

## » Welche Ziele hat psychiatrische Rehabilitation, und welche erreicht sie?

Stefan Priebe, London

**Zusammenfassung:** In diesem Beitrag werden schlaglichtartig Ziele der psychiatrischen Rehabilitation reflektiert. Zudem wird ansatzweise überprüft, inwieweit diese Ziele tatsächlich erreicht werden. Während sehr allgemein formulierte Rehabilitationsziele unstrittig scheinen, verändern sich einzelne Ziele im Laufe der Zeit und unterscheiden sich auch international erheblich. Insbesondere diskutiert werden die Ziele einer Integration psychisch Kranker in die Arbeitswelt und einer Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Die Vermittlung in eine reguläre Arbeit erscheint als Rehabilitationsziel angesichts von Massenarbeitslosigkeit problematisch. Studienergebnisse zeigen aber, daß Arbeit eine wirksame Maßnahme zur Erreichung weiterer Rehabilitationsziele ist. Empirisch belegt ist auch, daß Rehabilitation die Lebensqualität der betroffenen Patienten verbessern kann, wobei eine praktikable Operationalisierung dieses Rehabilitationsziels aussteht. Patienten, professionelle Behandler und andere Gruppen, wie z.B. Gesundheitspolitiker und Medien, haben unterschiedliche Interessen, die zu einem gesellschaftlichen Spannungsfeld führen, in welchem Rehabilitationsziele entstehen und verändert werden. U.a. aufgrund dieses Spannungsfeldes entsprechen Rehabilitationsmaßnahmen in der Praxis häufig nicht dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand. Verbesserungen wären möglich durch ein systematisches Outcome-Management, in welchem regelmäßig erhobene Ergebnisvariablen ständig in den individuellen Rehabilitationsprozeß einfließen und eine allgemeine Evaluation erlauben.

### Einleitung

Die Frage, welche Ziele in der psychiatrischen Rehabilitation verfolgt werden, scheint leicht zu beantworten: krankheitsbedingte Beeinträchtigungen sollen vermindert werden; psychisch Kranke sollen trotz einer andauernden Behinderung in der Gemeinde leben, in die Arbeitswelt integriert werden und am „normalen“ sozialen Leben teilnehmen; ihre personalen und materiellen Rechte sollen verwirklicht werden; und schließlich soll psychiatrische Rehabilitation psychisch Kranken insgesamt helfen, eine größtmögliche Lebensqualität zu erreichen. Diese Auflistung wird bei Wissenschaftlern oder Praktikern kaum auf Widerspruch stoßen. Ein Blick in die Geschichte zeigt, daß ähnliche Ziele seit Beginn des Jahrhunderts – und zum Teil auch davor – wiederholt geäußert

wurden und die Fachdiskussion anleiteten. Die historische Analyse macht aber auch deutlich, daß sich einzelne Ziele, Begründungszusammenhänge und konkrete Forderungen über die Zeit erheblich ändern können. Auch der internationale Vergleich offenbart erstaunliche Unterschiede. Im folgenden werden deshalb einige Ziele in der Rehabilitation – ohne jeden Anspruch auf Systematik oder Vollständigkeit – gezielt betrachtet.

### Integration in die Arbeitswelt

Mit Hilfe rehabilitativer Maßnahmen sollen psychisch Kranke in die Lage versetzt werden, eine Arbeit möglichst auf dem regulären Arbeitsmarkt zu finden, sich dadurch ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen, von sozialen Kontakten am Arbeitsplatz zu profitieren und das Selbstwertgefühl über eine erfolgreiche Arbeitstätigkeit zu erhöhen. In Zeiten der Massenarbeitslosigkeit wird dieses Ziel aus übergeordneter Sicht aber fraglich. Was nützt es, wenn mit viel Mühe und Aufwand ein psychisch Kranker auf einen Arbeitsplatz vermittelt wird, den deshalb ein anderer Arbeitsuchender verliert oder nicht erhält? Angesichts des bekannten Zusammenhanges zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung – psychisch Kranke haben geringere Chancen, einen Arbeitsplatz zu bekommen und zu behalten, und umgekehrt kann Arbeitslosigkeit psychische Erkrankungen auslösen oder verstärken – ist Arbeitslosigkeit ein für jeden Betroffenen potentiell gesundheitsgefährdender Faktor und müßte im Interesse einer öffentlichen Gesundheitsfürsorge für alle – und nicht nur für psychisch Kranke – vermieden werden. Für viele Einrichtungen der beschützten Arbeit ergibt sich hieraus ein Dilemma: Im Interesse der betroffenen Patienten ist es sinnvoll und lobenswert, wenn sie in einem Zuverdienstbereich Produkte herstellen oder Dienstleistungen anbieten, die auf dem Markt verkäuflich sind. Im allgemeinen gilt aber, daß dieselben Arbeiten, würden sie nicht von einem Zuverdienstbetrieb übernommen, von einer regulären Firma erfüllt würden. Überspitzt formuliert, handelt es sich somit bei Zuverdienstbetrieben um eine vom Gesundheits- und Sozialetat finanzierte Arbeitsplatzvernichtung.

Nur wenige Menschen mit schweren und andauernden psychischen Erkrankungen können sich auf dem freien Arbeitsmarkt durchsetzen. Für viele der psychisch Kranken ist deshalb eine beschützte Arbeitsform im sogenannten zweiten oder gar dritten Arbeitsmarkt die einzige realistische Möglichkeit zur Arbeit. Eine Stärkung des zweiten und dritten Arbeitsmarktes aber vermindert den Druck auf den ersten Arbeitsmarkt, psychisch Kranke zu integrieren. Hier eine

Balance zu finden ist nicht einfach, zumal beschützte Arbeitsformen zudem mit dem Nachteil verbunden sind, erneut Abhängigkeiten von institutioneller Protektion zu schaffen, wenn psychisch Kranke sich an beschützte Einrichtungen gewöhnen, zu weiteren Rehabilitationschritten in Richtung des freien Arbeitsmarktes dann aber nicht mehr zu motivieren sind oder die Umstellung nicht bewältigen.

Trotz dieser Bedenken und Einschränkungen bleibt die Vermittlung einer strukturierten und sinnvollen Arbeit aber ein wichtiges Rehabilitationsziel, weil mittelbar dadurch auch das Erreichen anderer Ziele erleichtert und unterstützt wird. In einer Studie zum Zusammenhang von Arbeit und Lebensqualität wurden in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen in Bern, Boulder (USA) und Berlin jeweils schizophrene Patienten mit und ohne Arbeit untersucht [16]. Bezüglich der subjektiven Lebensqualität waren Patienten mit Arbeit wesentlich zufriedener mit ihrer Arbeitssituation – was ja trivial ist –, sowie mit ihrem Einkommen, was aufgrund der Arbeit höher ist, und mit ihren Freizeitaktivitäten, die aufgrund des höheren Einkommens besser gestaltet werden können. Vor allem aber waren sie – auch bei Kontrolle anderer bekannter Einflußgrößen, wie dem Schweregrad der psychopathologischen Symptomatik – mit ihrem Leben insgesamt signifikant zufriedener, während sich in der Zufriedenheit mit anderen Lebensbereichen keine Unterschiede zeigten. Arbeit scheint danach bei psychisch Kranken mit einer lebensbereichsspezifischen größeren Zufriedenheit und darüber mit einer allgemein höheren Lebensqualität verbunden zu sein.

In der Berliner Enthospitalisierungsstudie [6,7,14] wurden alle psychiatrischen Patienten aus einem Einzugsbereich von ca. 550 000 Einwohnern in West-Berlin untersucht, die länger als 6 Monate durchgehend in stationärer Behandlung waren. 71 der insgesamt 237 Patienten wurden im Verlaufe von 4 Jahren aus der Nervenklinik Spandau in Einrichtungen des Betreuten Wohnens entlassen. Für 63 dieser Patienten wurden im Mittel 23 Monate nach der Entlassung Daten der Rehospitalisierung und Merkmale der Betreuung erhoben [8]. 54% dieser Patienten gingen während ihrer Zeit im Betreuten Wohnen einer strukturierten Arbeit oder Beschäftigung nach. 66% der Patienten ohne, aber nur 38% der Patienten mit Arbeit/Beschäftigung wurden im Beobachtungszeitraum stationär wiederaufgenommen ( $\chi^2 = 4,66$ ;  $p < 0,05$ ), während sich in sonstigen Merkmalen (Alter, Gesamtzahl und Dauer stationärer Aufenthalte, psychopathologische Symptomatik, Betreuungsbedürfnisse) keine signifikanten Unterschiede zeigten. Die odds-ratio betrug im Hinblick auf eine stationäre Wiederaufnahme 3,1, das heißt, die Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Wiederaufnahme war bei Patienten ohne Arbeit/Beschäftigung um diesen Faktor erhöht. Dieser Befund steht exemplarisch für eine Fülle vergleichbarer Ergebnisse. Angesichts der hohen Kosten einer Krankenhausbehandlung, die durch strukturierte Arbeit eventuell zu verhindern ist, ist wiederholt spekuliert worden, ob es letztendlich nicht kostengünstiger sei, Geld bei der konventionellen medizinischen Behandlung einzusparen und statt dessen mit diesem Geld Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke zu schaffen. Man kann daraus schließen, daß die Bedeutung der Integration in die Arbeitswelt als ultimatives Rehabilitationsziel umstritten sein mag, daß Arbeit aber sicherlich ein intermediäres Rehabilitationsziel im Sinne einer effektiven Maßnahme zur Erreichung weiterer Rehabilitationsziele darstellt. Bei der

Diskussion um den Stellenwert von Arbeit in der psychiatrischen Rehabilitation ist zu differenzieren zwischen Arbeit als unspezifischer soziotherapeutischer Behandlungsmaßnahme – z.B. in Form einer Arbeitstherapie in der Akutphase zur Tagesstrukturierung und Kontaktgestaltung –, als spezifischer Therapiemaßnahme – z.B. zum Training kognitiver und sozialer Fähigkeiten –, als Mittel zur Verbesserung der Lebensqualität, als Weg zur ökonomischen und sozialen Absicherung der Patienten und als letztendliches Ziel der Rehabilitation im Sinne der Verwirklichung eines gesellschaftlichen Anspruchs aller Menschen, also auch psychisch Kranker, auf Arbeit.

### Lebensqualität

Verbessert Rehabilitation unabhängig von spezifischen Arbeitsmaßnahmen die Lebensqualität der betroffenen Patienten? In der Berliner Enthospitalisierungsstudie wurde die Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen und mit dem Leben insgesamt als Indikator der Lebensqualität betrachtet [15]. Ein Jahr nach ihrer Entlassung zeigten Patienten eine signifikant höhere Lebensqualität als zuvor, obwohl bereits das Ausgangsniveau in der Klinik relativ hoch war. Bei Patienten, die in der Klinik verblieben, änderte sich die Lebensqualität hingegen kaum [5]. Die positive Veränderung bei den entlassenen Patienten bezog sich auf nahezu alle Lebensbereiche und war bezüglich der Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt, mit der Freizeit, mit der Wohnsituation und mit sozialen Kontakten statistisch signifikant. Darüber hinaus bestand der positive Effekt bei allen in die Gemeinde entlassenen Gruppen, unabhängig davon, ob sie in einer Einrichtung des Betreuten Wohnens oder in einer eigenen Wohnung lebten. Grundsätzlich scheint also psychiatrische Rehabilitation in der Gemeinde eine Erhöhung der Lebensqualität zu erreichen. Dieser Befund wirkt ermutigend, wirft aber auch weitere Fragen auf. So beziehen sich die Ergebnisse auf Mittelwerte von größeren oder kleineren Gruppen. In Einzelfällen gibt es aber natürlich auch negative Entwicklungen, und es bleibt unklar, wie viele solche negativer Entwicklungen als unvermeidlich und tolerabel angesehen werden. Darüber hinaus bezieht sich die positive Differenz auf zwei Meßzeitpunkte. Was ist aber bei weiteren Messungen in der Zukunft zu erwarten? Die Zufriedenheit kann sich realistischlicherweise nicht immer weiter verbessern, bis alle Patienten durchgehend das positive Extrem auf allen Ratingskalen angeben. Bei den entlassenen Patienten ist die Lebensqualität nur noch in geringem Maße niedriger als in der Allgemeinbevölkerung, und es kann vermutlich nicht Anspruch einer Rehabilitation sein, die Lebensqualität psychisch Kranker über das Maß in der Allgemeinbevölkerung zu heben. Welcher Grad an Lebensqualität als Ergebnis psychiatrischer Rehabilitation akzeptabel ist und welcher nicht, bleibt derzeit offen, so daß es kein operationalisiertes Kriterium für das Ziel einer größtmöglichen Lebensqualität gibt.

### Unterschiedliche Perspektiven

Bisher wurde über psychiatrische Rehabilitation und deren Ziele aus der Sicht eines Kliniklers und Forschers gesprochen. Es gibt aber natürlich auch andere Perspektiven. In der bereits erwähnten Berliner Enthospitalisierungsstudie wurden Behandler und Patienten unabhängig voneinander befragt, in welchen Lebensbereichen beim jeweiligen Patienten ein Be-

darf nach Hilfe und Unterstützung besteht [4]. Im Mittel sahen die Behandler in fast doppelt so vielen Bereichen einen Bedarf nach Hilfe als die Patienten selbst. Wurde nach Bedürfnissen gefragt, die durch die gegenwärtige Behandlung nicht abgedeckt werden, ergab sich ein umgekehrtes Bild: Obwohl Patienten insgesamt weniger Bedarf nach Hilfe und Unterstützung angaben als ihre Behandler, sahen sie mehr Bedürfnisse von der gegenwärtigen Behandlung nicht erfüllt, während Behandler grundsätzlich mehr Bedarf entdeckten, diesen aber weitgehend durch ihre Behandlung erfüllt glaubten. Noch auffälliger als diese Ergebnisse war aber, daß die Übereinstimmung zwischen Behandlern und Patienten, ob ein Bedarf nach Hilfe in einem bestimmten Bereich gegeben sei oder nicht, im Einzelfall ausgesprochen gering war und nicht einmal das Maß statistischer Signifikanz erreichte (Tab. 1).

**Tab. 1** Bedürfnisse nach Hilfe aus Sicht der Patienten und der Behandler, Unterschiede und Übereinstimmungen (n = 153).

Bereich	Patient %	Behandler %	Unterschiede	Konkordanz (κ)
Wohnen	61	85	***	κ = 0,30
Beschäftigung/Arbeit	40	78	***	κ = 0,18
körperliche Gesundheit	25	62	***	κ = 0,08
seelische Gesundheit	56	97	***	κ = 0,02
Abhängigkeit	5	14	***	κ = 0,39
Gefährdung	15	35	***	κ = 0,14
Information	42	71	***	κ = 0,06
Ernährung	31	40	n.s.	κ = 0,06
Körperpflege	22	59	***	κ = 0,14
Finanzen	51	81	***	κ = 0,07
Geldeinteilung	21	50	***	κ = 0,14
soziale Kontakte	26	69	***	κ = 0,06
Partnerschaft	13	29	***	κ = 0,16
Sexualität	15	15	n.s.	κ = 0,24
sonstiges	11	3	**	κ = -0,04
Summe	4,3 ± 2,9	8,0 ± 2,0	t = -14,3 p < 0,000	r = 0,26 p < 0,01

Behandler und Patienten haben – zumindest in einigen Settings – also sehr unterschiedliche Ansichten darüber, in welchen Lebensbereichen Hilfe erforderlich und sinnvoll ist. Wenn es so wenig Übereinstimmung über die jeweils zu erreichenden Ziele gibt, ist dies wahrscheinlich keine gute Voraussetzung, um sie zu erreichen. Dabei ist die Perspektive der Patienten keineswegs als irrelevant abzutun. Zahlreiche Studien haben gezeigt, daß die globale Bewertung einer Behandlung durch die Patienten einen großen Vorhersagewert für den Erfolg dieser Behandlung hat [3,11]. Dies gilt auch für langfristige Rehabilitationsmaßnahmen in der Gemeinde. Patienten mit einer positiveren Bewertung ihrer Behandlung in einer gemeindepsychiatrischen Einrichtung hatten signifikant weniger Hospitalisierungen in den darauffolgenden 2½ Jahren [13]. Neuere Untersuchungen haben zwar angedeutet, daß der Zusammenhang zwischen Behandlungsbewertung und Hospitalisierungen wahrscheinlich komplexer ist als angesichts der ersten Ergebnisse vermutet, den Prädiktionswert der Patientensicht insgesamt aber bestätigt [12]. In jedem Fall unterscheiden sich die Perspektiven der Rehabilitationsziele von Behandlern und Patienten erheblich, und beide Sichtweisen sind von Bedeutung.

Patienten und professionelle Behandler sind aber nicht die einzigen Gruppen, die Einfluß auf die Rehabilitationsziele suchen und haben. Angehörige von psychisch Kranken, Manager in Rehabilitationseinrichtungen, Gesundheitspolitiker, Journalisten und Öffentlichkeit können ganz unterschiedliche und zum Teil widersprüchliche Interessen haben. Dadurch entsteht ein Spannungsfeld von persönlichen, ökonomischen und politischen Interessen, das die Rehabilitationsziele in mindestens ebenso starkem Maße beeinflußt wie die wissenschaftliche Diskussion. Recht offen tritt – zumindest in Deutschland – der Einfluß der an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen zutage. Die Sicherung von Arbeitsplätzen, die Realisierung von Ausbildungen und Karrieren, eine erfüllende Tätigkeit und ein möglichst hohes Einkommen sind legitime Interessen, die von Berufsgruppen und Verbänden vorgebracht und bei politischen Entscheidungen über gesundheitspolitische Strategien und konkrete Einrichtungen berücksichtigt werden. In England hingegen sind Perspektive und Einfluß der Boulevardpresse von herausragender Bedeutung und für manche Rehabilitationsbemühungen erdrückend. In ihrem Ansinnen, mit effektheisenden Schlagzeilen möglichst viele Zeitungen zu verkaufen, haben Journalisten vor einigen Jahren entdeckt, daß in der Gemeinde lebende psychisch Kranke zuweilen – wie nicht



**Abb. 1** Reißerischer Bericht über Gewalttaten psychisch Kranker in England.

Kranke auch – aus unterschiedlichen Motiven andere Menschen töten und daß dies das voyeuristische oder angst-erfüllte Interesse vieler Leser weckt. So werden von psychisch Kranken begangene Gewalttaten und insbesondere Totschläge stets groß herausgebracht und als Skandal präsentiert. (Abb. 1) Die Tatsache, daß die Zahl von Tötungsdelikten psychisch Kranker trotz der Deinstitutionalisierung seit den 50er Jahren gar nicht zugenommen hat, während in dieser Zeit hingegen die Mordrate in der Allgemeinbevölkerung stark angestiegen ist, daß also relativ gesehen die Rate der Tötungsdelikte von psychisch Kranken eher abgenommen hat, wird praktisch nicht zur Kenntnis genommen und ist für dieses Phänomen völlig irrelevant. Psychiater und andere in der Psychiatrie tätige Berufsgruppen müssen mit der ständigen Befürchtung leben, im Falle eines solchen, im Einzelfall ja selten völlig auszuschließenden Ereignisses, auf der Frontseite einer Boulevardzeitung erwähnt und öffentlich des Versagens beschuldigt zu werden. Gesundheitspolitiker können häufig nicht der Versuchung widerstehen, in populistischer Weise die öffentliche Sicherheit, das heißt das Verhindern von Straftaten psychisch Kranker, als wesentliches Ziel der gesamten psychiatrischen Versorgung und Rehabilitation darzustellen. Selbstverständlich hat all dies großen Einfluß auf Finanzierung und Organisation psychiatrischer Einrichtungen. Diese erst seit ca. 5 Jahren bestehende und fast übermächtige Bedeutung des Prinzips der öffentlichen Sicherheit zeigt auch, welch großem Wandel psychiatrische Rehabilitationsziele unterworfen sein können und wie sie sich international unterscheiden.

### Standards und Qualität

Sind vielleicht auch die Ziele der Rehabilitation fließend und unscharf, so erscheint doch unstrittig, daß die Methoden der Rehabilitation den Standards der ärztlichen Kunst entsprechen und den jeweiligen Erkenntnissen der psychiatrischen Wissenschaft folgen sollten. In einer amerikanischen Studie wurden die wenigen aus der Literatur ableitbaren Standards hinsichtlich der medikamentösen Behandlung und psychosozialer Maßnahmen bei schizophrenen Patienten zusammengestellt [9,10]; anschließend wurde überprüft, inwieweit diese Standards in der Versorgung Anwendung finden. In der ambulanten Versorgung fanden die Autoren die Standards bezüglich der medikamentösen Behandlung insgesamt in weniger als 50% aller Fälle erfüllt. Bei den psychosozialen Maßnahmen lag die Rate noch niedriger. Bei 45% der Patienten erfolgte den Standards entsprechend Psychotherapie, bei 22,5% Arbeitsrehabilitation, bei 10% ein sogenanntes assertive community treatment bzw. assertive case management und bei 9,6% eine adäquate Familienedukation, d.h. keine einzige der den Standards entsprechend geforderten Maßnahmen wurde auch nur bei der Hälfte der Patienten durchgeführt. Einzelne Patienten mögen auch in den USA von exzellenten und auf empirischer Evidenz basierenden Rehabilitationsbemühungen profitieren, grundsätzlich aber klafft eine deutliche Lücke zwischen dem, was nach medizinischem Erkenntnisstand getan werden müßte und dem, was in der täglichen Praxis passiert. In Deutschland gibt es keine vergleichbare Studie. Es ist aber auffällig, daß trotz der hinreichenden Belege für die Effektivität der Psychoedukation von Familien von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen diese kaum in irgendeiner psychiatrischen Einrichtung zum Standardprogramm gehört und systematisch sowie qualifiziert angewen-

det wird. Interessanterweise existiert dieses Manko, obwohl die zugrundeliegende Literatur, die zumeist expressed emotion Indizes verwendet, ausgesprochen großen Bekanntheitsgrad genießt.

Ein besonders negatives Bild ergibt sich bei einer Betrachtung der übergeordneten Versorgungsstrukturen. In der Literatur wird kaum bestritten, daß eine Kontinuität der Rehabilitation über verschiedene Einzelmaßnahmen hinweg – einschließlich einer personellen Kontinuität des zuständigen Behandlers – und eine Koordination aller verschiedenen Maßnahmen, z.B. im Arbeits-, Freizeit- oder Wohnbereich und in der medizinischen Behandlung, essentiell für eine erfolgreiche Rehabilitation sind. Trotz dieser Erkenntnisse wird ein klinisches Case Management in Deutschland aber kaum verwirklicht, da es nicht im Einklang mit den tatsächlichen oder vermeintlichen Interessen der Träger psychiatrischer Rehabilitationseinrichtungen steht, die statt dessen lieber in weitgehender Isolation arbeiten und eine fragmentierte Versorgung schaffen. Um diese Situation zu verbessern, sind keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse erforderlich, sondern der politische Wille, die entsprechenden Versorgungsstrukturen zu schaffen und die notwendigen Mittel zur Verfügung zu stellen.

### Outcome-Management

Ob Rehabilitationsziele – wie auch immer sie definiert werden – erreicht werden, ist in vielfältigen Studien untersucht worden, wird aber in der Routine nicht regelmäßig erfaßt und überprüft. Die Verallgemeinerung von Studienergebnissen, insbesondere von solchen aus Modelleinrichtungen, auf die Routinepraxis ist bekanntermaßen problematisch. Darüber hinaus ist die Situation in fast jeder Einrichtung etwas anders, so daß eine eigenständige Evaluation zumindest als Ergänzung der in der Literatur geschilderten Erkenntnisse wichtig wäre [2]. Besonderheiten des wirtschaftlichen und sozialen Umfeldes, in denen die Einrichtung arbeitet, der Charakteristika der zu versorgenden Patienten und ihrer Lebensbedingungen, der Ideologie und Organisation der Einrichtung selbst, der zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Qualifikation der Mitarbeiter – um nur einige zu nennen – machen eine gesonderte Überprüfung der Rehabilitationsergebnisse sinnvoll. Eine ständige Erhebung von Outcome-Daten in jeder Praxiseinrichtung wäre erforderlich, um die Beurteilung des Erfolges nicht dem persönlichen Empfinden und der Spekulation zu überlassen, sondern um eine rationale Grundlage für die andauernde praktische Verbesserung von Rehabilitationsprozessen zu schaffen. Diese Daten sollen nicht nur ein Bild über das Erreichte und die derzeitige Effektivität der Maßnahmen vermitteln, sondern sie müssen ständig zurückgemeldet werden und einfließen in die gemeinsame Diskussion von Patienten und Behandlern – und ggfs. Angehörigen etc. – über die weiteren Rehabilitationsziele und die zur Erreichung dieser Ziele notwendigen Schritte. Dies bedeutet in der Praxis, daß Patienten in regelmäßigen Abständen z.B. ihre Lebensqualität einschätzen und das Ergebnis dann unter Berücksichtigung der bisher erreichten Veränderungen mit ihren Behandlern besprechen, damit die weiteren Bemühungen modifiziert werden können. Ein solches System wird auch als Outcome-Management bezeichnet und bedeutet, daß ein stetiger Prozeß in Gang gesetzt wird, in dem Outcome-Variablen in die individuelle Rehabili-

tationsplanung eingehen und gleichzeitig eine übergeordnete Evaluation zulassen.

Sinnvoll wäre, die Erhebung der Ziele zu standardisieren, um eine vergleichende Evaluation zu ermöglichen. Einfache und klar operationalisierte Ziele sind dabei wichtiger als komplizierte Skalen. Die Cochrane Schizophrenia Group hat bei einer Zusammenstellung von 2000 kontrollierten Behandlungsversuchen bei schizophrenen Patienten 640 verschiedene Ratingskalen zur Einschätzung des Behandlungserfolges gefunden. Diese große Anzahl macht Vergleiche naturgemäß schwer. Darüber hinaus fand die Gruppe eine klare Tendenz dahingehend, daß Studien, deren Autoren selbst entwickelte oder selten verwendete Skalen benutzten, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Wirksamkeit der jeweils getesteten Behandlungsmethode aufzeigten [1,17]. Diese Tendenz mag vielfältige Gründe haben, trägt aber in jedem Fall bei zu der Forderung, vermehrt simple und eindeutige Ziele als Erfolgskriterium in Studien zu untersuchen und in der Praxis zu verwenden. Ob Patienten Obdach, eine Arbeit und einen Partner haben oder nicht, ist relativ einfach und eindeutig festzustellen und hat für Kliniker, Wissenschaftler und Patienten wahrscheinlich eine größere Aussagekraft als der Mittelwert auf einer Ratingskala.

### Schlußfolgerung

Abschließend bleibt zu konstatieren, daß einige sehr generell gehaltene Formulierungen von Rehabilitationszielen zwar allgemeine Anerkennung finden, daß die Ziele im einzelnen sich aber wandeln, international unterscheiden und weniger eindeutig sind, als es zunächst den Anschein hat. Eine explizite Diskussion über die Ziele könnte auch im gesundheitspolitischen Raum hilfreich sein und das dargestellte gesellschaftliche Spannungsfeld, in dem Rehabilitationsziele entstehen und bestimmt werden, transparenter machen. Zur Transparenz beitragen würde auch eine regelmäßige und systematische Erhebung der Rehabilitationsergebnisse, die zudem eine empirische Grundlage für die konkrete Verbesserung von Rehabilitationskonzepten und die Basis für ein individuelles Outcome-Management schaffen würde.

### Literatur

- <sup>1</sup> Adams, C.: Persönliche Mitteilung. (1998)
- <sup>2</sup> Burns, T., S. Priebe: Mental health care systems and their characteristics: A proposal. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 94 (1996) 381–385
- <sup>3</sup> Gruyters, T., S. Priebe: Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis* 21 (1994) 88–95
- <sup>4</sup> Hoffmann, K., S. Priebe: Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten? – Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von „Needs“. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 64 (1996) 473–481
- <sup>5</sup> Hoffmann, K., W. Kaiser, M. Isermann, S. Priebe: Wie verändert sich die Lebensqualität langzeithospitalisierter psychiatrischer Patienten nach ihrer Entlassung in die Gemeinde? *Gesundheitswesen* 60 (1998) 232–238
- <sup>6</sup> Hoffmann, K., S. Priebe, M. Isermann, W. Kaiser: Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten. Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 24 (1997) 221–226
- <sup>7</sup> Kaiser, W., K. Hoffmann, M. Isermann, S. Priebe: Behandlerprognosen und Entlassungen nach zwei Jahren. Teil III der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 25 (1998) 67–71
- <sup>8</sup> Kaiser, W., B. Junghänel: Evaluation im Betreuten Wohnen – Betreuungsverlauf und offene Fragestellungen. Vortrag, III. Wissenschaftliche Tagung zur Enthospitalisierung: Gemeindepsychiatrie nach der Enthospitalisierung – Wie soll es weitergehen? Berliner Enthospitalisierungsstudie, Berlin, 2.10.1998
- <sup>9</sup> Lehman, A. F., D. M. Steinwachs, and the Survey Co-Investigators of the PORT Project: At issue: Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin* 24 (1998) 1–10
- <sup>10</sup> Lehman, A. F., D. M. Steinwachs, and the Survey Co-Investigators of the PORT Project: Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) client survey. *Schizophrenia Bulletin* 24 (1998) 11–20
- <sup>11</sup> Priebe, S.: Die Bedeutung der Patientenmeinung. Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie. Hogrefe, Göttingen (1992)
- <sup>12</sup> Priebe, S., M. Bröker: Prediction of hospitalisations by schizophrenia patients' assessment of treatment: An expanded study. *Journal of Psychiatric Research* 33 (1999) 113–119
- <sup>13</sup> Priebe, S., T. Gruyters: Patients' assessment of treatment predicting outcome. *Schizophrenia Bulletin* 21 (1995) 87–94
- <sup>14</sup> Priebe, S., K. Hoffmann, M. Isermann, W. Kaiser: Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten – Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 23 (1996) 15–20
- <sup>15</sup> Priebe, S., J. Oliver, W. Kaiser (Hrsg.): *Quality of Life and Mental Health Care*. Wrightson Biomedical Publ., Petersfield (1999)
- <sup>16</sup> Priebe, S., R. Warner, T. Hubschmid, I. Eckle: Employment, attitudes to work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin* 24 (1998) 469–472
- <sup>17</sup> Thornley, B., C. Adams: Content and quality of 2000 controlled trials in schizophrenia over 50 years. *British Medical Journal* 317 (1998) 1181–1184

Prof. Dr. Stefan Priebe

St. Bartholomew's and the Royal London School  
of Medicine and Dentistry  
Academic Unit  
East Ham Memorial Hospital  
GB-London E7 8QR