquete formuliert wurde, waren jedoch Mitte der 1990er-Jahre teilweise noch weit entfernt von wünschenswerten Gegebenheiten.

Die subjektive Lebensqualität der Patienten zeigt im Mittel Werte, die knapp im zufriedenen Bereich liegen. Im Vergleich zu zwei Referenzstichproben der Allgemeinbevölkerung fällt die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie die Gesamtzufriedenheit der Patienten signifikant niedriger aus. LEHMANS (1982, 1983) empirisch belegte Aussage, dass psychisch Kranke im Vergleich zur Normalbevölkerung eine niedrigere Lebensqualität aufweisen, ist also auch rund 15 Jahre später noch gültig. Allerdings sind die Patienten im Mittel mit ihrem Leben und den verschiedenen Lebensbereichen einigermaßen zufrieden und eben nicht völlig unzufrieden. Dieses Ergebnis kann unterschiedlich interpretiert werden: als Indiz für verbesserte Lebens- und Behandlungsbedingungen in den psychiatrischen Krankenhäusern, als angemessene Copingstrategie der Patienten, Erwartungen und Anspruchsniveaus (siehe SCHWARZ & STRACK 1991) den momentanen Gegebenheiten anzupassen, aber auch als resignative Anpassung (FRANZ, MEYER & GALLHOFER 2002b; KILIAN 1995) an objektiv schlechte Lebensbedingungen. Die zuletzt genannte Auffassung korrespondiert mit der klinischen und empirischen Erfahrung, dass langzeithospitalisierte Patienten sich selbst häufig keine Entwicklungsmöglichkeiten mehr vorstellen können, eine sehr resignative Haltung an den Tag legen und darin von dem langjährig tätigen Personal bestätigt werden. Häufig sind dann die beteiligten Akteure sehr überrascht, wenn ein Patient nach der Entlassung neue Dinge lernt und Anforderungen bewältigt, die vorher undenkbar schienen. Eine Prognose über Entwicklungsmöglichkeiten eines Patienten in einem neuen Lebensumfeld außerhalb der Klinik lässt sich offensichtlich von den Erfahrungen des stationären Bereichs nicht Erfolg versprechend treffen (siehe dazu KAISER et al., 1998b).

Auf der anderen Seite steht hinter der Auffassung, es handele sich bei der Zufriedenheit langzeithospitalisierter Patienten um eine Form der resignativen Anpassung, implizit die Überzeugung, dass Menschen in objektiv ungünstigen Lebenssituationen sozusagen »automatisch« unzufrieden sein müssen, dass also objektive und subjektive Lebensqualität im Wesentlichen immer gleich gut oder schlecht ausfallen. Wie mit den soziologischen Begriffen *Zufriedenheitsparadox* und *Unzufriedenheitsdilemma* (ZAPF 1984) bereits angedeutet und in psychologischen Erklärungsmodellen (z. B. SCHWARZ & STRACK 1991; TVERSKY & GRIFFIN 1991) im Einzelnen ausgeführt wird, ist die subjektive Zufriedenheit nicht als bloßer Reflex der objektiven Gegebenheiten zu betrachten, sondern von vielfältigen vermittelnden Variablen (Persönlichkeitsmerkmalen, Erwartungshaltungen, Anspruchsniveaus, kognitiven Prozessen, Referenzgruppen) beeinflusst. Beispiels-

weise korrespondiert die hohe subjektive Lebensqualität vieler chronischer Krebspatienten ebenso wenig mit den schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der verminderten Lebenserwartung wie die wieder auf den Ausgangswert zurückgefallene Zufriedenheit des Lotteriegewinners mit seinen realen, objektiv verbesserten Lebensbedingungen. Der Umstand, dass objektive und subjektive Lebensqualität differieren, kann also mit Hilfe psychologischer Theorien hinreichend erklärt werden und ist nicht weiter überraschend, sofern man die psychologische Grundlagenforschung zur Lebensqualität zur Kenntnis nimmt bzw. in Rechnung stellt. Für die Forschung ist daraus die Schlussfolgerung zu ziehen, dass es sinnvoll ist, beides zu erheben und eventuell auch getrennt zu interpretieren. Dass eine existierende Zufriedenheit der Patienten nicht als Legitimation für tatsächlich vorhandene, schlechte Bedingungen in den Krankenhäusern benutzt werden darf, soll hier nur am Rande erwähnt werden.

FRANZ und Koautoren (2002b) vergleichen das Lebensqualitätsprofil ihrer Stichprobe hessischer Langzeitpatienten mit einer Teilstichprobe der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Der Vergleich zeigt einen fast vollständig parallelen Verlauf der Profile, wobei die Berliner Patienten sich im Mittel etwas unzufriedener äußern. Die verblüffend große Ähnlichkeit der Profile kann so interpretiert werden, dass die Struktur der subjektiven Lebensqualität bei langzeithospitalisierten Patienten gleich bleibt und lediglich das Ausmaß der Zufriedenheit in Abhängigkeit von den jeweiligen Gegebenheiten und den Stichprobencharakteristika variiert. Zur Struktur des Lebensqualitätsprofils langzeithospitalisierter Patienten gehört danach eine eher niedrig ausgeprägte Zufriedenheit mit der Beschäftigungs- sowie der finanziellen und familiären Situation und eine höher ausgeprägte Zufriedenheit in den Bereichen Freizeit und Sicherheit. Die Tatsache, dass die Berliner Patienten sich unzufriedener äußern als die hessischen Patienten, kann mit dem Einfluss unterschiedlicher Stichprobencharakteristika erklärt werden. Patienten der hessischen Stichprobe sind mit durchschnittlich 60 Jahren deutlich älter und haben mit rund 30 Jahren auch eine wesentlich längere Aufenthaltsdauer in der Klinik als die Patienten der hier untersuchten Stichprobe. Da die subjektive Lebensqualität mit steigendem Alter und längerer Aufenthaltsdauer in der Klinik tendenziell wächst, lässt sich die etwas niedrigere Zufriedenheit der Berliner Patienten damit erklären.

Angesichts der beschriebenen Ausgangslage mit im Durchschnitt relativ hohen Zufriedenheiten langzeithospitalisierter Patienten war der Spielraum für Verbesserungen der subjektiven Lebensqualität im Zuge einer Enthospitalisierung von vornherein nicht sehr groß.

6.2.2 Lebensqualität nach der Enthospitalisierung und im Verlauf

Die subjektive Lebensqualität der Patienten hat sich nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus deutlich verbessert, und zwar sowohl hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit als auch hinsichtlich der Gesamtzufriedenheit; in keinem Lebensbereich ist eine Verschlechterung zu konstatieren. Dies gilt auch für die objektiven Lebensbedingungen der Patienten. Vielfach geäußerten Bedenken, dass im Zuge der Enthospitalisierungsmaßnahmen auch bei uns *amerikanische Verhältnisse*²¹ (FISCHER & BREAKEY 1986; MARSHALL & GATH 1992) einkehren werden, ist jede Grundlage entzogen worden.

Im Vergleich zu den beiden Referenzgruppen aus der Allgemeinbevölkerung fällt die subjektive Lebensqualität entlassener Patienten allerdings immer noch ungünstiger aus. Die globalen Indikatoren (allgemeine Lebenszufriedenheit und Gesamtzufriedenheit) sind deutlich niedriger als bei Studenten und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen. Lediglich die Zufriedenheit mit der Wohnsituation hat sich in solchem Ausmaß verbessert, dass sie die Zufriedenheiten beider Referenzgruppen übertrifft. Dies kann zum einen als Beleg für die Änderungssensitivität des Lebensqualitätskonzeptes gewertet werden, die gelegentlich angezweifelt wird (BARRY & ZISSI 1997), zum anderen aber auch als Hinweis dafür, dass gezielte Interventionen wie Enthospitalisierungsmaßnahmen auch tatsächlich differentielle Effekte in Hinblick auf die Lebensqualität der beteiligten Patienten zeitigen.

Die gefundenen Veränderungen subjektiver Lebensqualität mögen einem Praktiker vielleicht nicht sehr groß erscheinen. Die Zufriedenheiten der Patienten sind nach ihrer Entlassung aus der Klinik schließlich nicht sprunghaft gestiegen oder im Profil völlig verändert. In Relation zu anderen Studien (ALBRECHT et al. 1997; BARRY & CROSBY 1996; ROPERS et al. 1997) und in Anbetracht der recht hohen Varianz subjektiver Lebensqualität sind sie im Mittel jedoch sehr deutlich. In methodischer Hinsicht sind außerdem zwei Aspekte zu bedenken. Zum einen werden vorhandene gruppenspezifische Unterschiede der subjektiven Lebensqualität, wie sie etwa für schizophrene Patienten beschrieben worden sind, bei einer Untersuchung der Gesamtstichprobe nicht abgebildet. Zum anderen ist die *Power* (Teststärke) angesichts der begrenzten Stichprobengröße nicht sehr hoch, so dass möglicherweise kleinere Veränderungen unentdeckt bleiben bzw. nicht signifikant ausfallen.²² Insofern sind die gefundenen Unterschiede durchaus bedeutsam. Dass man auf dem Hintergrund von Theorien zur sozialen Urteils-

21 Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, sind damit massenhafte, schlecht vorbereitete Entlassungen langzeithospitalisierter Patienten ohne gesicherte Nachbetreuung mit entsprechenden Folgen (Obdachlosigkeit, fehlende Behandlung) gemeint.

22 Auf diese Problematik wurde ausführlich in Abschnitt 3.3.8 eingegangen.

bildung im Übrigen auch negative Effekte hätte erwarten können, ist an anderer Stelle (Abschnitt 5.1.4.5) ausgeführt worden.

Bei der Veränderung der subjektiven Lebensqualität ist ein generalisierter Effekt zu konstatieren (siehe auch Abschnitt 5.1.4.5). Das Lebensqualitätsprofil ändert sich also nicht wesentlich in seiner Struktur, sondern es findet eine parallele Verschiebung zum positiven Ende der Zufriedenheitsskala statt. Dieser Befund spricht für einen gemeinsamen, vermittelnden Faktor, der im Zuge der Enthospitalisierung die subjektive Lebensqualität der Patienten beeinflusst. Möglicherweise handelt es sich dabei, wie oben ausgeführt, um eine von den Patienten wahrgenommene größere Autonomie, möglicherweise spielen jedoch auch noch weitere, bisher nicht identifizierte Faktoren wie etwa erhöhtes Selbstwertgefühl eine Rolle. Auf jeden Fall stützen die eigenen Befunde eine Generalisierungs-Hypothese von Lebensqualitätsverläufen und widersprechen einer Kompensations- oder Neutralisierungs-Hypothese, wie sie gelegentlich diskutiert werden.²³

Auf einen Umstand, der hier möglicherweise etwas zur Erklärung beitragen kann, haben DAVIDSON et al. (1996) hingewiesen. Das Leben der Patienten in der Klinik und in der Gemeinde hat in verschiedener Hinsicht (Tagesablauf, ausgeübte Aktivitäten) durchaus Ähnlichkeiten miteinander. Patienten bevorzugen jedoch eindeutig ein Leben außerhalb der Klinik, weil sie ein größeres Gefühl der Freiheit und Autonomie haben, sich sicherer fühlen und in stärkerem Ausmaß als vorher ihre Privatheit wahrnehmen können. In Bezug auf die Veränderung der Lebensqualität lässt sich das so interpretieren, dass möglicherweise für die Patienten nicht die Veränderung in einzelnen Lebensbereichen das Entscheidende ist, sondern insgesamt ein Zuwachs an Autonomie und Privatheit.

Eine positive Veränderung subjektiver Lebensqualität nach der Entlassung langzeithospitalisierter Patienten aus der Klinik ist in internationalen Studien bereits verschiedentlich beschrieben worden (BARRY & CROSBY 1996; GIBBONS & BUTLER 1987; LEFF et al. 1996; OKIN & PEARSALL 1993). Aus deutschen Enthospitalisierungsstudien dagegen wurden abgesehen von einer Studie (ROPERs et al. 1997) keine (FRANZ et al. 1998) oder sogar geringfügig negative Effekte (ALBRECHT et al. 1997) berichtet. Insofern stehen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in Übereinstimmung mit denen internationaler Studien und bestätigen die Ergebnisse *einer* deutschen Studie. Es stellt sich die Frage, wie die unterschiedlichen Ergebnisse zu den anderen beiden deutschen Studien erklärt werden

23 Die *Generalisierungs-Hypothese* geht davon aus, dass sich eine (positive oder negative) Veränderung in einem Lebensbereich in gleicher Weise auf die anderen Lebensbereiche auswirkt. Die *Kompensations-Hypothese* dagegen postuliert, dass beispielsweise negative Veränderungen in einem Lebensbereich durch positive Veränderungen in einem anderen Bereich ausgeglichen werden.

können. Die Unterschiede zu der Studie von ALBRECHT et al. (1997) hängen sicherlich damit zusammen, dass dort eine so genannte *interne Enthospitalisierung* untersucht wurde: Patienten wurden nicht tatsächlich aus der Klinik entlassen, sondern nur intern auf Stationen mit höheren Anforderungen oder in Wohngruppenverbände auf dem Klinikgelände verlegt. Nach dem hier dargelegten Verständnis von Enthospitalisierung muss bezweifelt werden, ob in dieser Studie tatsächlich Enthospitalisierung untersucht worden ist oder nicht vielmehr die interne Umstrukturierung eines Krankenhauses. Die Studie von FRANZ et al. (1998) untersuchte wie bereits erwähnt eine Stichprobe schwer chronifizierter älterer Patienten mit höheren Ausgangswerten subjektiver Lebensqualität, so dass der Spielraum für positive Veränderungen von vornherein geringer war. Außerdem entsprach die Stichprobe eher den von TRIEMAN & LEFF (1996, 2002) als »*difficult to place*« beschriebenen Patienten, die andere Betreuungsformen benötigen, um hinsichtlich ihrer Lebensqualität von einer Enthospitalisierung zu profitieren. Auch waren die Rahmenbedingungen der Enthospitalisierung im ländlichen Gebiet Hessens andere als in Berlin. Im großstädtischen Ballungsraum wurden die Patienten in ein regional umgrenztes Gebiet entlassen, in dem die komplementären Einrichtungen in unmittelbarer zeitlicher und räumlicher Nähe die Betreuung aufnehmen und zudem die Patienten über tagesstrukturierende Angebote relativ leicht Kontakt untereinander finden konnten. Dies war im ländlichen Raum sicherlich sehr viel schwerer zu bewerkstelligen. Die Ergebnisse der eigenen Studie können aber als Beleg dafür genommen werden, dass Enthospitalisierung auch bei jüngeren Patienten mit kürzeren Hospitalisierungszeiten einen positiven Effekt auf die subjektive Lebensqualität hat (vgl. auch PRIEBE et al. 2002a).

Dies führt zu der Frage, welche Patienten von der stattgefundenen Enthospitalisierung am meisten profitieren konnten. Wie in Abschnitt 5.1.4.3 beschrieben wurde, sind hier insbesondere zwei Gruppen, nämlich Frauen und schizophrene Patienten zu nennen. Die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität zeigt sich bei Frauen besonders deutlich in den Bereichen *Familie* und *Freunde*. Wahrscheinlich haben diese Bereiche für Frauen eine größere Bedeutung als für Männer, waren aber in der Klinik besonderen Beschränkungen unterworfen, so dass Frauen erst in einem neuen, außerinstitutionellen Umfeld ihre Vorstellungen verwirklichen und die eigenen Ressourcen zur Geltung bringen konnten. Die andere Gruppe, die von einer Enthospitalisierung hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität besonders profitieren konnte, sind Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie. Dies gilt sowohl für mittelfristig als auch für langfristig hospitalisierte Patienten. Da internationale Studien gezeigt haben, dass rund drei Viertel der langzeithospitalisierten Patienten Schizophrene sind, kommt diesem Ergebnis besondere Bedeutung zu. Die Gruppe mit dem höchsten Risiko einer Langzeit- oder Dauerhospitalisierung kann in Bezug auf die subjektive Lebensqualität offensichtlich

von Enthospitalisierungsmaßnahmen am meisten profitieren. Umgekehrt haben Enthospitalisierungsmaßnahmen bei Patienten anderer Diagnosegruppen anscheinend nur geringere Effekte hinsichtlich einer Verbesserung der subjektiven Lebensqualität. Eine Erklärung dafür ist, dass bei Patienten anderer Diagnosegruppen nur diejenigen mit einem besonders schweren Krankheitsverlauf oder einer somatischen Komorbidität längerfristig in der Klinik verbleiben. Es gibt einige Hinweise, die eine solche Annahme stützen. So haben in der untersuchten Stichprobe Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die längste Gesamtdauer bisheriger stationärer Behandlungen (durchschnittlich neun Jahre). Mindestens eine zusätzliche somatische Erkrankung haben 70 % der Patienten mit Abhängigkeits-erkrankungen, 58 % der Patienten mit affektiven Erkrankungen und 43 % der Patienten mit Persönlichkeits- oder neurotischen Störungen, aber nur 27 % der Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis. Nur diejenigen nicht-schizophrenen Patienten, die einen untypisch schweren Krankheitsverlauf oder ernsthafte körperliche Begleiterkrankungen haben, unterliegen demnach einem höheren Risiko der Langzeithospitalisierung. Bei diesen Patienten greifen dann die üblichen Konzepte der Enthospitalisierungsmaßnahmen und außerstationären Betreuungsformen nur unzureichend, so dass positive Effekte auf die Lebensqualität ausbleiben.

Aussagen über den differentiellen Einfluss unterschiedlicher Betreuungssettings auf die subjektive Lebensqualität der Patienten können anhand der vorliegenden Arbeit nur mit einer Reihe von Einschränkungen in methodischer Hinsicht getroffen werden. Zum einen sind die Betreuungsformen so vielfältig, dass die zu vergleichenden Gruppen sehr klein werden. Zudem verbergen sich häufig unter dem selben Begriff (z. B. betreute Wohngemeinschaft, Wohnheim) Einrichtungen mit sehr unterschiedlichen Betreuungskonzepten und -maßnahmen, so dass eine Vergleichbarkeit erschwert ist. Schließlich gibt es plausible Gründe dafür, dass Krankheitsschwere und Betreuungsform nicht unabhängig voneinander sind, dass also kränkere und chronifiziertere Patienten bevorzugt in bestimmte Settings entlassen werden. Ungeachtet dieser methodischen Einschränkungen ist es natürlich auch nicht auszuschließen, dass die verschiedenen Betreuungsformen tatsächlich keinen unterschiedlichen Effekt auf die subjektive Lebensqualität ausüben. Hinweise dafür finden sich in der Literatur (z. B. LEISSE & KALLERT 2001; OLIVER & MOHAMAD 1992). In der kürzlich publizierte Studie von LEISSE & KALLERT (2001) wurden 245 Patienten zu ihrer Wohnzufriedenheit befragt, wobei nach fünf verschiedenen Betreuungssettings (Pflegeheim/Sozialtherapeutisches Wohnheim/ambulant betreutes Wohnen/mit Familie wohnend/alleine lebend) differenziert wurde. Die Autoren fanden zwar insgesamt signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, im Wesentlichen allerdings zwischen den im Pflegeheim lebenden Patienten und den Patienten, die gemeinsam mit ihrer Familie wohnen. Die drei institutionellen Betreuungsformen dagegen unterschieden sich nicht si-

gnifikant voneinander. Es muss zukünftigen Bemühungen im Rahmen von Evaluationsstudien vorbehalten bleiben, hierzu genauere Aussagen zu treffen.

6.2.3 Vergleich der Lebensqualität bei entlassenen und stationären Patienten

Einige methodische Probleme (Heterogenität der Stichprobencharakteristika und Betreuungsformen, naturalistischer Ansatz der Studie), die bei einem Vergleich der beiden Stichproben entlassener und stationärer Patienten entstehen, sind bereits ausführlich an anderer Stelle (Abschnitt 5.2.3) erörtert worden, sodass hier nicht noch einmal darauf eingegangen wird.

Die globale Tendenz der eigenen Befunde, dass die (objektive und subjektive) Lebensqualität entlassener Patienten günstiger ausfällt als die stationär behandelte Patienten, steht in Übereinstimmung mit anderen empirischen Ergebnissen. Zahlreiche empirische Studien, die im Querschnitt die Lebensqualität von Patienten in stationären (Krankenhaus, Heim) und in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen (z. B. betreuten Wohngruppen) miteinander vergleichen, kommen zu dem Ergebnis, dass sowohl die objektiven Lebensbedingungen (LEHMAN POSSIDENTE & HAWKER 1986) als auch die subjektive Zufriedenheit (BORGE et al. 1999; KEMMLER et al. 1999; LEISSE & KALLERT 2001; SHEPHERD et al. 1996; SIMPSON, HYDE & FARAGHER 1989) in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen günstiger ausfallen. Bis auf zwei der genannten Studien (KEMMLER et al. 1999; LEISSE & KALLERT 2001) wird allerdings die psychopathologische Symptomatik als Einflussvariable nicht berücksichtigt, so dass die Ergebnisse nur mit Einschränkungen interpretiert werden können.

Im Querschnittsvergleich und unter Einbeziehung des Alters und der psychopathologischen Symptomatik als Einflussvariablen unterscheiden sich beide Gruppen der eigenen Studie lediglich hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Wohnbereich signifikant voneinander; andere signifikante Unterschiede verschwinden nach Berücksichtigung der erwähnten Einflussvariablen. Mit anderen Worten: Stellt man in Rechnung, dass ältere und kränkere Patienten in der Klinik verblieben sind und umgekehrt jüngere Patienten mit nicht so ausgeprägter Symptomatik zuerst enthospitalisiert worden sind, so bleibt als entscheidender Unterschied bestehen, dass entlassene Patienten deutlich zufriedener mit ihrer Wohnsituation sind. Aufgrund der eher geringen Teststärke kann allerdings nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass weitere Unterschiede der subjektiven Lebensqualität unentdeckt geblieben sind. Die eigenen Ergebnisse bestätigen jedenfalls die generelle Tendenz der oben genannten Studien, dass die Lebensqualität gemeindepsychiatrisch betreuter Patienten günstiger ausfällt als die stationär behandelte Patienten. In grundsätzlicher Hinsicht kann man natürlich anzweifeln, ob die Wirkung eines Behandlungssettings (hier: stationäre Psychiatrie vs. Gemeinde-

psychiatrie) analog zur Wirkung eines Medikamentes (beispielsweise Neuroleptikum vs. Placebo) betrachtet und untersucht werden kann. Vermutlich spielt der jeweilige Kontext des Settings – also etwa die Art der Finanzierung, die konkreten baulichen Bedingungen, die Erwartungen der Gesellschaft, der Behandler und der Patienten etc. – für den jeweiligen Zusammenhang mit der subjektiven Lebensqualität eine ganz entscheidende Rolle, und zudem gibt es eine Vielzahl potenziell konfundierender Variablen, die nicht alle kontrolliert werden können. Wenn Studien aus verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Versorgungsbedingungen dennoch in der Essenz ähnliche Befunde beschrieben haben, dann scheint es bei Enthospitalisierungen eine Reihe gemeinsamer Faktoren zu geben, die trotz international unterschiedlicher Rahmenbedingungen überall zu einem ähnlichen Ergebnis – Verbesserung der Lebensqualität – führen. Diese Faktoren können beispielsweise in einer größeren Autonomie der Patienten nach der Klinikentlassung, individualisierter Behandlung und Betreuung, Normalisierung des Alltags und der sozialen Beziehungen, größerer wahrgenommener Wertschätzung und Respekt oder auch einem höheren Selbstwertgefühl der Patienten begründet sein.

Von ungleich höherem Interesse als der Vergleich beider Gruppen im Querschnitt ist der Vergleich im Längsschnitt, also die Frage, ob sich die subjektive Lebensqualität stationär weiterbehandelter und entlassener Patienten in unterschiedlicher Weise verändert. Die zunächst signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen verschwinden nach Einbeziehung der beiden Kovariaten Alter und psychopathologische Symptomatik. Hier zeigt sich besonders deutlich die Problematik einer heterogenen Stichprobe. Erst nachdem eine diagnostisch homogene Stichprobe – schizophrene Patienten – untersucht sowie eine weitere Differenzierung der stationären Patienten in Subgruppen vorgenommen wurde (Patienten, die in andere stationäre Einrichtungen verlegt worden waren/Patienten, die in demselben stationären Setting verblieben waren), zeigen sich signifikante Unterschiede im Verlauf der subjektiven Lebensqualität. Entlassene Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sind signifikant zufriedener mit ihrem Leben allgemein sowie mit ihrer Wohnsituation und ihren sozialen Kontakten. Insbesondere die höhere allgemeine Lebenszufriedenheit bei entlassenen Patienten ist ein bedeutungsvoller Befund, da dieser Indikator die subjektive Lebensqualität quasi gebündelt »auf den Punkt bringt« und das generelle Lebensgefühl der Patienten widerspiegelt. Wieder bestätigt hat sich der Befund, dass die Zufriedenheit mit der Wohnsituation der sensibelste Indikator ist, der stattgefundenen Veränderungen am besten abbildet (siehe auch BARRY & CROSBY 1996).

Eine Frage, die im Rahmen dieser Arbeit nur gestellt, aber nicht beantwortet werden kann, betrifft die im Krankenhaus verbliebenen Patienten. Handelt es sich hierbei um den häufig zitierten *harten Kern* langzeithospitalisierter Patien-

ten, die tatsächlich nicht außerhalb der Klinik betreut werden können und die man besser »in Ruhe lassen sollte«, oder sind es lediglich »*difficult to place*«, also schwierig zu platzierende Patienten, für die angemessene, neue Betreuungsformen konzipiert werden müssen (vgl. dazu FRANZ et al. 2002a; TRIEMAN und LEFF 1996)? Gerade angesichts der relativ hohen Zufriedenheit langzeithospitalisierter Patienten und ihrer zunächst geringen Motivation für eine Veränderung ist die Beantwortung dieser Frage nicht einfach. Angesichts ermutigender Befunde aus der Praxis (DÖRNER 1998) und aktueller Ergebnisse der TAPS-Studie (TRIEMAN und LEFF 2002), die nach einem längeren Zeitraum von fünf Jahren deutliche positive Veränderungen problematischen sozialen Verhaltens und alltagspraktischer Fertigkeiten der Patienten verzeichnen konnte, sollte jedoch ein solcher Schluss nicht vorschnell gezogen werden. Vielmehr sollte zunächst der Versuch unternommen werden, auch für die Gruppe schwer chronifizierter Patienten angemessene, auf ihre Defizite und ihren Betreuungsbedarf zugeschnittene Hilfeleistungen zu entwickeln.

6.2.4 Einflussfaktoren und Prädiktion

Die Auswahl möglicher Einflussvariablen wurde auf der Grundlage von Ergebnissen empirischer Studien getroffen. Grundsätzlich kann natürlich nicht ausgeschlossen werden, dass weitere, im Rahmen dieser Studie nicht erfasste Variablen relevant sind; beispielsweise sei auf solche Konstrukte wie die Autonomie oder das Selbstwertgefühl der Patienten verwiesen. Im Zusammenhang mit der Fragestellung der vorliegenden Arbeit erscheint jedoch eine auf wenige Einflussfaktoren begrenzte Analyse vertretbar. Weiter soll erwähnt werden, dass mit der hier durchgeführten Analyse lediglich lineare Zusammenhänge erfasst werden können. Es ist jedoch durchaus denkbar, dass der Zusammenhang zwischen bestimmten Einflussvariablen und der subjektiven Lebensqualität keineswegs linear verläuft (siehe z. B. KEMMLER et al. 1999). Schließlich spiegeln die quantitativen Unterschiede zwischen der Gruppe entlassener und der stationär verbliebener Patienten wahrscheinlich auch qualitative Unterschiede wider, die nicht statistisch zu kontrollieren sind. Die im Folgenden diskutierten Ergebnisse zu Einflussfaktoren müssen demnach mit diesen Einschränkungen versehen werden.

Die besondere Bedeutung der psychopathologischen Symptomatik als Einflussvariable der subjektiven Lebensqualität, wie sie in der Literatur häufig beschrieben wird (KAISER & PRIEBE 1998; LAUER & STEGMÜLLER-KOENEMUND 1994; LEHMAN 1983; MELTZER 1992; MUESER et al. 1991; SIMPSON et al. 1989), hat sich auch in dieser Arbeit bestätigt. Mit steigender psychopathologischer Symptomatik sinkt die subjektive Lebensqualität. Dabei konnte außerdem gezeigt werden, dass der Zusammenhang zur Gesamtzufriedenheit enger ist als zur all-

gemeinen Lebenszufriedenheit. In Hinblick auf eine grundsätzliche Diskussion zum Lebensqualitätskonzept könnte dies Anlass geben, in der Forschung weiter der Frage nachzugehen, ob die allgemeine Lebenszufriedenheit eher im Sinne eines *trait*, also einer überdauernden Persönlichkeitsvariablen, und die Gesamtzufriedenheit eher im Sinne eines *state*, also eines über die Zeit veränderlichen Konstruktes, verstanden werden kann. Oder, wie BECKER (1991) es formuliert, ob die allgemeine Lebenszufriedenheit eher als *habituelles Wohlbefinden* und die Gesamtzufriedenheit eher als *aktuelles Wohlbefinden* zu interpretieren ist. Für die Auswahl geeigneter Lebensqualitäts-Indikatoren im Rahmen der Evaluation ist die Beantwortung dieser Frage sehr relevant: Sehr wahrscheinlich erweist sich die Gesamtzufriedenheit vor dem Hintergrund dieser Überlegungen als besser geeigneter Indikator.

Die genauere Analyse zeigt allerdings, dass die Ergebnisse so vielschichtig sind, dass sie sich einer einfachen Deutung widersetzen. So ist der Einfluss der psychopathologischen Symptomatik differenziert zu betrachten: Wird die allgemeine Lebenszufriedenheit vorrangig von einer *Angst-Depressions-Symptomatik* beeinflusst, ist die Gesamtzufriedenheit daneben und insbesondere im Verlauf auch von den Symptombereichen *Feindseligkeit* und *Anergie* abhängig. Dass insbesondere eine Negativsymptomatik sich ungünstig auf die subjektive Lebensqualität der Patienten auswirkt, ist verschiedentlich empirisch belegt (BROWNE et al. 1996; HESLEGRAVE et al. 1997). Auf die Behandlung bezogen kann man daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass möglicherweise über eine gezielte Beeinflussung der Negativsymptomatik – beispielsweise durch medikamentöse Therapie mit atypischen Neuroleptika und Soziotherapie – die subjektive Lebensqualität der Patienten verbessert werden kann.

Der Einfluss der beiden anderen erfassten subjektiven Konstrukte – Nutzerzufriedenheit und Beschwerden – fiel erwartungsgemäß aus: Mit steigender Nutzerzufriedenheit und sinkender Anzahl der Beschwerden verbessert sich tendenziell die subjektive Lebensqualität. Dass für die befragten Patienten offensichtlich nicht nur die »weichen« Variablen (wie die Qualität der therapeutischen Beziehung oder der ihnen entgegengebrachte Respekt) zählen, sondern auch »harte« Faktoren wie die Einschätzung der Effektivität der Behandlung insgesamt und der Medikation im Besonderen, wurde bereits im entsprechenden Ergebnisteil (Abschnitt 5.1.5.4) hervorgehoben.

Bei der Prädiktion subjektiver Lebensqualität im Zeitverlauf erwies sich die Gesamtzufriedenheit als entscheidende Prädiktorvariable, während objektive Variablen nur einen geringen (Alter) bzw. keinen (Hospitalisierungsdauer) signifikanten Einfluss zeigten. Auf den ersten Blick erscheint dieses Ergebnis etwa genauso aussagekräftig und hilfreich wie die (empirisch begründete) Erkenntnis, dass der beste Prädiktor zur Vorhersage zukünftiger Suizidversuche die vorangegangenen Suizidversuche eines Patienten darstellen. Bei genauerer Betrachtung

ist der Befund aber durchaus plausibel: Offensichtlich fungiert die Gesamtzufriedenheit bzw. die Zufriedenheiten in den verschiedenen Lebensbereichen zum Zeitpunkt der Erstbefragung in der Klinik als Ausgangsbasis. Davon ausgehend finden dann im Verlauf die Veränderungen jeweils proportional zum Ausgangswert statt, ohne dass es zu Veränderungen in der Struktur des Lebensqualitätsprofils kommt. Mit anderen Worten, es kommt in der Regel nicht zu überraschenden oder sprunghaften Zufriedenheitsveränderungen, sondern zu einer generellen Verbesserung der Zufriedenheiten in allen Lebensbereichen.

Zu einem gegebenen Zeitpunkt kann die Gesamtzufriedenheit am besten auf der Grundlage der Einzelzufriedenheiten von drei Bereichen (körperliche Gesundheit, Wohnen, Arbeit/Beschäftigung) vorhergesagt werden. Aus den groß angelegten Befragungen der bundesdeutschen Bevölkerung in den 1980er-Jahren ist bekannt, dass die Gesamtzufriedenheit ebenfalls von der Zufriedenheit mit der Gesundheit, daneben aber maßgeblich von der Zufriedenheit mit materiellen Bedingungen beeinflusst wird (GLATZER & ZAPF 1984). Materielle Bedingungen werden nun nicht unwesentlich davon bestimmt, ob der Einzelne in einem Arbeitsverhältnis steht und wie er entlohnt wird. Insofern steht das Ergebnis der vorliegenden Studie nicht in Widerspruch, sondern in einem plausiblen Zusammenhang mit den eben beschriebenen Ergebnissen. Außerdem verweist es auf die besondere Bedeutung der Arbeit für die subjektive Lebensqualität, aber auch das Selbstwertgefühl und die sozialen Kontakte psychisch Kranker, die inzwischen empirisch belegt sind (BELL & LYSAKER 1997). Befragungen in der bundesdeutschen Bevölkerung würden heutzutage möglicherweise ebenfalls eine gestiegene Wertigkeit der Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitssituation dokumentieren. In Zeiten der Vollbeschäftigung ist die Zufriedenheit mit diesem Lebensbereich vielleicht nicht so wichtig wie in Zeiten des eklatanten Mangels an Arbeitsplätzen und einer hohen Arbeitslosenrate.

Da sich die Wohnsituation für die Patienten im Zuge einer Enthospitalisierung am stärksten verändert hat, erscheint es plausibel, dass die Zufriedenheit in diesem Lebensbereich ganz maßgeblich die Gesamtzufriedenheit beeinflusst. In diesem Zusammenhang wäre es interessant, eine weitere Nachuntersuchung nach einem längeren Intervall durchzuführen. Möglicherweise ist zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr die Veränderung der Wohnsituation im Sinne eines Kontrasteffektes (nach SCHWARZ & STRACK 1991) für die Konstituierung der Gesamtzufriedenheit relevant, sondern andere Lebensbereiche wie z. B. soziale Kontakte und Freizeit, die sich direkt auf die aktuelle Befindlichkeit der Patienten auswirken, könnten an Bedeutung gewonnen haben.

6.3 Einordnung in den Forschungskontext

In den letzten vier Abschnitten sollen der Beitrag der Arbeit zur Lebensqualitäts- und Enthospitalisierungsforschung beschrieben sowie Konsequenzen in Hinblick auf die praktische Versorgung und ein zu etablierendes Qualitätsmanagement in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen erörtert werden.

6.3.1 Beitrag der Arbeit zur Enthospitalisierungs- und Versorgungsforschung

Die Ära der Enthospitalisierung und damit auch der Enthospitalisierungsforschung nähert sich zumindest in den westlichen Industrienationen ihrem Ende. Hatte in den USA die Welle der Enthospitalisierung bereits in den 60er-Jahren begonnen (BRAUN et al. 1981), so lag in England ihr Schwerpunkt in den 80er- und in Deutschland in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts. Inzwischen sind fast alle Langzeitbereiche der psychiatrischen Krankenhäuser aufgelöst und die Patienten in wohnortnahe Versorgungsformen oder in Heime entlassen worden. Sofern nicht eine neue Epoche der *Enthospitalisierung der Heime* eingeläutet wird, wofür es momentan nur einige wenige Anhaltspunkte gibt, geht damit auch die Beschäftigung der Forschung mit diesem Thema zu Ende. Aus diesem Grund hat die vorliegende Arbeit einerseits die Funktion, das bestehende Bild empirischer Studien zur Enthospitalisierung zu ergänzen und abzurunden. Andererseits steht sie jedoch auch am Beginn einer neuen, sich allmählich etablierenden gemeindepsychiatrischen Versorgungsforschung, die zukünftig auch in Deutschland mehr an Bedeutung gewinnen wird. Aus der Perspektive der eigenen Arbeit lässt sich feststellen, dass die Gemeindepsychiatrie sozusagen ihren ersten Evaluationstest bestanden hat. Auch schwer kranke Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen sind in den neuen gemeindenahen Strukturen Erfolg versprechend zu behandeln und betreuen.

Im Kontext deutscher Enthospitalisierungsstudien der 1990er-Jahre (ALBRECHT et al. 1997; FRANZ et al. 1998; HEISLER 1996; KRUCKENBERG, FABIAN & HENNING 1995; ROPERS 1996) kann inzwischen als gesicherte Erkenntnis gelten, dass Enthospitalisierungsmaßnahmen für Langzeitpatienten möglich und ohne Nachteile für die Betroffenen durchführbar sind und dass diese hinsichtlich ihrer Lebensqualität dabei profitieren können. Die eigene Arbeit hat die insgesamt positive Gesamtschätzung bestätigt und in verschiedener Hinsicht differenziert. Sie zeigt, dass langzeithospitalisierte Patienten nach ihrer Integration in ein normales Lebensumfeld zwar nicht weniger krank sind, aber unter objektiv günstigeren Bedingungen leben und mit ihrem Leben allgemein und mit verschiedenen Lebensbereichen subjektiv zufriedener sind als zuvor in der Klinik. Vor dem Hintergrund widersprüchlicher Befunde zum Verlauf der subjektiven Lebens-

qualität in den genannten deutschen Studien belegen die eigenen Ergebnisse plausibel und schlüssig sowohl eine positive Veränderung der subjektiven Lebensqualität enthospitalisierter Patienten im Verlauf als auch im Vergleich mit einer Gruppe stationär verbliebener Patienten.

Darüber hinaus konnte die Arbeit differenzierende Aussagen zu einzelnen Patientengruppen treffen. Hier sind vor allem schizophrene Patienten und daneben auch Frauen zu nennen, bei denen sich die subjektive Lebensqualität besonders deutlich verbessert. In den genannten deutschen Studien wurde eine Differenzierung nach Diagnosegruppen vernachlässigt (HEISLER 1996; ROPERS 1996; ALBRECHT et al. 1997) bzw. konnte wegen einer Beschränkung auf nur eine Diagnosegruppe (FRANZ, EHLERS & MEYER 1998) nicht geleistet werden. Weiterhin haben die Ergebnisse die Erkenntnis erbracht, dass auch jüngere Patienten mit kürzeren stationären Aufenthaltsdauern von Enthospitalisierungsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Lebensqualität profitieren können.

6.3.2 Beitrag der Arbeit zur Lebensqualitätsforschung

Angesichts der in den letzten Jahren wachsenden Zahl von Veröffentlichungen zur Lebensqualität psychisch Kranker hat die vorliegende Arbeit vertiefte Erkenntnisse über eine spezielle Gruppe psychisch Kranker (langzeithospitalisierte Patienten) gewonnen und daneben auch in methodischer Hinsicht wesentliche Erkenntnisse geliefert. So hat sie den Nachweis erbracht, dass eine Selbstbeurteilung der Lebensqualität auch bei chronifizierten Patienten möglich ist und zu plausiblen und verwertbaren Ergebnissen führt. Im Gegensatz zu anders lautenden Ergebnissen (BORGE et al. 1999) konnten hier langzeithospitalisierte Patienten im mündlichen Interview ihre eigene Lebensqualität aussagekräftig beurteilen. Im Sinne einer verstärkten Einbeziehung der Nutzerperspektive in der Medizin allgemein und insbesondere in der Psychiatrie verdient dieses Ergebnis besondere Beachtung. Das in jüngster Zeit propagierte Idealziel eines »mündigen Patienten« kann durch derartige Ansätze, die subjektive Sicht der betroffenen Patienten als Evaluationskriterien einzubeziehen, befördert werden.

Das Konzept der Lebensqualität und das hier verwendete Instrument, das Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP), haben sich als änderungssensitiv erwiesen. Auch in dieser Hinsicht sind vor einiger Zeit grundsätzliche Zweifel geäußert worden (BARRY & CROSBY 1996). Die eigenen Ergebnisse bilden die Veränderungen im Verlauf plausibel ab und sind insofern ermutigend. Auch bei der Beantwortung der Frage, welche Indikatoren denn als aussagekräftig zu betrachten sind, hat die vorliegende Arbeit einen Beitrag erbracht. Die Gesamtzufriedenheit erwies sich insgesamt und besonders im Zusammenhang der Untersuchungen zur Prädiktion subjektiver Lebensqualität als besser geeigneter Indikator als die all-

gemeine Lebenszufriedenheit. Bei zukünftigen Arbeiten kann dies berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der Frage, ob und inwieweit die subjektive Lebensqualität psychisch Kranker von der aktuellen psychopathologischen Symptomatik beeinflusst wird, haben die eigenen Ergebnisse wie schon andere Studien zuvor (LAUER & STEGMÜLLER-KOENEMUND 1994; LEHMAN 1983; Meltzer 1992; MUESER et al. 1991; SIMPSON et al. 1989) einen negativen Zusammenhang belegt. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass auch nach Herausparsialisierung des Einflusses der psychopathologischen Symptomatik nach der Klinikentlassung der Patienten ein positiver Effekt in Bezug auf die subjektive Lebensqualität zu verzeichnen ist. Die psychopathologische Symptomatik steht zwar in engem Zusammenhang mit der subjektiven Lebensqualität, ist aber bei weitem nicht allein bestimmend für deren Ausprägung.

Die Einbeziehung von Ergebnissen einer anderen Enthospitalisierungsstudie (FRANZ et al. 1998) veranschaulichte, dass es offensichtlich ein »typisches« Lebensqualitätsprofil langzeithospitalisierter bzw. chronifizierter Patienten gibt. Sollte dieser Befund auch in anderen Studien bestätigt werden, so käme man damit dem Ziel näher, spezifische Lebensqualitätsprofile für bestimmte Gruppen zu identifizieren. Diese könnten dann zukünftig als Referenzwerte für Evaluationsstudien verwendet werden. Die eigenen Befunde stützen eine Generalisierungshypothese von Veränderungsprozessen subjektiver Lebensqualität.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind stellenweise Erkenntnisse aus verschiedenen Theorien zur sozialen Urteilsbildung einbezogen worden. Solche Versuche sind im Zusammenhang psychiatrischer Lebensqualitätsforschung bislang eher selten unternommen worden. Nach Auffassung der Autorin könnte eine Einbeziehung dieser Theorien bei der Planung, Durchführung und Interpretation psychiatrischer Lebensqualitätsstudien produktiv und Erfolg versprechend sein. Wahrscheinlich ist dafür eine Kooperation zwischen grundlagen- und versorgungsbezogenen Lebensqualitätsforschern notwendig.

6.4 Schlussfolgerungen

6.4.1 Konsequenzen für die praktische Versorgung

Mit dieser Arbeit kann kurz gefasst folgende Botschaft an die praktische Versorgung übermittelt werden: Enthospitalisierung ist bei entsprechenden Rahmenbedingungen möglich und machbar, und die meisten Patienten profitieren davon hinsichtlich ihrer subjektiven Lebensqualität. Allerdings sind keine Wunder zu erwarten: Die ehemaligen langzeithospitalisierten Patienten sind nach ihrer Ent-

lassung nicht wesentlich »gesünder« und auch nicht in allen Lebensbereichen völlig zufrieden.

Über diese pauschale Botschaft hinaus kann diese Arbeit Praktiker ermutigen, das Konzept der Lebensqualität im Rahmen einer individuellen Betreuungsplanung zu nutzen. Mitarbeiter in komplementären Einrichtungen gehören in der Mehrzahl der Berufsgruppe der Sozialarbeiter oder der Pflegekräfte an und sind in ihrer Ausbildung meistens nicht gezielt darauf vorbereitet worden, wie eine Betreuungs- und Rehabilitationsplanung strukturiert und im Gespräch mit dem Patienten vorbereitet werden kann. Insofern könnten eine Strukturierung und Operationalisierung entlang der im Berliner Lebensqualitätsprofil einbezogenen Lebensbereiche und eine anschauliche Quantifizierung anhand der hier verwendeten Ratingskalen für sie durchaus hilfreich sein. Eine systematische und wiederholte Erhebung der Lebensqualität könnte den für die Betreuung Verantwortlichen wesentliche Informationen liefern, die dann in die Rehabilitationsplanung einfließen. In der Arbeit wurde gezeigt, dass Effekte einer Intervention im Lebensqualitätsprofil abgebildet werden. Die Erhebung von Daten zur Lebensqualität könnte also dafür genutzt werden, diejenigen Lebensbereiche der Betreuten zu identifizieren, in denen die subjektive Lebensqualität niedrig ist, um dort mit gezielten Fördermaßnahmen anzusetzen und die Effekte anschließend wiederum zu überprüfen.

Zwischen Lebensqualität und Nutzerzufriedenheit gibt es zwar einen deutlichen Zusammenhang, aber beide Konstrukte können voneinander abgegrenzt werden. Ein Bewohner einer therapeutischen Wohngemeinschaft kann durchaus sehr zufrieden mit der Betreuung sein, aber insgesamt bzw. in einzelnen Lebensbereichen eine niedrige subjektive Lebensqualität haben. Für den Betreuer ist es sicherlich von Interesse, sowohl die Nutzerzufriedenheit als auch die subjektive Lebensqualität differenziert zu erfassen, um Rückschlüsse für die weitere Betreuung zu ziehen.

In der eigenen wie in anderen Studien (z. B. JONES 1993) hat sich gezeigt, dass im Zuge von Enthospitalisierungsmaßnahmen zuerst jüngere, weniger schwer gestörte Patienten aus der Klinik entlassen werden und ältere, schwer gestörte und chronifizierte Patienten mit sehr langen stationären Aufenthaltszeiten zunächst in der Klinik verbleiben. TRIEMAN & LEFF (1996, 2002) bezeichnen diese zuletzt genannte Gruppe als *difficult to place patients* und weisen darauf hin, dass für diese Patienten neue Konzepte der Behandlung und Betreuung entwickelt werden müssen, wenn man auch sie aus der Klinik entlassen will. Für die hier untersuchten Patienten gilt Entsprechendes. Im Rahmen der Berliner Enthospitalisierungsstudie wurde eine Teilstichprobe der ins Betreute Wohnen entlassenen Patienten nach fünf Jahren erneut untersucht (KAISER et al. 2001). Es zeigte sich, dass dieselben Merkmale, die länger stationär verbliebene Patienten charakterisierten, auch mit einer längeren Betreuungsdauer im Betreuten Wohnen einhergingen. Längerfristig verbleiben im Betreuten Wohnen psychisch Kranke, die eher dem Typus des *alten Chronikers* entsprechen, während solche, die eher dem Typus

des *neuen Chronikers* ähneln, aus dieser Betreuungsform frühzeitiger ausscheiden (ebenda). Frühzeitiges Ausscheiden aus dem Betreuten Wohnen kann in diesem Zusammenhang aber nicht generell als Erfolgskriterium gesehen werden, sondern kann im Einzelfall z. B. auch einen Betreuungsabbruch aufgrund größerer Unzufriedenheit mit der Betreuung bzw. mangelnder Compliance bedeuten. Möglicherweise müssen erst noch neuartige Konzepte für Betreuungsformen an der Grenze zwischen stationärem und ambulant-komplementärem Bereich entwickelt werden, die auf den speziellen Betreuungsbedarf und die Schwierigkeiten dieser Patientengruppe zugeschnitten sind.

6.4.2 Konsequenzen für ein Qualitätsmanagement

Die Qualitätsdebatte in der Medizin hat schon seit einiger Zeit die Krankenhäuser und seit kurzem auch die ambulant-komplementären psychiatrischen Einrichtungen erreicht. In vielen Qualitätsmanagement-Modellen werden in erster Linie Aspekte der Struktur- und Prozessqualität fokussiert. Auf längere Sicht werden allerdings psychiatrische Einrichtungen – gerade unter knapper werdenden finanziellen Ressourcen – auch der Frage nach der Ergebnisqualität ihres professionellen Handelns nicht ausweichen können. Damit stellt sich die Aufgabe, geeignete, das heißt sowohl aussagekräftige als auch praktikable Outcomekriterien zu definieren. In diesem Zusammenhang könnte das Konstrukt der Lebensqualität genutzt werden.

In dem international gültigen und verbreiteten Qualitätsmanagement-Modell nach ISO 9000 ff. (DIN – DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG 2001) wird die Bedeutung einer *Kundenorientierung* besonders hervorgehoben. Damit sind die Berücksichtigung der spezifischen Kundenanforderungen an das jeweilige Produkt bzw. die Dienstleistung und die Einbeziehung der Kundenzufriedenheit bei der Bewertung des Produktes bzw. der Dienstleistung gemeint. Die Empfänger von Behandlungs- und Hilfeleistungen in der Psychiatrie – die Patienten – sind sicherlich nicht ohne weiteres gleichzusetzen mit den Kunden in dem hier angesprochenen Modell: So stehen sie häufig unter erheblichem Leidensdruck, sind in ihrer Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeit beeinträchtigt, nehmen Leistungen in Anspruch, ohne diese selbst bezahlen zu müssen, und haben oft auch keine echte Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Anbietern von Hilfeleistungen. Trotz der genannten Einschränkungen kann ein derartiger Blickwinkel, der Patienten auch als Kunde von Dienstleistungen versteht, insofern förderlich sein, als er einen gleichberechtigten Umgang mit Patienten fördert und die Einbeziehung ihrer Wünsche selbstverständlich vorsieht. Neben den *primären Kunden* (Patienten) sind außerdem im Gesundheits- und Sozialbereich die *sekundären Kunden* (Kostenträger) zu berücksichtigen.

Analog zu der Betonung der Kundenorientierung in Qualitätsmanagementmodellen kann man in der Evaluation in zunehmendem Maße die Einbeziehung der subjektiven Perspektive der Nutzer und die Verwendung subjektiver Evaluationskriterien feststellen (PRIEBE et al. 1995). Als Konstrukte werden insbesondere die Nutzerzufriedenheit und die Lebensqualität herangezogen. Im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems können Nutzerbefragungen eingesetzt werden, um Patientenwünsche und -erwartungen zu ermitteln oder um Indikatoren der Ergebnisqualität zu erfassen. Sie sollten allerdings nie isoliert, sondern immer im Zusammenhang mit anderen, möglichst objektiven Indikatoren angewendet und interpretiert werden. Außerdem ist in Hinblick auf die Aussagekräftigkeit der Ergebnisse zu fordern, entsprechende Referenzwerte vergleichbarer Gruppen einzubeziehen. Dies kann z. B. durch Kooperation verschiedener Institutionen mittels eines gemeinsamen Datenpools oder durch Rückgriff auf bereits vorhandene Forschungsergebnisse geschehen.

Nach diesem Modell werden verschiedene Indikatoren, darunter solche der subjektiven Lebensqualität und der Nutzerzufriedenheit in den einzelnen Einrichtungen erhoben. Dem Träger der Einrichtung obliegt die Sammlung und Eingabe der erhobenen Daten. Diese werden dann für einen vorher definierten Zeitraum (z. B. ein Jahr) anonymisiert in einen gemeinsamen Datenpool gegeben, der von einer unabhängigen Stelle verwaltet wird. Dort werden die Daten der Einzeleinrichtungen zusammengeführt und insgesamt sowie differenziert nach Subgruppen ausgewertet. An die verschiedenen Träger werden Ergebnisse der eigenen Einrichtung mit zusätzlichen Referenzwerten als Feedback zurückgegeben. Dies ermöglicht den Trägern eine Einschätzung der eigenen Ergebnisqualität im Vergleich zu Referenzgruppen. Aggregierte Daten bzw. Ergebnisse können für Steuerungsgremien auf kommunaler und Landesebene zur Verfügung gestellt werden. Die Finanzierung eines solchen Modells könnte über die Entgeltvereinbarungen mit einem festen Satz pro Fall erreicht werden. Voraussetzung ist außerdem eine vertraglich geregelte Vereinbarung hinsichtlich der Kooperation, der Verwendungsmöglichkeiten der Daten und des Datenschutzes. Im Anhang A (Abb. 21) ist ein Modell zur praktischen Umsetzung eines solchen Ansatzes dargestellt.

An anderer Stelle sind derartige Überlegungen detailliert erörtert worden (HOFFMANN 1999). Die dabei auftretenden methodischen Probleme sind nach Meinung der Autorin grundsätzlich lösbar. So ist beispielsweise zu gewährleisten, dass die Befragung von einem nicht direkt in die Betreuung eingebundenen Mitarbeiter durchgeführt wird, da anderenfalls ein systematischer Bias in Richtung einer positiveren Bewertung anzunehmen ist (KAISER et al. 1998a). Auch muss sichergestellt werden, dass die wichtigste Einflussvariable der subjektiven Lebensqualität, die psychopathologische Symptomatik, berücksichtigt wird. Schließlich sollten die Erhebungen nicht einmalig, sondern im Sinne einer Routine-Evaluation in regelmäßigen Abständen stattfinden.

Die Vorteile eines solchen Modells als Baustein eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems liegen unmittelbar auf der Hand:

- Die Betreuer eines Patienten erhalten regelmäßig Feedback über den individuellen Behandlungsverlauf und können dies in der weiteren Planung berücksichtigen.
- Die Träger können die Effektivität ihrer eigenen Dienste und Maßnahmen auf der Grundlage messbarer Ergebnisse einschätzen und auch gegenüber anderen, z. B. Kostenträgern, belegen.
- Patienten können ihre eigenen subjektiven Beurteilungen mit in die Betreuungsplanung einbringen und den Betreuungsverlauf selbst nachvollziehen.
- Öffentliche Gesundheitsverwaltungen können davon profitieren, indem sie zeitnah und umfassend Daten und Ergebnisse für Steuerungs- und Planungszwecke erhalten.
- Kostenträger können die Effizienz verschiedener Leistungserbringer besser, das heißt anhand klar definierter Indikatoren, beurteilen.
- Insgesamt könnte durch ein solches Vorgehen eine größere Transparenz für die verschiedenen beteiligten Akteure hergestellt werden.

Die Akzeptanz eines solchen Modells ist allerdings noch fraglich. Nicht alle beteiligten Akteure, insbesondere die Träger der Einrichtungen sehen in größerer Transparenz auch tatsächlich ein erstrebenswertes Ziel. Die Chancen zur Umsetzung eines solchen Modells sind maßgeblich davon abhängig, inwieweit bei ihnen eine entsprechende Bereitschaft erreicht werden kann. In einer multi-zentrischen europäischen Studie (MECCA-Studie: PRIEBE et al. 2002b) wird gegenwärtig gerade die Kombination von einem Outcomemanagement und gezielten Rückmeldungen für die individuelle Behandlung/Betreuung erprobt. Patienten und ihre jeweiligen Betreuer erhalten wiederholt und graphisch anschaulich aufbereitet Feedbacks hinsichtlich des aktuellen Standes und der Veränderungen subjektiver Lebensqualität. Möglicherweise kann der praktische Nutzen für Patienten und Betreuer die Akzeptanz derartiger Modelle erhöhen.

7. Rückblick und Ausblick

Zu Beginn des Jahres 1994 hat sich die Projektgruppe *Berliner Enthospitalisierungsstudie* (bestehend aus Dipl.-Psych. Margarete Isermann, Dr. Wolfgang Kaiser, Prof. Dr. Stefan Priebe als wissenschaftlichem Leiter und der Autorin) zusammengefunden und mit der Vorbereitung, Organisation und Durchführung der gleichnamigen Studie begonnen, die den Rahmen der vorliegenden Arbeit bildet. Die *Berliner Enthospitalisierungsstudie* wurde damals in einem regelrechten Kraftakt aus der Wiege gehoben. Nachdem eine Finanzierung der Studie aus dem 60-Millionen-Programm der Krankenkassen zur Enthospitalisierung in Berlin aus verschiedenen Gründen nicht erreicht werden konnte, wurde die Studie mit sehr knappen personellen und finanziellen Ressourcen realisiert. Neben der *Abteilung für Sozialpsychiatrie* (Freie Universität Berlin) waren es zwei Träger der Versorgung (die damalige *Nervenlinik Spandau* aus dem stationären und *Platane 19 e. V.* aus dem komplementären Bereich), die für einen begrenzten Zeitraum Stellenanteile finanzierten und so den Start der Studie ermöglichten. Beide Träger hatten ein eigenes Erkenntnisinteresse an den Ergebnissen der Studie, nahmen jedoch im weiteren Verlauf keinen Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung der Studie oder die Interpretation der Ergebnisse. Ohne ein erhebliches Engagement und den festen Willen der unmittelbar Beteiligten, das Projekt nicht scheitern zu lassen, sondern – angesichts der zu erwartenden großen strukturellen Veränderungen des Versorgungssystems – eine als dringend notwendig erachtete wissenschaftliche Begleitung des Enthospitalisierungsprozesses in Berlin zu ermöglichen, hätte die Studie die Anfangsphase wahrscheinlich nicht überlebt. Auch später ist die Studie abseits der üblichen Forschungsfinanzierungen mit relativ geringen finanziellen Ressourcen durchgeführt worden. Dieser Umstand hat einerseits die konkrete Arbeit erschwert, andererseits jedoch auch dazu geführt, dass sehr zielorientiert gearbeitet wurde, kurze Informationswege innerhalb der Projektgruppe genutzt wurden und schnelle Entscheidungsfindungen möglich waren.

Inzwischen sind neun Jahre vergangen, und in diesem Zeitraum hat sich in der Versorgungslandschaft einiges verändert. In allen Berliner Bezirken sind ambulant-komplementäre Einrichtungen zu einem selbstverständlichen Bestandteil des psychiatrischen Versorgungssystems geworden; Kooperationsbeziehungen zwischen stationärem und ambulantes Versorgungsbereich sind in den meisten Regionen etabliert; die Nutzer der Einrichtungen – die Patienten – haben gelernt, sich im Dschungel der verschiedenen Angebote einigermaßen zurechtzufinden,

sind neue Bindungen eingegangen und haben teilweise Identifikationen zu »ihrem« Betreuungsträger entwickelt; die Träger zeigen in Anbetracht ihrer neu gewonnenen Größe und Bedeutung ein größeres Selbstbewusstsein und sind dabei, ihre innere Struktur und Organisationsform den veränderten Bedingungen anzupassen; vieles anfänglich Neue ist zur Routine geworden.

Nicht alles hat sich zum Positiven verändert. Die Aufbruchstimmung der 1990er-Jahre ist verflogen, und einige der beteiligten Akteure, insbesondere die Krankenhäuser sehen sich heute tendenziell als Verlierer der Entwicklung und in ihrer Existenz gefährdet. Schließlich wurden nicht nur Betten »abgebaut«, sondern ganze Abteilungen oder Häuser geschlossen mit entsprechend einschneidenden Folgen für die dort Beschäftigten. Im ambulant-komplementären Bereich sehen sich die Träger nach der stürmischen Phase der Expansion nun größerem Kostendruck bei insgesamt steigenden Anforderungen an die Qualität der angebotenen Dienste ausgesetzt. Die verschiedenen Berufsgruppen – Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegekräfte – konkurrieren stärker als zuvor miteinander. Der Veränderungs- und Umstrukturierungsprozess des psychiatrischen Versorgungssystems ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen, und die Ziele müssen stets neu im Spannungsfeld zwischen fachlichen Ansprüchen und steigendem Kostendruck ausgehandelt werden.

Verständlicherweise hat das Thema *Enthospitalisierung* heute nicht mehr die gleiche Aktualität wie zu Studienbeginn und wird voraussichtlich schon in naher Zukunft eher von historischem Interesse sein; es sei denn, eine neue Bewegung der *Enthospitalisierung der Heime* bekäme breite fachliche und politische Unterstützung und könnte von den bisherigen Erfahrungen profitieren. Die in dieser Arbeit beschriebenen Ergebnisse und Erkenntnisse lassen sich jedoch nicht allein auf das Thema Enthospitalisierung beziehen, sondern sind gerade auch zukunftsorientiert für die Evaluation und Qualitätsentwicklung gemeindepsychiatrischer Einrichtungen relevant. Bei der Beantwortung der Frage, welche Strategien und Interventionen zu welchen Effekten bei welchen entstehenden Kosten führen, sollte die Gemeindepsychiatrie auch im Sinne einer zunehmenden Professionalisierung ihrer Arbeit aktiv mitwirken. Eine vorrangige Aufgabe der Evaluation und der gemeindepsychiatrischen Versorgungsforschung wird nun darin bestehen, hierfür geeignete Methoden weiterzuentwickeln und ein Set aussagekräftiger und praktikabler Indikatoren bereitzustellen. Dabei können das Konzept der Lebensqualität und die hier gewonnenen methodischen Erkenntnisse eine wesentliche Rolle spielen, so dass diese Arbeit nicht nur von theoretischem Interesse ist, sondern auch unmittelbar praktische Relevanz hat.

Literatur

- ABELE, A. & BECKER, P. (Hrsg.). (1991). *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim: Juventa.
- ALBRECHT, G., VIETEN, B., PÖRKSEN, N., INGENLEUF, H.-J., WILM, B., GÜNTHER, C. & KIMPEL, S. (1997). *Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten. Abschlussbericht des Projekts C1*. Bielefeld: Nordrhein–Westfälischer Forschungsverbund Public Health.
- ANDERSON, J., DAYSON, D., WILLS, W., GOOCH, C., MARGOLIUS, O., O'DRISCOLL, C. & LEFF, J. (1993). The TAPS project 13: Clinical and social outcome of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *British Journal of Psychiatry*, 162, Suppl. 19, 45–56.
- ANDREWS, F. M. & WITHEY, S. B. (1976). *Social indicators of well-being. American's perception of life quality*. New York: Plenum Press.
- ANGERMAYER, M., HOLZINGER, A. & MATSCHINGER, H. (1999). Lebensqualität, das bedeutet für mich ... Ergebnisse einer Befragung bei schizophrenen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 26, 56–60.
- ARGYLE, M. & MARTIN, M. (1991). The psychological causes of happiness. In F. STRACK, M. ARGYLE & N. SCHWARZ (Hrsg.), *Subjective Well-being*. Oxford: Pergamon.
- ATKINSON, J. M., COIA, D. A., GILMOUR, W. H. & HARPER, J. P. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168, 199–204.
- ATKINSON, M., ZIBIN, S. & CHUANG, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *American Journal of Psychiatry*, 154, 99–105.
- AVISON, W. R. & SPEECHLEY, K. N. (1987). The discharged psychiatric patient: a review of social, social-psychological, and psychiatric correlates of outcome. *American Journal of Psychiatry*, 144, 10–18.
- BACHRACH, L. (1994, Oktober). *Deinstitutionalisierung – Erfüllte und unerfüllte Hoffnungen*. Vortrag auf der 1. wissenschaftl. Tagung zur Enthospitalisierung, Berlin.
- BACHRACH, L. (1996). Managed care: II. Some »latent functions«. *Psychiatric Services*, 47, 234–244.
- BAKER, F. & INTAGLIATA, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69–79.
- BARRY, M. M. & CROSBY, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 210–216.
- BARRY, M. M. & ZISSI, A. (1997). Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 38–47.
- BECKER, M., DIAMOND, R. & SAINFORT, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 2, 239–251.

- BECKER, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. ABELE & P. BECKER (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 13–49). Weinheim: Juventa.
- BECKER, T. (1995). Die Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser in England: Evaluation durch das TAPS-Projekt – Ein Literaturbericht. *Psychiatrische Praxis*, 22, 50–54.
- BELL, M. D. & LYSAKER, P. H. (1997). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia: 1-year-followup. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 313–328.
- BELL, M. D., LYSAKER, P. H. & MILSTEIN, R. M. (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 51–67.
- BERGNER, M., BOBBIT, R. A., CARTER, W. B. & GILSON, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787–805.
- BIGELOW, D. A., GAREAU, M. J. & YOUNG, D. J. (1990). A quality of life interview. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14, 94–98.
- BLEULER, M., HUBER, G., GROSS, G. & SCHÜTTLER, R. (1976). Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen: Gemeinsame Ergebnisse zweier Untersuchungen. *Der Nervenarzt*, 47, 477–481.
- BOLLINI, P. & MOLLICA, R. F. (1989). Surviving without the asylum: an overview of the studies on the Italian reform movement. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 607–615.
- BORGE, L., MARTINSEN, E. W., RUUD, T., WATNE, Ø. & FRIIS, S. (1999). Quality of life, loneliness, and social contact among long-term psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 1, 81–84.
- BORTZ, J. (1984). *Lehrbuch der empirischen Forschung für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- BORTZ, J. & DÖRING, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- BRADBURN, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine Publishing.
- BRAUN, P., KOCHANSKY, G., SHAPIRO, R., GREENBERG, S., GUDEMAN, J. E., JOHNSON, S. & SHORE, M. F. (1981). Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 138, 736–749.
- BRENNER, M. H. (1995). Quality of life assessments in medicine: a historical view of basic science and applications. In I. GUGGENMOOS-HOLZMANN, K. BLOOMFIELD, H. BRENNER & U. FLICK, U. (Hrsg.), *Quality of Life and Health* (S. 41–57). Berlin: Blackwell.
- BROWN, G. W., BIRLEY, J. L. T. & WING, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241–258.
- BROWN, M. A., RIDGWAY, P., ANTHONY, W. A. & ROGERS, E. S. (1991). Comparison of outcome for clients seeking and assigned to supported housing services. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1150–1153.
- BROWN, G. W. & WING, J. K. (1972). Institutionalismus und Schizophrenie. In A. FINZEN (Hrsg.), *Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern und ihre Vermeidung – Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie*, Heft 5–7, 83–119.
- BROWNE, S., ROE, M., LANE, A., GERVIN, M., MORRIS, M., KINSELLA, A., LARKIN, C. & O'CALLAGHAN, E. (1996). Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 118–124.

- BULLINGER, M. (1995). International validation and testing of quality of life scales in relation to Germany. In I. GUGGENMOOS-HOLZMANN, K. BLOOMFIELD, H. BRENNER & U. FLICK, U. (Hrsg.), *Quality of Life and Health* (S. 27–38). Berlin: Blackwell.
- BULLINGER, M. & HASFORD, J. (1991). Evaluating quality of life measures in German clinical trials. *Control Clin Trial*, 12, 915–1055.
- BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hrsg.) (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Bonn: Aktion Psychisch Kranke.
- CAMPBELL, A., CONVERSE, P. E. & RODGERS, W. L. (1976). *The quality of American life. Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundation.
- CAMPBELL, J., SCHRAIBER, R., TEMKIN, T., TEN TUSCHER, T. (1989). *The well-being project: Mental health clients speak for themselves*. Report to the Californian department of mental health.
- CIPS. (1986). *Internationale Skalen der Psychiatrie*. Beltz: Weinheim.
- CIOMPI, L., AGUÉ, C. & DAUWALDER, J.-P. (1978). Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. II. Querschnittsuntersuchung chronischer Spitalpatienten in einem modernen psychiatrischen Sektor. *Der Nervenarzt*, 49, 332–338.
- CIOMPI, L., AGUÉ, C. & DAUWALDER, J.-P. (1979). Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. *Der Nervenarzt*, 50, 366–378.
- CIOMPI, L. & MÜLLER, C. (1976). *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeituntersuchung bis ins Senium*. Berlin: Springer.
- COHEN, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- CLARE, A. W. & CAIRNS, V. E. (1979). Design, development and use of a standardised interview to assess social maladjustment and dysfunction in community samples. *Psychological Medicine*, 8, 589–604.
- DAVIDSON, L., HOGE, M. A., MERRILL, M. E., RAKFELDT, J. & GRIFFITH, E. E. H. (1996). The experiences of long-stay inpatients returning to the community. *Psychiatry*, 58, 122–132.
- DAYSON, D. (1993). The TAPS Project 12: Crime, vagrancy, death and readmission of the long-term mentally ill during their first year of local reprovision. *British Journal of Psychiatry*, 162 (Suppl. 19), 40–44.
- DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.) (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Bonn: Bundestags-Drucks. 7/4200.
- DIENER, E., SANDVIK, E. & PAVOT, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. STRACK, M. ARGYLE & N. SCHWARZ (Hrsg.), *Subjective Well-being*. Oxford: Pergamon.
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10*. Bern: Huber.
- DIN – DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG (Hrsg.) (2001). *Qualitätsmanagement*. Berlin: Beuth.
- DÖRNER, K. (Hrsg.) (1998). *Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie*. Gütersloh: Jakob van Hoddis.
- DUNBAR, G. C., STROKER, M. J., HODGES, T. C. & BEAUMONT, G. (1992). The deve-

- lopment of the SBQOL: a unique scale for measuring quality of life. *British Journal of Health Economics*, 2, 65–74.
- DUPUY, H. J. (1973). *Developmental rationale, substantive, derivatable, and conceptual relevance of the general well-being schedule*. Fairfax, VA: National Centre for Health Statistics.
- EDWARDS, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality research*. New York: Dryden.
- EKLUND, M. & HANSSON, L. (1998). Subjectively versus independently assessed quality of life for the long-term mentally ill. *Nord J Psychiatry*, 52, 285–294.
- FAF – FACHBERATUNG FÜR ARBEITS- UND FIRMENPROJEKTE (Hrsg.). (2000). *Verzeichnis der Integrationsfirmen und Zuverdienstfirmen für psychisch Behinderte und andere Schwerbehinderte*. Berlin [Broschüre].
- FIGLIORE, M., GALANTE, S., HÄRTER, M. & INGHILLERI, G. (1991). Die Dehospitalisierung des psychiatrischen Krankenhauses San Clemente in Venedig. *Psychiatrische Praxis*, 18, 30 – 35.
- FISCHER, P. & BREAKEY, W. (1986). Homelessness and mental health: an overview. *International Journal of Mental Health*, 14, 6–41.
- FISHER, W. H., SIMON, L., GELLER, J. L., PENK, W. E., IRVIN, E. A. & WHITE, C. L. (1996). Case mix in the »downsizing« state hospital. *Psychiatric Services*, 47 (3), 255–262.
- FORD, M., GODDARD, C. & LANDSDELL-WELFARE, R. (1987). The dismantling of the mental hospital? Glenside Hospital Surveys 1960–1985. *British Journal of Psychiatry*, 151, 479–485.
- FRANZ, M., EHLERS, F. & MEYER, T. (1998). *Hessische Enthospitalisierungsstudie. Bericht für den Landeswohlfahrtsverband über den Untersuchungszeitraum 1994–1997*. Kassel: Landeswohlfahrtsverband.
- FRANZ, M., MEYER, T., EHLERS, F. & GALLHOFER, B. (2002a). Schizophrene Patienten, die trotz Dekaden der Enthospitalisierung in den psychiatrischen Krankenhäusern verblieben sind. Teil 1 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 29, 245–250.
- FRANZ, M., MEYER, T. & GALLHOFER, B. (2002b). Subjektive Lebensqualität schwer chronifizierter schizophrener Langzeitpatienten. Teil 3 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 29, 306–310.
- GIBBONS, J. S. & BUTLER, J. P. (1987). Quality of life for »new« long-stay psychiatric in-patients. The effects of moving to a hostel. *British Journal of Psychiatry*, 151, 347–354.
- GIEL, R. (1986). Care of chronic mental patients in the Netherlands. *Social Psychiatry*, 21, 25–32.
- GLATZER, W. (1991). Quality of life in advanced industrialized countries: the case of West Germany. In F. STRACK, M. ARGYLE & N. SCHWARZ (Hrsg.), *Subjective Well-being*. Oxford: Pergamon.
- GLATZER, W. & ZAPF, W. (Hrsg.). (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt: Campus.
- GOOCH, C. & LEFF, J. (1996). Factors affecting the success of community placement: the TAPS project 26. *Psychological Medicine*, 26, 511–520.
- GOFFMANN, E. (1972). *Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- GRUYTERS, T. (1995). *Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten*. Hamburg: Dr. Kovač.

- GRUYTERS, T. & PRIEBE, S. (1992). Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 60, 140–145.
- GRUYTERS, T. & PRIEBE, S. (1994). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis*, 21, 88–95.
- GUGGENMOOS-HOLZMANN, I., BLOOMFIELD, K., BRENNER, H. & FLICK, U. (1995). *Quality of Life and Health*. Blackwell, Berlin: Blackwell.
- HÄFNER, H., AN DER HEIDEN, W., BUCHHOLZ, W., BARDENS, R., KLUG, J. & KRUMM, B. (1986). Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener. *Der Nervenarzt*, 57, 214–226.
- HÄFNER, H. & KLUG, J. (1982). The impact of an expanding community mental health service on patterns of bed usage: evaluation of a four-year period of implementation. *Psychological Medicine*, 12, 177–190.
- HÄFNER, H., MAURER, K., LÖFFLER, W., FÄTKENHEUER, B., AN DER HEIDEN, W., RIECHER-RÖSSLER, A., BEHRENS, S. & GATTAZ, W. F. (1994). The epidemiology of early schizophrenia: Influence of age and gender on onset and early course. *British Journal of Psychiatry*, 164, 29–38.
- HANSSON, L. (1996). Sectorised services outcome research. In H. C. KNUDSEN & G. THORNICROFT (Hrsg.), *Mental Health Service Evaluation* (S. 197–212). Cambridge: University Press.
- HARDING, C. M., BROOKS, G. W., ASHIKAGA, T., STRAUSS, J. S. & BREIER, A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718–726.
- HARDING, C. M., BROOKS, G. W., ASHIKAGA, T., STRAUSS, J. S. & BREIER, A. (1987b). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 727–735.
- HEINISCH, M., LUDWIG, M. & BULLINGER, M. (1991). Psychometrische Testung der Münchner Lebensqualitäts Dimensionen Liste (MLDL). In M. BULLINGER, M. LUDWIG & N. STEINBÜCHEL (Hrsg.), *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen – Grundlagen und Methoden der Erfassung* (S. 73–90). Stuttgart: Hogrefe.
- HEINRICHS, D. W., HANTON, T. E. & CARPENTER, W. T. (1984). The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrom. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 388–398.
- HEISSLER, M. (1996). *Katamnestiche Nachuntersuchung von entlassenen Langzeitpatienten der Jahre 1980/81–1992*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Witten/Herdecke.
- HELMCHEN, H. (1990). »Lebensqualität« als Bewertungskriterium in der Psychiatrie. In P. SCHÖLMERICH (Hrsg.), *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin*. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz (S. 93–115). Stuttgart: Fischer.
- HESLEGRAVE, R. J., AWAD, A. G. & VORUGANTI, L. N. P. (1997). The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22 (4), 235–243.
- HOFFMANN, K. (1999). The use of quality of life measures for service evaluation in mental health care. In S. PRIEBE, J. P. J. OLIVER & W. KAISER (Hrsg.), *Quality of life and mental health care* (S.49–65). Petersfield: Wrightson Biomedical.

- HOFFMANN, K., ISERMANN, M., KAISER, W. & PRIEBE, S. (1997). Nach vielen Jahren wieder in der Gemeinde leben – Ergebnisse aus der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Public Health Forum*, 17, 8–9.
- HOFFMANN, K., ISERMANN, M., KAISER, W. & PRIEBE, S. (2000). Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung. Teil IV der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 27, 183–188.
- HOFFMANN, K., KAISER, W., ISERMANN, M. & PRIEBE, S. (1998). Wie verändert sich die Lebensqualität langzeithospitalisierter psychiatrischer Patienten nach ihrer Entlassung in die Gemeinde? *Gesundheitswesen*, 60, 232–238.
- HOFFMANN, K. & PRIEBE, S. (1996). Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten? Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von »Needs«. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 64, 473–481.
- HOFFMANN, K., PRIEBE, S., ISERMANN, M. & KAISER, W. (1997). Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten – Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 24, 221–226.
- HUBER, G. (1968). Verlaufsprobleme schizophrener Erkrankungen. *Schweiz. Archives of General Psychiatry*, 41, 123–127.
- HUBSCHMIED, T., PFISTER, F. & SPALINGER, J. (1988). Wiedereingliederung auf der Wohnnache – eine katamnestische Untersuchung. *Psychiatrische Praxis*, 15, 78–83.
- HUNT, S. M., MCEWEN, J., MCKENNA, S. P., WILLIAMS, J. & PAPP, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective Health Status and Medical Consultations. *Social Science and Medicine*, 15a, 221–229.
- HUXLEY, P. & WARNER, R. (1992). Case management, quality of life and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 799–802.
- INGENLEUF, H.-J. (1997). Die Bielefelder Enthospitalisierungsstudie. *Forum Public Health*, 15, 15.
- JONES, D. (1993). The TAPS project. 11: The selection of patients for reprovision. *British Journal of Psychiatry*, 162 (Suppl. 19), 36–39.
- JUNG, E., KRUMM, B., BIEHL, H., MAURER, K. & BAUER-SCHUBART, C. (1989). *Diability Assessment Schedule – Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderungen*. Weinheim: Beltz.
- KAISER, W., BUROW, S., DAHMS, M., LUND, H., NAST, J. & ZINDEL, K. (1998a). Interviewereffekte bei der Erhebung subjektiver Lebensqualität und der Zufriedenheit mit der Betreuung im Betreuten Wohnen. *Psychiatrische Praxis*, 25, 142–148.
- KAISER, W., HOFFMANN, K., ISERMANN, M. & PRIEBE, S. (1998b). Behandlerprognosen und Entlassungen nach 2 Jahren. *Psychiatrische Praxis*, 25, 67–71.
- KAISER, W., HOFFMANN, K., ISERMANN, M. & PRIEBE, S. (2001). Langzeitpatienten im Betreuten Wohnen nach der Enthospitalisierung. Teil V der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 28, 235–243.
- KAISER, W., ISERMANN, M., HOFFMANN, K. & PRIEBE, S. (1999). Entlassungen in vollstationäre Einrichtungen – Ergebnisse einer Umfrage. Postskriptum zu Teil III der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 26, 22–24.
- KAISER, W. & PRIEBE, S. (1998). Zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten. *Der Nervenarzt*, 69, 219–227.
- KAISER, W., PRIEBE, S., BARR, W., HOFFMANN, K., ISERMANN, M., RÖDER-WANNER, U.-U. & HUXLEY, P. (1997). Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples. *Psychiatry Research*, 66, 153–166.

- KAISER, W., PRIEBE, S., HOFFMANN, K. & ISERMANN, M. (1996). Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. *Der Nervenarzt*, 67, 572–582.
- KAJANDI, M. (1994). A psychiatric and interactional perspective on quality of life. In L. NORDENFELT (Hrsg.), *Concepts and measurement of quality of life in health care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- KAPLAN, R. M., BUSH, J. W. & BERRY, C. C. (1976). Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Serv Res*, 11, 478–507.
- KEMMLER, G. (1991). Lebensqualität als Beurteilungskriterium in Therapiestudien: einige kritische Anfragen. *Ethik in der Medizin*, 3, 190–198.
- KEMMLER, G., MEISE, U., TASSER, A., LIENSBERGER, D., SCHIFFERLE, I., BRAITENBERG, M., SCHWITZER, J. & HINTERHUBER, H. (1999). Subjektive Lebensqualität schizophrener Erkrankter. Einfluß von Behandlungssettings, Psychopathologie und extrapyramidal-motorischen Medikamentennebenwirkungen. *Psychiatrische Praxis*, 26, 9–15.
- KILIAN, R. (1995). Ist Lebensqualität messbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 22, 97–101.
- KRUCKENBERG, P., FABIAN, A. S. & HENNING, H. J. (1995). *Modellprojekt Integration von Patienten einer psychiatrischen Langzeitklinik in dezentrale gemeindenahere Versorgungseinrichtungen. Endbericht des Evaluationsprojektes zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstruktur in Bremen im Zuge der Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg*. Baden-Baden: Nomos.
- LAUER, G. (1993). Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis*, 20, 88–90.
- LAUER, G. (1997). Zur Lebensqualität psychiatrischer Patienten. *Report Psychologie*, 22, 122–126.
- LAUER, G. & STEGMÜLLER-KOENEMUND, U. (1994). Bereichsspezifische subjektive Lebensqualität und krankheitsbedingte Einschränkungen chronisch schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 21, 70–73.
- LEFF, J., DAYSON, D., GOOCH, C., THORNICROFT, G. & WILLS, W. (1996). Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatric Services*, 47, 62–67.
- LEFF, J., THORNICROFT, G., COXHEAD, N. & CRAWFORD, C. (1994). The TAPS Project 22: A five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community. *British Journal of Psychiatry*, 165 (Suppl. 25), 13–17.
- LEHMAN, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369–373.
- LEHMAN, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 51–62.
- LEHMAN, A. F. (1996). Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 78–88.
- LEHMAN, A. F., KERNAN, E., DEFORGE, B. R. & DIXON, L. (1995). Effects of homelessness on the quality of life of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 9, 922–926.
- LEHMAN, A. F., POSSIDENTE, S. & HAWKER, F. (1986). The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 901–907.

- LEHMAN, A. F., WARD, N. C. & LINN, L. S. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1271–1276.
- LEISSE, M. & KALLERT, T. W. (2001). Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 28, 10–17.
- LEVITT, A. J., HOGAN, T. P. & BUCOSKY, C. M. (1990). Quality of life in chronically mentally ill patients in day treatment. *Psychological Medicine*, 20, 703–710.
- LEWIS, A. & TRIEMAN, N. (1995). The TAPS Project 29: Residential care provision in North London: a representative sample of ten facilities for mentally ill people. *International Journal of Social Psychiatry*, 41 (4), 257–267.
- MALM, U., MAY, P. R. A. & DENCKER, S. J. (1981). Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: A checklist. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 477–487.
- MARKS, I. M., CONNOLLY, J., MUIJEN, M., AUDINI, B., MCNAMEE, G. & LAWRENCE, R. E. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 179–194.
- MARSHALL, M. & GATH, D. (1992). What happened to homeless mentally ill people? Follow-up of residents of Oxford hostels for the homeless. *British Medical Journal*, 304, 79–80.
- MCCARTHY, J. & NELSON, G. (1991). An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 12, 1254–1256.
- MELTZER, H. Y. (1992). Dimensions of outcome with clozapine. *British Journal of Psychiatry*, 160 (Suppl.), 46–53.
- MESSICK, S. J. (1967). The psychology of acquiescence. An interpretation of research evidence. In I. A. BERG (Hrsg.), *Response set in personality assessment*. Chicago: Aldine Publ.
- MUESER, K. T., DOUGLAS, M. S., BELLACK, A. S. & MORRISON, R. L. (1991). Assessment of enduring deficit and negative symptom subtypes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17 (4), 565–582.
- MOOS, R. & LEMKE, S. (1984). *Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP) Manual*. Palo Alto: Stanford University.
- MOXLEY, D. P. (1989). *The practice of case management*. London: Sage Publications.
- MULKERN, V., AGOSTA, J. M., ASHBAUGH, J. W. et al. (1986). *Community support programme client follow up study*. Rockville, Maryland: Report to NIMH.
- O'DRISCOLL, C. (1993). The TAPS project. 7: Mental hospital closure – a literature review of outcome studies and evaluative techniques. *British Journal of Psychiatry*, 162 (Suppl. 19), 7–17.
- O'DRISCOLL, C. & LEFF, J. (1993). The TAPS project. 8: Design of the research study on the long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 162 (Suppl. 19), 18–24.
- O'DRISCOLL, C., WILLS, W., LEFF, J. & MARGOLIUS, O. (1993). The TAPS project. 10: The long-stay populations of Friern and Claybury hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 162 (Suppl. 19), 30–35.
- OKIN, R. L., BORUS, J. F., BAER, L. & JONES, A. L. (1995). Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. *Psychiatric Services*, 46, 73–78.
- OKIN, R. L. & PEARSALL, D. (1993). Patients' perceptions of their quality of life 11 years after discharge from a state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 236–240.

- OLIVER, J. P. J. (1991). The social care directive: development of a quality of life profile or use in community services for the mentally ill. *Social Work and Social Sciences Review*, 3, 5–45.
- OLIVER, J. P. J. (1999). How to use quality of life measures in individual care. In S. PRIEBE, J. P. J. OLIVER, W. KAISER (Hrsg.), *Quality of life and mental health care* (S. 81–105). Petersfield: Wrightson Biomedical.
- OLIVER, J. P. J., HUXLEY, P., BRIDGES, K. & MOHAMAD, H. (1996). *Quality of Life and Mental Health Services*. London: Routledge.
- OLIVER, J. P. J., HUXLEY, P., PRIEBE, S. & KAISER, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill using the Lancashire quality of life profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 76–83.
- OLIVER, J. P. J. & MOHAMAD, H. (1992). The quality of life in the chronically mentally ill: a comparison of public, private and voluntary residential provisions. *British Journal of Social Work*, 22, 391–404.
- OVERALL, J. E. & GORHAM, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*, 10, 799–812.
- PINKNEY, A. A., GERBER, G. J. & LAFARE, H. G. (1991). Quality of life after psychiatric rehabilitation. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 83, 86–91.
- POSTRADO, L. T. & LEHMAN, A. F. (1995). Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 11, 1161–1165.
- PRIEBE, S. & GRUYTERS, T. (1995). Patients assessment of treatment predicting outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 87–94.
- PRIEBE, S., GRUYTERS, T., HEINZE, M., HOFFMANN, C. & JÄKEL, A. (1995). Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 22, 140–144.
- PRIEBE, S., HOFFMANN, K., ISERMANN, M. & KAISER, W. (1996). Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten – Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 23, 15–20.
- PRIEBE, S., HOFFMANN, K., ISERMANN, M. & KAISER, W. (2002a). Do long-term hospitalised patients benefit from discharge into the community? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 387–392.
- PRIEBE, S., KAISER, W., HUXLEY, P. (1996). Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. *Das Gesundheitswesen*, 58, (Sonderheft 1) 86–90.
- PRIEBE, S., MCCABE, R., BULLENKAMP, J., HANSSON, L., RÖSSLER, W., TORRES-GONZALES, F. & WIERSMA, D. (2002b). *The impact of routine outcome measurement on treatment processes in community mental health care – approach and methods of the MECCA study*. Unveröffentl. Manuskript, University of London.
- PRIEBE, S., OLIVER, J. P. J. & KAISER, W. (Hrsg.). (1999). *Quality of life and mental health care*. Petersfield: Wrightson Biomedical.
- PRIEBE, S., WARNER, R., HUBSCHMID, T. & ECKLE, I. (1998). Employment, attitudes to work and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 469–477.
- PUKROP, R., MÖLLER, H.-J., SASS, H., SAUER, H., KLOSTERKÖTTER, J., CZERNIK, A., KRAUSZ, M., STIEGLITZ, R.-D., LAMBERT, M., MATTHIES, H., SCHAUB, A., WOSCHNIK, M., WULFINGHOFF, F. & STEINMEYER, E. M. (1999). Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. *Der Nervenarzt*, 70, 41–53.

- RASPE, H.-H. (1990). Zur Theorie und Messung der »Lebensqualität« in der Medizin. In P. SCHÖLMERICH & G. THEWS (Hrsg.), *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin*. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz (S. 23–40). Stuttgart: Gustav Fischer.
- RAVENS-SIEBERER, U. & CIEZA, A. (2000). Lebensqualitätsforschung in Deutschland – Forschungsstand, Methoden, Anwendungsbeispiele und Implikationen. In U. RAVENS-SIEBERER & A. CIEZA (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin* (S. 25–49). Landsberg: Ecomed.
- REKER, T. (1998). *Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie*. Darmstadt: Steinkopf.
- REKER, T. (1999). Psychiatrische Arbeitstherapie – Konzepte, Praxis und wissenschaftliche Ergebnisse. *Psychiatrische Praxis*, 26, 12–15.
- REKER, T. & EIKELMANN, B. (1998). Krankheits- und Rehabilitationsverläufe schizophrener Patienten in ambulanter Arbeitstherapie. Eine prospektive Studie über drei Jahre. *Der Nervenarzt*, 69, 210–218.
- RITTMANSBERGER, H. & SCHÖNY, W. (1990). Neue psychosoziale Verfahren in der Behandlung schizophrener Patienten. In G. SCHÖNBECK & T. PLATZ (Hrsg.), *Schizophrene erkennen, verstehen, behandeln*. Wien: Springer.
- Röder-WANNER, U.-U. & PRIEBE, S. (1995). Schizophrenie und Lebensqualität – geschlechtsspezifische Aspekte. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 53, 393–401.
- RÖSSLER, W. & SALIZE, H. J. (1996). *Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen*. Baden-Baden: Nomos.
- RÖSSLER, W., SALIZE, H. J., BIECHLE, U. & RIECHER-RÖSSLER, A. (1994). Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung – Ein europäischer Vergleich. *Der Nervenarzt*, 65, 427–437.
- RÖSSLER, W., SALIZE, H. J., CUCCHIARO, G., REINHARD, I. & KERNIG, C. (1999). Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 142–148.
- ROPER, G. (1995). *Gemeindeorientierte Enthospitalisierung von chronisch psychisch Kranken*. Unveröffentlichter Zwischenbericht, Bedburg-Hau.
- ROPER, G. (1996). *Gemeindeorientierte Enthospitalisierung von chronisch psychisch Kranken*. Unveröffentlichter Jahresabschlussbericht, Bedburg-Hau.
- ROPER, G., RÖHL, K.-P. & SPANCKEN, E. (1997). Gemeindeorientierte Enthospitalisierung von chronisch psychisch Kranken im Rheinland. *Public Health Forum*, 17, 9–10.
- ROSSER, R. M., COTTEE, M., RABIN, R. & SELAI, C. (1992). Index of health related quality of life. In A. HOPKINS (Hrsg.), *Measures of the quality of life and the uses to which such measures may be put*. London: Royal College of Physicians.
- RUDOLF, H. (1998). »Zufrieden? – Was heißt schon zufrieden?« *Eine empirische Studie zur Lebensqualität alkoholabhängiger Frauen*. Regensburg: S. Roderer.
- RUDOLF, H. & PRIEBE, S. (1999): Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität alkoholabhängiger Frauen. *Psychiatrische Praxis*, 26, 116–121.
- RUSSO, J., ROY-BYRNE, P., REEDER, D., ALEXANDER, M., DWYER-O'CONNOR, E., DAGADAKIS, C., RIES, R. & PATRICK, D. (1997). Longitudinal assessment of quality of life in acute psychiatric inpatients: reliability and validity. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185, 166–175.
- SAINTFORT, F., BECKER, M. & DIAMOND, R. (1996). Judgements of quality of life of individuals with severe mental disorders: patient self-report versus provider perspective. *American Journal of Psychiatry*, 153, 497–502.

- SCHANDRY, R. (1994). Entwicklung des Fragebogens für Asthmapatienten (FAP). In F. PETERMANN & K.-C. BERGMANN (Hrsg.), *Lebensqualität und Asthma*. Berlin: Quintessenz.
- SCHNEIDER, B. (2001). *Arbeit für psychisch kranke Menschen – Eine empirische Untersuchung zu spezifischen Anforderungen von Zuverdienst-Arbeitsplätzen*. Unveröffentlichte Magisterarbeit, Technische Universität Berlin.
- SCHÖLMECH, P. & THEWS, G. (Hrsg.). (1990). *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin*. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz. Stuttgart: Gustav Fischer.
- SCHULBERG, H. C., BROMET, E. (1981). Strategies for Evaluating the Outcome of Community Services for the Chronically Mentally Ill. *American Journal of Psychiatry*, 138, 930–935.
- SCHWARZ, N. & STRACK, F. (1991). Evaluating one's life: a judgement model of subjective well-being. In F. STRACK, M. ARGYLE & N. SCHWARZ (Hrsg.), *Subjective Well-being*. Oxford: Pergamon.
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES (Hrsg.). (1993). *Krankenhausplan 1993*. Berlin.
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES (Hrsg.). (1996). *Psychiatrie Entwicklungsprogramm – Psychiatrie Bericht Berlin – Teil III*. Berlin.
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES (Hrsg.) (1998). *Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems*. Berlin.
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES (Hrsg.). (1999). *Tabellenwerk Psychiatrie*. Unveröffentlichtes Zahlenmaterial, Berlin.
- SEYFRIED, E. (1990). Neue Formen der Arbeit für psychisch Kranke. *Psychiatrische Praxis*, 17, 71–77.
- SHEPHERD, G., MUIJEN, M., DEAN, R. & COONEY, M. (1996). Residential care in hospital and in the community – quality of care and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168, 448–456.
- SIEGRIST, J. (1990). Grundannahmen und gegenwärtige Entwicklungsperspektiven einer gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung. In P. SCHÖLMECH & G. THEWS (Hrsg.), *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin*. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz (S. 59–66). Stuttgart: Gustav Fischer.
- SIMPSON, C. J., HYDE, C. E. & FARAGHER, E. B. (1989). The chronically mentally ill in community facilities – a study of quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 154, 77–82.
- SKANTZE, K., MALM, U., DENCKER, S. J. & MAY, P. R. A. (1990). Quality of life in schizophrenia. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 44, 71–75.
- SØRENSEN, T. & NÆSS, S. (1996). To measure quality of life: relevance and use in the psychiatric domain. *Nordic Journal of Psychiatry*, 37 (Suppl.), 29–39.
- SPITZ, R. A. (1957). *Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen*. Stuttgart: Klett.
- SPITZ, R. A. (1967). *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart: Klett.
- STEIN, L. I. & TEST, M. A. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment, I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392–397.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.). (1995–2000a). *Gesundheitswesen*, Fachserie 12, Reihe 6.1, (Jg. 1993–1998). Wiesbaden: Metzler Poeschel.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.). (1995–2000b). *Gesundheitswesen*, Fachserie 12, Reihe 6.3, (Jg. 1993–1998). Wiesbaden: Metzler Poeschel.

- STRACK, F., ARGYLE, M. & SCHWARZ, N. (Hrsg.). (1991). *Subjective Well-being*. Oxford: Pergamon.
- TEST, M. A. & STEIN, L. I. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment III. Social Cost. *Archives of General Psychiatry*, 37, 409–412.
- THAPA, K. & ROWLAND, L. A. (1989). Quality of life perspectives in long-term care: staff and patient perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 267–271.
- THORNICROFT, G., BEBBINGTON, P. (1989). Deinstitutionalisation – from Hospital Closure to Service Development. *British Journal of Psychiatry*, 155, 739–753.
- TRIEMAN, N. & LEFF, J. (1996). The TAPS Project. 36: The most difficult to place long-stay psychiatric in-patients – Outcome one year after relocation. *British Journal of Psychiatry*, 169, 289–292.
- TRIEMAN, N. & LEFF, J. (2002). The TAPS Project 44: Long-term outcome of long-stay psychiatric patients considered unsuitable to live in the community. *British Journal of Psychiatry*, 181, 428–432.
- TVERSKY, A. & GRIFFIN, D. (1991). Endowment and contrast in judgements of well being. In F. STRACK, M. ARGYLE & N. SCHWARZ (Hrsg.), *Subjective Well-being*. Oxford: Pergamon.
- VAITL, P., BENDER, W. & QUINKLER, E. (1986). Evaluation zum 11-jährigen Bestehen einer ambulanten Wohngruppe. *Psychiatrische Praxis*, 13, 138–143.
- VAUGHN, C. & LEFF, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125–137.
- VIETEN, B., INGENLEUF, H.-J., WILM, B. & ALBRECHT, G. (1996). Alte und neue Grenzen – Langzeitpatienten in der Psychiatrie machen sich auf den Weg. *Sozial-psychiatrische Informationen*, 4, 2–8.
- WARE, J. E. & SHERBOURNE, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473–483.
- WASYLENKI, D. A., GOERING, P. N., LEMIRE, D., LINDSEY, S. & LANCEE, W. (1993). The hostel outreach program: assertive case management for homeless mentally ill persons. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (9), 848–852.
- WEISBROD, B. A., TEST, M. A. & STEIN, L. I. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment, II. Economic Benefit-Cost Analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400–405.
- WING, J. K. & BROWN, G. W. (1970). *Institutionalism and Schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals, 1960–1968*. London: Cambridge University Press.
- WIRTH, M. M. (1997). *Lebenszufriedenheit und Lebensqualität nach Enthospitalisierung. Eine Untersuchung zu spezifischen Veränderungsdimensionen im Zufriedenheitserleben ehemaliger psychiatrischer Langzeitpatienten nach Umzug in Heime*. Konstanz: Hartung-Gorre.
- ZAPF, W. (1984). Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In W. GLATZER & W. ZAPF (Hrsg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik*. Frankfurt: Campus.

Anhang A

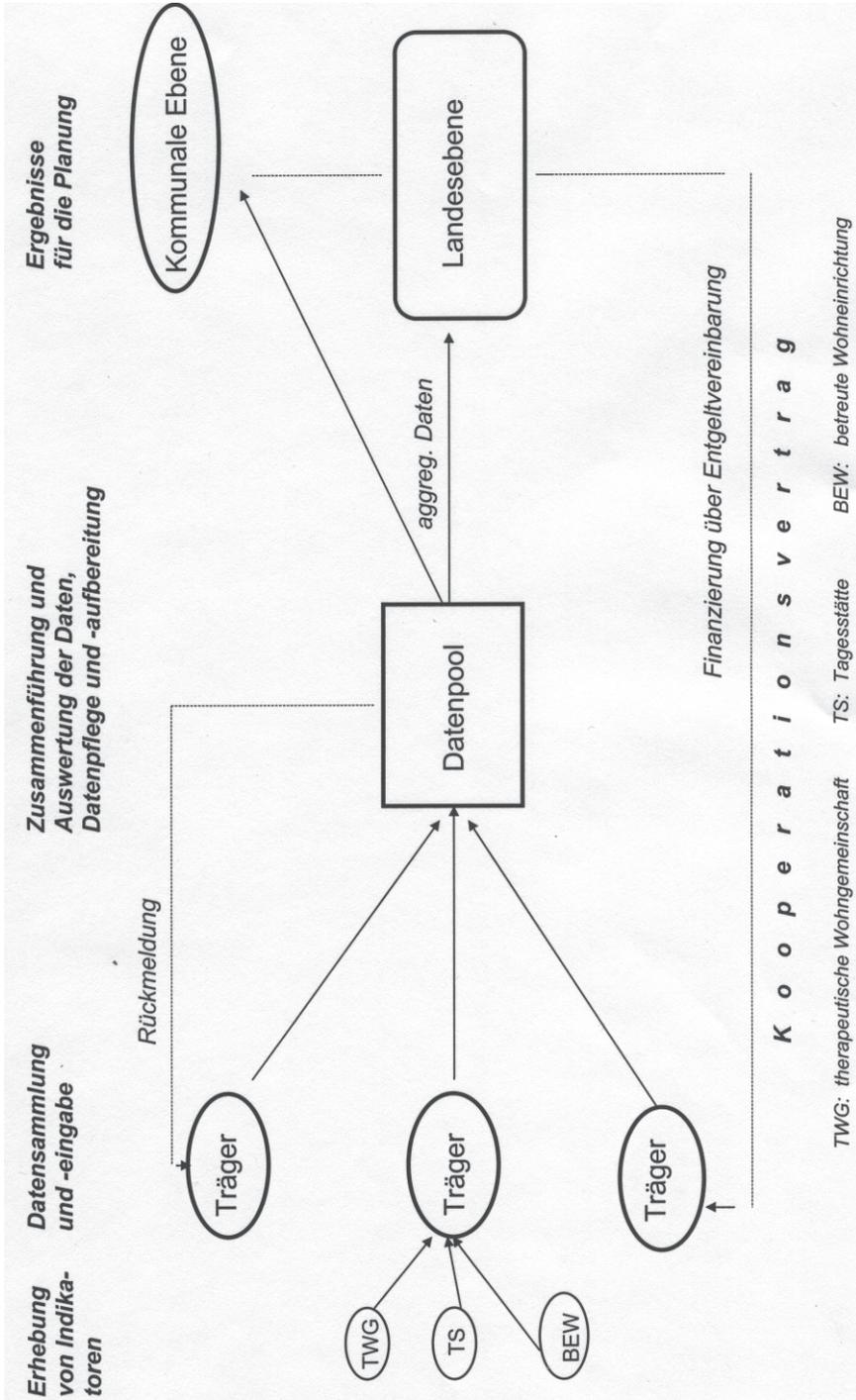


Abb. 21: Modell zur Einbeziehung von (Lebensqualitäts-)Indikatoren im Rahmen eines Qualitätsmanagements im ambulant-komplementären Bereich der Psychiatrie

Anhang B: Erhebungsinstrumente

Berliner Lebensqualitätsprofil

Name des Klienten:

Code-Nummer:

Datum:

Interviewer:

Zur Benutzung des Berliner Lebensqualitätsprofils

Das ›Berliner Lebensqualitätsprofil‹ ist durch Übersetzung und Modifikation des ›Lancashire Quality of Life Profile‹ von J. P. J. OLIVER et al. entstanden. Es wurde in seiner deutschen Form von Stefan Priebe und Christine Hoffmann an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin erarbeitet und dient als strukturiertes Interview zur Beurteilung der Lebensqualität psychisch kranker Menschen. Die vorliegende, korrigierte Version wurde unter Mitarbeit von Ute-Ulrike Röder-Wanner, Wolfgang Kaiser und Karin Hoffmann erstellt.

Die Fragen des Bogens sind in elf Bereiche gegliedert:

Teil 1 – Persönliche Daten des Befragten

Teil 2 – Allgemeine Lebenszufriedenheit

Teil 3 – Arbeit – Aus(Bildung)

Teil 4 – Freizeit

Teil 5 – Religion

Teil 6 – Finanzen

Teil 7 – Wohnung

Teil 8 – Gesetz und Sicherheit

Teil 9 – Familie

Teil 10 – Freunde und Bekannte

Teil 11 – Gesundheit

Für die Zufriedenheitsfragen des Profils soll die nachfolgende Zufriedenheits-Skala (Z-Skala) verwendet werden. Sie steht auch noch einmal auf einem separaten Blatt zur Verfügung, so dass der/die Befragte sie immer vor Augen haben kann. Mithilfe der Skala soll der/die Befragte zu einer Selbsteinschätzung seiner/ihrer Zufriedenheit kommen (z. B. Frage 3.5: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Tätigkeit?).

Zufriedenheits-Skala (Z-Skala):



Teil 1 – Persönliche Daten des Befragten

- 1.1 Alter in Jahren: 1.2 Geschlecht: weiblich männlich
- 1.3 Der/die Befragte gehört zur Volksgruppe/Nation: _____
- 1.4 Erreichte schulische Bildung:
- a. kein Hauptschulabschluss b. Hauptschulabschluss
- c. Mittl. Reife oder vergl. Abschluss d. Abitur/Fachabitur
- e. andere, welche:
- 1.5 Erreichte Berufsausbildung [Mehrfachantwort möglich]:
- a. keine Berufsausbildung oder nur angelehrt
Lehre/Fachschule (Höhere Handelsschule o.Ä.):
- b. abgeschlossen c. abgebrochen d. noch in Ausbildung
- Fachhochschule/Hochschule:
- e. abgeschlossen f. abgebrochen g. noch in Ausbildung

Teil 2 – Allgemeine Lebenszufriedenheit

- 2.1 Wie zufrieden sind Sie zur Zeit allgemein mit Ihrem Leben?
[Benutzen Sie die Z-Skala]

Teil 3 – Arbeit – Aus(Bildung)

- 3.1 Gehen Sie einer Arbeit/Tätigkeit (einschließl. Studium) nach? ja nein
- 3.2 Wenn ja, welcher? _____
- 3.3 Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie?
- 3.4 Was verdienen Sie ungefähr netto im Monat?
- Wie zufrieden sind Sie (mit) [im folgenden die Z-Skala benutzen]:
- 3.5 Ihrer (beruflichen) Tätigkeit (Arbeit, beschützter Arbeitsplatz, Studium etc.)?
- 3.6 Ihrer Bezahlung/Ihrem Entgelt?
- 3.7 damit, arbeitslos/berentet/ohne Beschäftigung zu sein?

Teil 4 - Freizeit

Betrachten Sie im Folgenden die vergangenen vier Wochen:

- 4.1 Haben Sie in diesem Zeitraum Sport getrieben oder eine Sportveranstaltung besucht?
ja nein weiß nicht
- 4.2 Haben Sie ein Restaurant/Kneipe/Gaststätte besucht oder an einer Vereinsveranstaltung teilgenommen?
ja nein weiß nicht
- 4.3 Waren Sie im Kino, im Theater, im Museum oder auf einer Musikveranstaltung?
ja nein weiß nicht
- 4.4 Waren Sie einkaufen? ja nein weiß nicht
- 4.5 Sind Sie Bus, Auto oder Zug gefahren außer zur Arbeit und zurück?
ja nein weiß nicht

4.6 Haben Sie ferngesehen oder Radio gehört?
 ja nein weiß nicht

4.7 Gab es in den letzten zwölf Monaten Zeiten, in denen Sie gern mehr in Ihrer Freizeit unternommen hätten, dies aber nicht möglich war?
 ja nein weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

4.8 Ihren Freizeitaktivitäten zu Hause/im Krankenhaus/Heim?

4.9 Ihren Freizeitaktivitäten außerhalb Ihrer Wohnung/außerhalb des Krankenhauses/Heims?

Teil 5 – Religion

5.1 Welcher Religion gehören Sie an?

- a. evangelisch b. katholisch c. jüdisch d. islamisch
 e. hinduistisch f. budistisch g. andere h. keiner

5.2 Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen einen Gottesdienst oder eine andere religiöse Veranstaltung besucht? mal

Teil 6 – Finanzen

6.1 Wie hoch sind Ihre monatlichen Einkünfte (netto ohne Steuern, bei Sozialhilfeempfängern incl. Miete)?

6.2 Haben Sie Vermögen über DM 50.000? ja nein weiß nicht

6.3 Welche Art von Einkünften haben Sie?
 a. Lohn/Gehalt b. selbstständig c. Krankengeld d. Arbeitslosengeld, -hilfe
 e. Rente (EU-/Alters-/sonstige) f. Sozialhilfe g. Vermögenseinkünfte

6.3.1 Wie hoch ist das monatliche Einkommen aller in Ihrem Haushalt lebenden Personen (Haushaltseinkommen)?

6.3.2 Wie viele Personen werden von diesem Haushaltseinkommen unterhalten?
 a. Erwachsene b. Kinder über 18 Jahren c. Kinder unter 18 Jahren

6.4 Ist in den letzten zwölf Monaten ein Antrag von Ihnen auf staatliche Unterstützung (Sozialhilfe, Wohngeld, Ausbildungshilfe) abgelehnt worden?
 ja nein weiß nicht

6.5 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten irgendwann zu wenig Geld, um im Alltag zurecht zukommen?
 ja nein weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im Folgenden die Z-Skala benutzen]:

6.6 Ihrer finanziellen Lage?

Teil 7 – Wohnung

7.1 Wo wohnen Sie zur Zeit?

- a. Wohnheim d. Privathaus (als Eigentümer)
 b. Therapeutische WG e. Privathaus (als Mieter)
 c. Krankenhaus (> 6 Monate) f. Eigentumswohnung
 durchgehend)

- g. Mietwohnung k. andere
 h. Betreutes Einzelwohnen l. obdachlos/keine Wohnung
 i. in einer vom Sozialamt m. Kranken-, Pflegeheim

bezahlten Pension

7.1.1 Bei institutioneller Versorgung:

Verfügen Sie daneben noch über eine eigene Wohnung? ja nein

7.2 Wie lange wohnen Sie schon dort? Jahre Monate

7.3 Wie viele Menschen wohnen dort im selben Haushalt noch außer Ihnen?

7.4 Mit wem wohnen Sie zusammen? [Mehrfachantwort möglich]:

a. lebt allein f. mit Geschwistern

b. mit (Ehe)Partner g. mit anderen Verwandten

c. mit Eltern(teil) h. im Betreuten Wohnen (TWG, Betr.

d. mit Kindern über 18 Jahren Einzelwohnen, Betreuungsgem.)

e. mit Kindern unter 18 Jahren i. mit anderen nichtverwandten Personen

7.5 Hat es in den letzten zwölf Monaten Zeiten gegeben, in denen Sie gern umgezogen wären (für stationäre Patienten: in denen Sie gern das Krankenhaus dauerhaft verlassen hätten), dies aber nicht möglich war? ja nein weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im Folgenden die Z-Skala benutzen]:

7.6 Ihrer gegenwärtigen Wohnsituation allgemein (bezogen auf 7.1)?

7.8 dem Zusammenleben mit den anderen Menschen dort?

7.9 der Privatsphäre, die Sie dort haben?

7.10 der Aussicht, dort lange Zeit zu leben?

Teil 8 – Gesetz und Sicherheit

8.1 Ist in den letzten zwölf Monaten wegen einer Straftat Anzeige gegen Sie erstattet worden? ja nein weiß nicht

8.2 Sind Sie in den letzten zwölf Monaten angegriffen, geschlagen oder belästigt oder in anderer Weise Opfer einer Gewalttat geworden? ja nein weiß nicht

8.2.1 Wenn ja, in welcher Weise?

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

8.3 Ihrer persönlichen Sicherheit in dieser Stadt?

8.4 der Sicherheit dort, wo Sie wohnen?

Teil 9 – Familie

9.1 Wie ist Ihr Familienstand? :

a. verh./fester Partner b. ledig c. verwitwet d. geschieden

e. getrenntlebend f. sonstiges

9.1.1 Wie viele Kinder haben Sie?

9.2 Wie oft haben Sie Kontakt mit einem/einer Verwandten, die nicht in Ihrem Haushalt lebt?

a. täglich b. mind. wöchentlich c. mind. monatlich

- d. mind. jährlich e. seltener als einmal f. keinen Kontakt
 g. es existieren keine Verwandten mehr pro Jahr

- 9.3 Gab es in den letzten zwölf Monaten Situationen, in denen Sie gern engeren Kontakt zu diesen Verwandten gehabt hätten, dies aber nicht möglich war?
 ja nein weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im Folgenden die Z-Skala benutzen]:

- 9.4 Ihrer Ehe/Partnerbeziehung
 9.5 der Beziehung zu Ihren Kindern
 9.6 der Beziehung zu Ihrer sonstigen Familie

Teil 10 – Freunde und Bekannte

- 10.1 Würden Sie sagen, Sie sind jemand, die/der ohne Freunde/Freundinnen auskommt?
 ja nein weiß nicht
- 10.2 Haben Sie einen guten, engen Freund/eine gute, enge Freundin (d.h. jemand der/die Sie gut kennt)?
 ja nein weiß nicht
- 10.3 Haben Sie einen Freund/eine Freundin, den/die Sie um Hilfe bitten können, wenn Sie Hilfe brauchen?
 ja nein weiß nicht
- 10.4 An wieviel Tagen hatten Sie in der vergangenen Woche persönlichen Kontakt mit Ihren Freunden/Bekanntem?
- 10.5 An wie vielen Tagen hatten Sie in der vergangenen Woche persönlichen Kontakt (persönliche Gespräche) zu Menschen, die nichts mit der Psychiatrie zu tun haben (weder als Betreuer noch als Patienten)?

Wie zufrieden sind Sie [im Folgenden die Z-Skala benutzen]:

- 10.6 damit, wie Sie mit anderen Menschen zurechtkommen?
 10.7 mit der Anzahl der Freunde/Bekanntem, die Sie haben?

Teil 11 – Gesundheit

Betrachten Sie im Folgenden die letzten zwölf Monate:

- 11.1 Waren Sie wegen eines körperlichen Leidens beim Arzt/im Krankenhaus?
 ja nein weiß nicht
- 11.2 Haben Sie körperliche Probleme, die Ihre Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt haben?
 ja nein weiß nicht
- 11.3 Waren Sie wegen seelischer Probleme beim Arzt?
 ja nein weiß nicht
- 11.4 Waren Sie wegen seelischer Probleme im Krankenhaus?
 ja nein weiß nicht
- 11.5 Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Krankenhausaufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus/auf einer psychiatrischen Station (falls zutreffend)? Jahre
- 11.6 Nehmen Sie wegen seelischer Probleme Medikamente?
 ja nein weiß nicht

11.7 Haben Sie in den letzten zwölf Monaten wegen Ihrer Gesundheit Hilfe von einem Arzt oder einer anderen medizinischen Einrichtung gewünscht, diese aber nicht bekommen?
 ja nein weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im Folgenden die Z-Skala benutzen]:

11.8 Ihrer körperlichen Gesundheit?

11.9 Ihrer seelischen Gesundheit?

Berliner Enthospitalisierungsstudie (BEST) – Basisdaten und Anamnese

Name des Patienten oder Code-Nr.:

Datum:

Interviewer:

I. Einschlusskriterien:

- 1. Beginn der jetzigen Hospitalisierung
- 2. Aufnahme in die jetzige Institution
- 3. Bei Hospitalisierung 1984 oder später, in welchem Bezirk war der Patient vor der Aufnahme polizeilich gemeldet?

II. Basisdaten

- 1. Klinik
- 2. Station
- 3. Anzahl der Betten pro Zimmer:
- 4. Psychiatrische Diagnose(n):
(nach ICD 10)

F		.	
F		.	
F		.	
F		.	
F		.	
F		.	

5. Somatische Diagnosen:
(frei)

6. Derzeitige Medikation:

7. Andere derzeitige Therapieformen:
(Mehrfachantworten möglich)

- a) BT
- b) AT
- c) Musiktherapie
- d) Bewegungstherapie
- e) Physikal. Therapie
- f) Anz. d. Einzelgespr. über 20 Min./Monat
- g) Gruppentherapie
- h) Sonstige:

20. Im Falle einer Entlassung, welche Wohnmöglichkeit gäbe es für den Patienten?
- a) siehe 18
- b) eine andere
- c) keine
21. Welche Hilfe von medizinischen und sozialen Einrichtungen bräuchte der Patient im Falle einer Entlassung? (Mehrfachantworten möglich)
- a) keine
- b) medikamentöse Therapie
wenn ja, welche Substanzgruppe
- c) regelmäßige Gespräche bei einem niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater
- d) Einzelpsychotherapie
wenn ja, welche Art?
- e) Gruppenpsychotherapie
- f) Familientherapie
- g) Betreuung d. (Instituts-)Ambulanzen
- h) Betreuung d. Sozialstation
- i) Beratungs- und Kontaktstellen
- j) Anonyme Alkoholiker (AA)
- k) andere Selbsthilfegruppen
wenn ja, welche?
- l) Patientenclubs
- m) Altentagesstätte
- n) Ambulante Arbeitstherapie/Beschäftigungstherapie
- o) Beschützte Arbeitsform
wenn ja, welche?
- p) Berufliche Rehabilitation
- q) Beschützte Wohnformen
wenn ja, welche?
- r) Einzelfallhilfe
- s) Regelmäßige Besuche durch einen »Aufsuchenden Dienst«, z.B. SpD
- t) sonstige
22. Hat es während der letzten sechs Monate in der Klinik/in dem Heim Zwangsmaßnahmen wie z.B. Fixierung oder Zwangsmedikation gegeben?
(nein = 0, ja = 1)

Klienten-Bogen zur Behandlungsbewertung (KliBB)*

STUDIE:
 NAME bzw. CODENUMMER:
 BESONDERHEITEN:

INTERVIEWER:
 DATUM:

Dieser Fragebogen soll von den Nutzern psychiatrischer Einrichtungen selbst ausgefüllt werden. Wir sind an Ihrer Sicht von der Behandlung interessiert. Wir möchten Sie deshalb bitten, im folgenden Fragebogen eine persönliche Bewertung der jetzigen Behandlung abzugeben. Kreuzen Sie bitte auf der ersten Seite nach den jeweiligen Fragen einen Wert von 0 bis 10 auf der Skala an, um anzugeben, wie Sie diesen Punkt momentan einschätzen. Auf der zweiten Seite schreiben Sie bitte kurz in Stichworten auf, was Ihnen zu den vier Fragen einfällt.

Bewertungsskalen

1. Glauben Sie, dass Sie hier insgesamt die für Sie richtige Behandlung erhalten? (XXBEWO1)
 nein 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ja,
 gar nicht |-----| auf jeden Fall

2. Fühlen Sie sich von Ihrem Therapeuten verstanden und setzt er sich für Sie ein? (XXBEWO2)
 nein 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ja,
 gar nicht |-----| auf jeden Fall

3. Ist der Umgang mit den sonstigen Mitarbeitern hier für Sie (XXBEWO3)
 angenehm oder unangenehm?
 sehr unangenehm 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr angenehm
 |-----|

4. Glauben Sie, dass Sie hier die für Sie richtige Medikation erhalten? (XXBEWO4)
 nein 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ja,
 gar nicht |-----| auf jeden Fall
 Ich erhalte keine Medikation: (888)

5. Glauben Sie, dass die sonstigen Angebote hier (wie z.B. Beschäftigungstherapie) (XXBEWO5)
 für Sie richtig sind?
 nein 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ja,
 gar nicht |-----| auf jeden Fall
 Es gibt keine sonstigen Angebote für mich: (888)

6. Fühlen Sie sich insgesamt geachtet und respektiert?

(XXBEWO6)

nein 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

ja,
auf jeden Fall

7. Ist die bisherige Behandlung hier für Sie hilfreich gewesen?

(XXBEWO7)

nein 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
gar nicht |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

ja,
auf jeden Fall

Offene Fragen

1.) Was empfinden Sie hier als eher angenehm?

2.) Was empfinden Sie hier als eher *un*angenehm?

3.) Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen die Behandlung hilft?

Wenn ja, was ist es konkret, das Ihnen hilft?

4.) Würden Sie gerne hier etwas nach Ihren Wünschen verändern wollen?

Wenn ja, was würden Sie gerne konkret verändern?

Kurzvita

Karin-Maria Hoffmann, Jahrgang 1954, Dr. Dipl.-Psych. und approbierte psychologische Psychotherapeutin, hat nach langjähriger Arbeit in der Gemeindepsychiatrie von 1994–1999 an der Abt. f. Sozialpsychiatrie (Freie Universität Berlin) in der Versorgungsforschung mit den Schwerpunkten Enthospitalisierung, Lebensqualität, Pflege und Evaluation gearbeitet. Weiterhin ist sie Psychodramatherapeutin und lehrt u. a. an der Alice Salomon Fachhochschule (Berlin) und im postgradualen Studiengang Public Health. Zurzeit ist sie bei Platane 19 e. V. mit Aufgaben des Qualitätsmanagements, der Dokumentation und Forschung betraut.