

## Wie verändert sich die Lebensqualität langzeithospitalisierter psychiatrischer Patienten nach ihrer Entlassung in die Gemeinde?

**Zusammenfassung:** Im Rahmen der Berliner Enthospitalisierungsstudie wurde die Lebensqualität bei 134 langzeithospitalisierten psychiatrischen Patienten zu zwei Meßzeitpunkten untersucht: Aus der Klinik entlassene Patienten wurden 1 Jahr nach ihrer Rückkehr in die Gemeinde, weiter stationär behandelte Patienten 1½–2 Jahre nach dem ersten Befragungszeitpunkt erneut befragt. Die Lebensqualität wurde mit dem Berliner Lebensqualitätsprofil erhoben. Für die Auswertung wurde zwischen vier Gruppen differenziert: 1. In derselben Einrichtung stationär weiterbehandelte Patienten, 2. in andere stationäre Einrichtungen verlegte Patienten, 3. nach weniger als einem Jahr Krankenhausaufenthalt entlassene Patienten, 4. nach mehr als einem Jahr Krankenhausaufenthalt entlassene Patienten („Kerngruppe“). Die vier Gruppen unterschieden sich hinsichtlich verschiedener soziodemographischer und krankheitsbezogener Variablen signifikant voneinander. Die objektive Lebenssituation der vier Patientengruppen unterschied sich beim Follow-up signifikant in den Bereichen Freizeit, soziale Kontakte und Sicherheit voneinander. Entlassene Patienten zeigten ein aktiveres Freizeitverhalten, hatten häufiger einen „guten Freund“ sowie häufiger in der letzten Woche soziale Kontakte gehabt, und waren seltener Opfer einer Straftat geworden. Die subjektive Zufriedenheit unterschied sich im Querschnittsvergleich der vier Gruppen signifikant in den Bereichen Wohnen und Sicherheit. Im Längsschnitt gab es bei keiner Gruppe signifikante negative Veränderungen. Die meisten positiven Veränderungen zeigten sich bei der Kerngruppe vormals langzeithospitalisierter Patienten: Ihre Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung, der finanziellen Lage und der Wohnsituation verbesserte sich signifikant im Vergleich zur Erstbefragung während des Klinikaufenthaltes. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Verbesserung der objektiven Lebenssituation und der subjektiven Lebensqualität ehemals langzeithospitalisierter Patienten nach der Entlassung.

**Changes in Quality of Life in Long-Term Hospitalised Psychiatric Patients After Discharge:** In the Berlin deinstitutionalisation study, quality of life in 134 long-term hospitalised psychiatric patients was examined twice: Discharged patients were interviewed again one year after their return to the community, whereas patients who continued to be hospitalised were reinterviewed after 1½–2 years after the first interview. Quality of life was assessed by the Berlin Quality of Life Profile. Four groups were distinguished in the analysis: 1. patients who con-

K. Hoffmann<sup>1</sup>, W. Kaiser<sup>2</sup>, M. Isermann<sup>2</sup>, S. Priebe<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Sozialpsychiatrie (komm. Leiter: Prof. Dr. A. Pietzcker), Freie Universität Berlin

<sup>2</sup> Krankenhaus Spandau, Berlin

<sup>3</sup> University of London, Dept. of Psychological Medicine, St. Bartholomew's and the Royal School of Medicine, London

tinued as inpatients in the same hospital, 2. patients who had been referred to other hospitals, 3. patients who had been discharged after less than one year of continuous inpatient care, and 4. patients discharged after more than one year of hospital care. The four groups differed significantly in several sociodemographic and illness-related variables. Regarding the objective quality of life data, the four groups differed significantly in respect of the spheres leisure, social contacts and safety at follow-up. Discharged patients had more leisure activities, more often a "good friend", and more frequent social contacts within the last week. They had been less often victim to a crime. In a cross-sectional analysis, the four groups showed significant differences regarding subjective quality of life in the spheres accommodation and safety. In a longitudinal analysis, no group showed any significant negative changes. Positive changes were found in the group of patients formerly hospitalised for more than a year most often: satisfaction with leisure activities, with the financial situation, and with accommodation improved significantly during the follow-up period. Results show a marked and significant improvement in the objective and subjective quality of life indicators in formerly long-term hospitalised patients after discharge.

**Key words:** Deinstitutionalisation – Quality of life – Community mental health care – Evaluation

### Einleitung

Deinstitutionalisierung – unter diesem Schlagwort begann in den USA und in England vor rd. 30 Jahren eine der wesentlichen Veränderungen des psychiatrischen Versorgungssystems (O'Driscoll, 1993; Thornicroft u. Bebbington, 1989; Braun et al., 1981). Langzeithospitalisierte Patienten – in der Mehrzahl solche mit der Diagnose einer Schizophrenie – sollten in der Regel nicht mehr im Krankenhaus, sondern ambulant und wohnortnah behandelt und betreut werden. Der Schwerpunkt der Behandlung und Betreuung insbesondere chronisch psychisch Kranker verlagerte sich damit zunehmend von der Klinik in die Gemeinde (Okin, 1995; Rössler et al., 1996). Daß psychiatrische Patienten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem genauso effektiv wie in der Klinik behandelt werden können, ohne höhere Kosten zu verursachen, und daß diese Behandlung bei Patienten und Angehörigen zu größerer Zufriedenheit beiträgt, haben bereits Anfang der 80er Jahre beispielhaft die Untersuchungen von Stein und Test (Stein u. Test, 1980; Test u. Stein, 1980; Weisbrod, Test, Stein, 1980) gezeigt. In Deutschland sind

entsprechende Bemühungen erst Jahre später unter zunehmendem Kostendruck und unter den Vorgaben einer geplanten Bettenreduzierung in den psychiatrischen Krankenhäusern praktisch umgesetzt worden (z.B. Psychiatrieentwicklungsprogramm des Landes Berlin 1996). In vielen Orten Deutschlands gilt der Prozeß der Enthospitalisierung inzwischen als weitgehend abgeschlossen. Nur vereinzelt wurden jedoch diese Maßnahmen auch wissenschaftlich begleitet (Ingenleuf, 1997; Ropers, Röhl, Spancken, 1997). In Berlin evaluiert seit 1994 die Berliner Enthospitalisierungsstudie (Priebe et al., 1996; Hoffmann et al., 1997; Kaiser et al., im Druck) umfassend und systematisch in einem Einzugsgebiet von rd. 550 000 Einwohnern den Prozeß der Enthospitalisierung psychiatrischer Langzeitpatienten. Die Studie ist eine prospektive Längsschnittuntersuchung und verwendet neben den gebräuchlichen objektiven Parametern wie etwa der psychopathologischen Symptomatik oder den stationären Wiederaufnahmen insbesondere subjektive Evaluationskriterien (Priebe et al., 1995) wie die Lebensqualität (Priebe, Kaiser, Huxley, 1996; Kaiser et al., 1996; Kaiser et al., 1997), die Bedürfnisse nach Hilfe und Unterstützung (Hoffmann u. Priebe, 1996) und die Behandlungsbewertung (Gruyters u. Priebe, 1992; Priebe u. Gruyters, 1995).

### Ziele und Fragestellungen

Die Studie untersucht den Verlauf der Lebensqualität im Prozeß der Enthospitalisierung. Insbesondere geht es dabei um folgende Fragen:

- Wie unterscheidet sich die objektive und subjektive Lebensqualität bei Patienten, die aus der Klinik entlassen wurden, im Vergleich zu weiter stationär behandelten Patienten?
- Wie verändert sich die subjektive Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung?

### Methoden (Einschlußkriterien, Design, Erhebungsinstrumente, statistische Auswertung)

Aufgenommen in die Studie wurden alle Patienten, die im Untersuchungszeitraum der Ersterhebung (1. Halbjahr 1994) mindestens 6 Monate durchgehend in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen waren und ihren letzten Wohnort im definierten Einzugsbereich von drei Berliner Bezirken hatten. Ausgeschlossen wurden Patienten mit der Diagnose einer organischen oder dementiellen Störung oder einer Minderbegabung. Die Patienten kamen aus sechs Fachkliniken bzw. Sonderkrankenhäusern, die meisten aus einer großen aufnahmeverpflichteten Nervenklinik im Nordwesten Berlins. Insgesamt 134 Patienten wurden zu zwei Meßzeitpunkten untersucht und persönlich befragt. Die Erstbefragung fand für alle Patienten in der Klinik statt. Entlassene Patienten wurden 1 Jahr nach ihrer Entlassung aus der Klinik, weiter stationär behandelte Patienten 1½–2 Jahre nach dem ersten Befragungszeitpunkt erneut befragt.

Erhoben wurden soziodemographische und krankheitsbezogene Daten einschließlich der Diagnosen nach ICD-10 (Dilling, 1991). Die psychopathologische Symptomatik wurde mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall u. Gorham, 1962), die Lebensqualität mit dem Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP; Priebe et al., 1995) erhoben. In diesem strukturierten Interview wird die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie die

Zufriedenheit in insgesamt acht Lebensbereichen mit der z-Scala erfaßt, auf der die Befragten Ratings zwischen 1 = „völlig unzufrieden“ bis zu 7 = „völlig zufrieden“ abgeben können.

Bei der Auswertung wurde nach vier Patientengruppen differenziert. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm SPSS. Für Häufigkeitsvergleiche wurden Chi-Quadrat-Tests berechnet, für Mittelwertsvergleiche einfaktorische Varianzanalysen (ANOVAs) bzw. t-Tests. Außerdem wurde eine multivariate Varianzanalyse mit Kovariaten berechnet.

### Ergebnisse

#### Stichprobe

134 Patienten (43% Frauen) mit einem durchschnittlichen Alter von 49 Jahren wurden zu zwei Meßzeitpunkten befragt. 79% der Patienten hatten die Diagnose einer Schizophrenie oder schizotypen Erkrankung (F2 nach ICD-10), 5% hatten eine affektive Erkrankung (F3), 9% eine Abhängigkeitserkrankung (F1) und 7% sonstige Störungen (F4, F6, F9). Die durchschnittliche Anzahl stationärer Vorbehandlungen betrug 10, die kumulierte Gesamtdauer stationärer Behandlungen etwas über 9 Jahre. 54% der Patienten waren zu Studienbeginn mehr als 2 Jahre durchgehend in stationärer Behandlung gewesen.

Bei der Auswertung wurde zwischen vier Patientengruppen differenziert: 1. in derselben Einrichtung stationär weiterbehandelte Patienten, 2. in andere stationäre Einrichtungen verlegte Patienten, 3. Patienten, die nach *weniger* als einem Jahr Krankenhausaufenthalt entlassen wurden oder noch über eine eigene Wohnung verfügten („Kurzzeitgruppe“), 4. Patienten, die nach *mehr* als einem Jahr Krankenhausaufenthalt entlassen wurden („Langzeitgruppe“). Patienten der ersten Gruppe befanden sich zum Zeitpunkt des Follow-up in derselben Einrichtung wie bei der Erstbefragung, Patienten der zweiten Gruppe waren im Intervall zwischen Erst- und Zweitbefragung in andere stationäre Einrichtungen (somatische Krankenhäuser, Pflegeheime, psychiatrische Krankenhäuser) verlegt worden. Der 3. Gruppe wurden zwei Patienten zugeordnet, die geringfügig länger als 1 Jahr (14 Monate) in stationärer Behandlung gewesen waren, jedoch noch über eine eigene Wohnung verfügten, so daß bei ihnen keine Enthospitalisierung im engeren Sinne stattgefunden hat. Patienten der 4. Gruppe bildeten die Kerngruppe der „echten“ langzeithospitalisierten Patienten. Von diesen insgesamt 39 Patienten wurden 17 in das betreute Wohnen (therapeutische Wohngemeinschaften, betreutes Einzel- oder Gruppenwohnen, Betreuungsgemeinschaft), sechs in eine eigene Wohnung mit zusätzlicher Betreuung durch Einzelfallhelfer oder Hauspflegekräfte, sechs in eine eigene Wohnung ohne zusätzliche Betreuung, sieben in ein Wohnheim/Übergangswohnheim und drei in das Obdach bzw. eine vom Sozialamt bezahlte Pension (sog. „Läusepension“) entlassen.

Soziodemographische und krankheitsbezogene Daten für diese vier Gruppen sind Tab.1 zu entnehmen. Die vier Patientengruppen unterschieden sich hinsichtlich ihres mittleren Alters, des prozentualen Anteils von Frauen, der Zugehörigkeit zu einer Diagnosegruppe, der kumulierten Gesamtdauer stationärer Vorbehandlungen sowie der psychopathologischen Symptomatik zum Zeitpunkt des Follow-up signifikant voneinander. Die Kerngruppe der langzeithospitalisier-

Tab. 1 Soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen bei vier Patientengruppen.

	in derselben Einrichtung weiter stationär behandelte Patienten	stationär verlegte Patienten	nach < 1 Jahr entlassene Patienten	nach > 1 Jahr entlassene Patienten	p
n	62	14	19	39	
Alter (Jahre)	53	50	48	41	** F = 6,9 <sup>a</sup>
Geschlecht (% Frauen)	47	36	74	26	** $\chi^2 = 12,7$
Diagnosegruppe (%)					
Schizophrenie	93	93	53	64	*** $\chi^2 = 30,5$
affektive Störungen	0	0	21	8	
Sucht	2	7	21	15	
andere	5	0	5	13	
Anzahl stat. Behandlungen <sup>1</sup>	10,0	7,4	8,7	8,9	n. s.
Dauer stat. Behandlungen (Monate) <sup>1</sup>	181	50	22	64	*** F = 17,0 <sup>a,b,c</sup>
psychop. Symptomatik <sup>2</sup> (BPRS-Summenwert)	47	42	32	36	*** F = 11,9 <sup>b,c</sup>

<sup>1</sup> zum Zeitpunkt des Studienbeginns; <sup>2</sup> zum Zeitpunkt des Follow-up; <sup>a</sup> im Einzelvergleich nach Scheffé signifikante Unterschiede zwischen Gruppe 1 und 2;

<sup>b</sup> im Einzelvergleich nach Scheffé signifikante Unterschiede zwischen Gruppe 1 und 3; <sup>c</sup> im Einzelvergleich nach Scheffé signifikante Unterschiede zwischen Gruppe 1 und 4. \* = p < 0,05; \*\* = p < 0,01; \*\*\* = p < 0,001.

ten Patienten (Gruppe 4) hatte das niedrigste Durchschnittsalter, der prozentuale Frauenanteil war hier mit 26% am geringsten. 64% dieser Patienten hatten die Diagnose einer Schizophrenie (im Unterschied zu 93% in beiden stationären Gruppen). Die kumulierte Gesamtdauer stationärer Vorbehandlungen betrug 64 Monate, die psychopathologische Symptomatik war mit einem mittleren BPRS-Summenwert von 36 mäßig stark ausgeprägt.

### Lebensqualität

#### Objektive Lebenssituation im Vergleich der vier Gruppen

Untersucht wurde, inwieweit sich die objektiven Lebensbedingungen von Patienten der vier Gruppen voneinander unterschieden. In drei von insgesamt acht untersuchten Bereichen des Berliner Lebensqualitätsprofils – Freizeit, persönliche Sicherheit, soziale Kontakte – ließen sich signifikante Unterschiede feststellen. (Wiedergegeben werden im folgenden die prozentualen Häufigkeiten für die vier Gruppen in der oben beschriebenen Reihenfolge: stationär/stationär verlegt/entlassene Kurzzeitgruppe/entlassene Langzeitgruppe.)

**Freizeit:** Entlassene Patienten benutzten im letzten Monat vor der Befragung häufiger öffentliche Verkehrsmittel (63%/64%/100%/90%;  $\chi^2 = 11,9$ ; p < 0,01), waren häufiger zum Einkaufen gegangen (67%/71%/95%/97%;  $\chi^2 = 17,5$ ; p < 0,001) und hatten häufiger eine kulturelle Veranstaltung wie ein Konzert, ein Theater oder ein Kino besucht (13%/21%/42%/40%;  $\chi^2 = 11,9$ ; p < 0,01), was auf ein ausgeprägteres Freizeitverhalten hindeutet.

**Sicherheit:** Weiter stationär in derselben Klinik behandelte Patienten waren besonders häufig Opfer einer Straftat geworden (34%/7%/16%/13%;  $\chi^2 = 8,9$ ; p < 0,05), d. h. tätlich angegriffen oder bestohlen worden.

**Soziale Kontakte:** Entlassene Patienten hatten häufiger einen „guten Freund“ (43%/43%/74%/66%;  $\chi^2 = 8,5$ ; p < 0,5) sowie

einen Freund, den sie bei Bedarf um Hilfe bitten konnten (31%/50%/84%/71%;  $\chi^2 = 24,8$ ; p < 0,001). Außerdem hatten sie in der letzten Woche häufiger Kontakt zu Freunden gehabt (42%/29%/74%/72%;  $\chi^2 = 14,7$ ; p < 0,01). Dies galt auch für den Kontakt zu Freunden, die „nichts mit der Psychiatrie zu tun haben“ (19%/21%/79%/46%;  $\chi^2 = 25,9$ ; p < 0,001).

#### Subjektive Zufriedenheit im Vergleich der vier Gruppen

Abb. 1 zeigt die allgemeine Lebenszufriedenheit und die subjektiven Zufriedenheiten in den verschiedenen Lebensbereichen für die vier Gruppen. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden in den Bereichen Wohnen

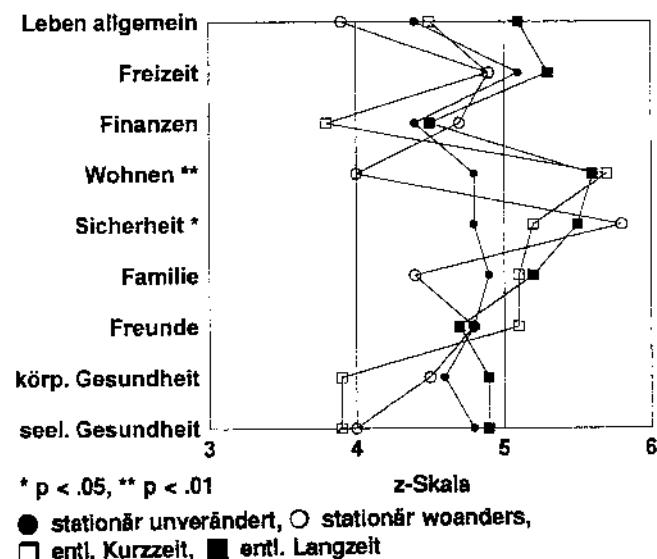
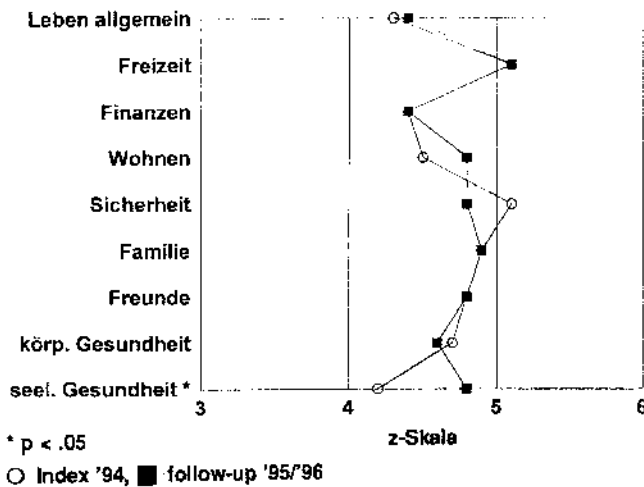


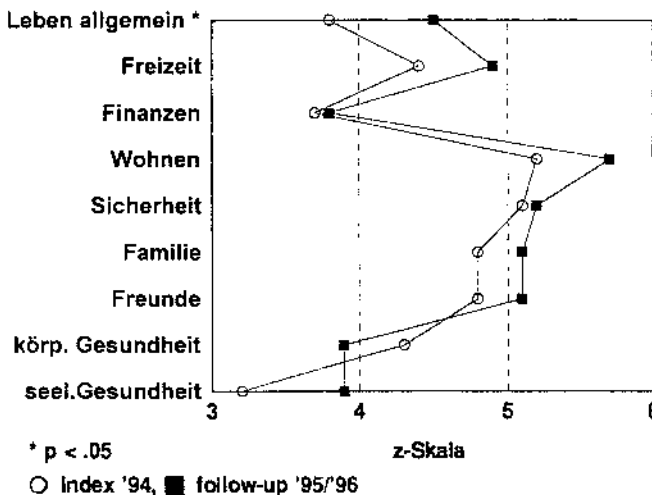
Abb. 1 Subjektive Lebensqualitätsprofile bei vier Gruppen von Patienten. Berechnet wurde eine einfaktorische ANOVA. Der Bereich Arbeit wurde wegen der zu geringen Anzahl gültiger Ratings nicht einbezogen. Der Bereich Gesundheit wird differenziert nach körperlicher und seelischer Gesundheit dargestellt.

( $F=4,1$ ;  $p<0,01$ : im post-hoc-Einzelvergleich nach Scheffé signifikante Unterschiede zwischen Gruppe 2 und 3) und persönliche Sicherheit ( $F=3,4$ ;  $p<0,05$ ). Mit ihrer Wohnsituation waren beide entlassenen Patientengruppen signifikant zufriedener als die stationär behandelten Patienten. Mit ihrer persönlichen Sicherheit waren die in andere stationäre Einrichtungen verlegten Patienten am zufriedensten – ein Ergebnis, was zunächst überraschen mag.

In derselben Klinik weiterbehandelte Patienten waren am zufriedensten mit ihrer Freizeitsituation und am unzufriedensten mit ihrer finanziellen Situation. Stationär verlegte Patienten äußerten sich am zufriedensten mit ihrer persönlichen Sicherheit und am unzufriedensten mit ihrer Wohnsituation



**Abb.2** Subjektives Lebensqualitätsprofil zu zwei Erhebungszeitpunkten bei Patienten, die in derselben Einrichtung stationär weiterbehandelt wurden. Berechnet wurden t-Tests. Der Bereich Arbeit wurde wegen der zu geringen Anzahl gültiger Ratings nicht einbezogen. Der Bereich Gesundheit wird differenziert nach körperlicher und seelischer Gesundheit dargestellt.

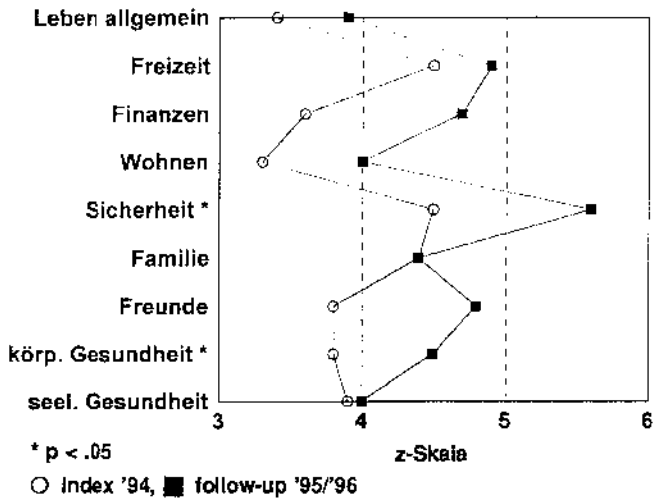


**Abb.3** Subjektives Lebensqualitätsprofil zu zwei Erhebungszeitpunkten bei Patienten, die in andere stationäre Einrichtungen verlegt wurden. Berechnet wurden t-Tests. Der Bereich Arbeit wurde wegen der zu geringen Anzahl gültiger Ratings nicht einbezogen. Der Bereich Gesundheit wird differenziert nach körperlicher und seelischer Gesundheit dargestellt.

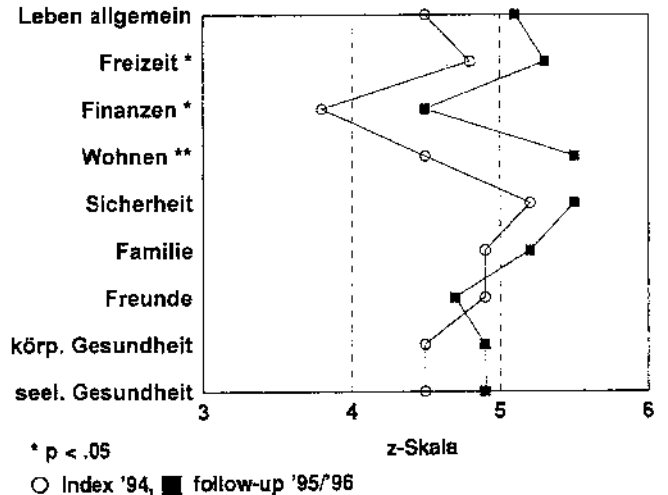
und ihrer seelischen Gesundheit. Die entlassene Kurzzeitgruppe zeigte die höchste Zufriedenheit im Bereich Wohnen, die niedrigste im Bereich Finanzen. Die Kerngruppe der entlassenen, vormals langzeithospitalisierten Patienten war am zufriedensten mit der neuen Wohnsituation, am unzufriedensten mit der eigenen finanziellen Situation.

Subjektive Lebensqualität im Verlauf

Die Abb.2–5 zeigen den Verlauf der subjektiven Lebensqualität für Patienten der vier Gruppen zu beiden Meßzeitpunkten. Das Zufriedenheitsprofil der Patienten der Gruppe 1 zeigt einen nahezu identischen Verlauf der Zufriedenheiten, signifikante Veränderungen finden sich lediglich bei der



**Abb.4** Subjektives Lebensqualitätsprofil zu zwei Erhebungszeitpunkten bei Patienten, die nach weniger als einem Jahr fortlaufend stationärer Behandlung entlassen wurden. Berechnet wurden t-Tests. Der Bereich Arbeit wurde wegen der zu geringen Anzahl gültiger Ratings nicht einbezogen. Der Bereich Gesundheit wird differenziert nach körperlicher und seelischer Gesundheit dargestellt.



**Abb.5** Subjektives Lebensqualitätsprofil zu zwei Erhebungszeitpunkten bei Patienten, die nach mehr als einem Jahr fortlaufend stationärer Behandlung entlassen wurden. Berechnet wurden t-Tests. Der Bereich Arbeit wurde wegen der zu geringen Anzahl gültiger Ratings nicht einbezogen. Der Bereich Gesundheit wird differenziert nach körperlicher und seelischer Gesundheit dargestellt.

Zufriedenheit mit der eigenen, seelischen Gesundheit ( $t = -2,33$ ;  $p < 0,05$ ). Das Profil der Gruppe 2 (stationär verlegte Patienten) zeigt einen parallelen Verlauf und mit Ausnahme des Bereichs Familie durchgängig positive Veränderungen, die allerdings nur in zwei Bereichen (Sicherheit ( $t = -2,6$ ;  $p < 0,05$ ) und körperliche Gesundheit ( $t = -2,7$ ;  $p < 0,05$ ) signifikant ausfallen. Für Gruppe 3 ergab sich ebenfalls ein parallel verlaufendes Zufriedenheitsprofil mit einer signifikanten Verbesserung der allgemeinen Lebenszufriedenheit ( $t = -2,4$ ;  $p < 0,05$ ). Die Kerngruppe der entlassenen, vormals langzeithospitalisierten Patienten zeigte signifikante Veränderungen in den drei Bereichen Freizeit ( $t = -2,4$ ;  $p < 0,05$ ), Finanzen ( $t = -2,2$ ;  $p < 0,05$ ) und Wohnen ( $t = -2,8$ ;  $p < 0,01$ ). Eine (allerdings nicht signifikante) Verschlechterung der Zufriedenheit ergab sich für diese Gruppe im Bereich soziale Kontakte.

Einschränkend soll allerdings in methodischer Hinsicht die Gefahr der Inflationierung eines  $\alpha$ -Fehlers nicht unerwähnt bleiben.

#### Einfluß von Kovariaten

Aufgrund der eben erwähnten Gefahr der Kumulation eines  $\alpha$ -Fehlers sollte mit multivariaten Methoden geprüft werden, ob sich signifikante Unterschiede der Zufriedenheiten zwischen Patienten der vier Gruppen bestätigen ließen. Definiert wurde ein Faktor „Setting“, dessen Abstufungen den bereits beschriebenen vier Gruppen entsprachen. Aufgrund vorliegender Ergebnisse anderer Studien (Priebe et al., 1996; Hoffmann et al., 1997; Kaiser et al., 1996) wurden als Einflußvariablen das Alter der Patienten und die aktuelle psychopathologische Symptomatik einbezogen. Geprüft wurde mittels einer multivariaten Varianzanalyse mit zwei Kovariaten, inwieweit sich signifikante Effekte des Faktors „Setting“ nach Berücksichtigung der beiden Kovariaten Alter und aktuelle psychopathologische Symptomatik zwischen den vier Gruppen feststellen ließen. Die multivariate Analyse zeigte vor Berücksichtigung der beiden Kovariaten signifikante Effekte des Faktors „Setting“ (Pillais appr.  $F = 2,0$ ;  $p < 0,001$ ). Beide Kovariaten gemeinsam hatten einen signifikanten Einfluß auf die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie auf alle bereichsspezifischen Zufriedenheiten mit Ausnahme des Bereichs Finanzen. Nach Berücksichtigung (Herauspartialisierung des Einflusses) der beiden Kovariaten ergab sich multivariat immer noch ein signifikanter Einfluß des Faktors „Setting“ (Pillais appr.  $F = 2,1$ ;  $p < 0,001$ ), univariat ergaben sich signifikante Effekte für die Bereiche Wohnen ( $F = 3,1$ ;  $p < 0,05$ ) sowie körperliche ( $F = 3,1$ ;  $p < 0,05$ ) und seelische Gesundheit ( $F = 4,9$ ;  $p < 0,01$ ).

#### Diskussion

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, daß die Lebensqualität nach einer Entlassung aus der Klinik bei verschiedenen Patientengruppen einen unterschiedlichen Verlauf nimmt. Die eigene Vorgehensweise – eine Differenzierung nach zwei stationären und zwei entlassenen Patientengruppen – versucht dies zu berücksichtigen, obwohl ihr natürlich auch eine gewisse Willkür nicht abzuspüren ist. Sicherlich hätten wir auch anhand anderer Kriterien Gruppenbildungen vornehmen können oder lediglich zwischen zwei Gruppen von Patienten (entlassenen und weiter stationär behandelten) unterscheiden können. Für eine weitergehende Differenzie-

rung sprechen jedoch plausible Gründe. Immerhin haben die stationär verlegten Patienten als gemeinsame Erfahrung eine wesentliche Veränderung ihrer Lebenssituation im Untersuchungszeitraum erlebt: Sie sind aus dem Langzeitbereich einer psychiatrischen Fachklinik bzw. aus einem Sonderkrankenhaus in eine somatische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses, in ein Kranken- oder Pflegeheim gewechselt. Unterscheidungskriterium zwischen den beiden entlassenen Patientengruppen („Kurzzeit“- vs. „Langzeit“-Gruppe) war eine aktuelle stationäre Behandlungsdauer von weniger bzw. mehr als einem Jahr. Auch in bezug auf dieses Kriterium wäre natürlich auch ein anderer cut off point (z. B. bei 1 ½ oder 2 Jahren) denkbar gewesen. Der entlassenen Kurzzeitgruppe ist gemeinsam, daß viele der Patienten noch Bezüge zu ihrem früheren Lebensumfeld hatten, was sich auch darin dokumentiert, daß knapp die Hälfte von ihnen noch über eine Wohnung verfügte.

Die beiden stationären Gruppen unterschieden sich hinsichtlich der Gesamtdauer stationärer Vorbehandlungen signifikant voneinander – verlegte Patienten hatten eine deutlich geringere Dauer bisheriger stationärer Aufenthalte – was möglicherweise auf eine unterschiedliche Chronizität der Erkrankung in beiden Gruppen hindeuten könnte. Bei der Kerngruppe der langzeithospitalisierten Patienten war die psychopathologische Symptomatik nur mäßig stark ausgeprägt, was dafür spricht, daß im Verlauf der Enthospitalisierung zuerst die weniger gestörten Patienten entlassen worden sind. Patienten dieser Gruppe sind in sehr unterschiedliche Lebens- und Betreuungszusammenhänge (betreute Wohngemeinschaften, Wohnheim, eigene Wohnung) entlassen worden, so daß die Gruppe in bezug auf die Entlassungs- und Betreuungsorte nicht homogen ist. Überraschend ist, daß ein geringer Prozentsatz dieser Patienten in die eigene Wohnung ohne zusätzliche professionelle Betreuung entlassen werden konnte. Auch wenn es nur drei Patienten sind, die in eine Obdachloseneinrichtung bzw. eine sog. „Läusepension“ entlassen wurden, verweist dies auf die Gefahren und möglichen negativen Auswirkungen von Enthospitalisierungsmaßnahmen, die aus Nordamerika hinlänglich bekannt sind (Marshall u. Gath, 1992) und denen dort bereits mit speziellen Programmen zu begegnen versucht wird (Wasylenki et al., 1993).

Angesichts der beschriebenen Inhomogenität der Entlassungssettings in der Langzeitgruppe ist es überraschend und um so bedeutsamer, daß sich signifikante Unterschiede der Lebensqualität zwischen den vier Gruppen feststellen ließen. Hinsichtlich der objektiven Lebenssituation erwarteten wir, daß sich Unterschiede insbesondere in den Bereichen zeigen würden, die nach einer Entlassung aus der Klinik am stärksten von einer Veränderung betroffen waren, nämlich bei der Freizeit und den sozialen Kontakten zu Freunden und Familienangehörigen. Tatsächlich zeigten beide entlassenen Gruppen ein aktiveres Freizeitverhalten und qualitativ bessere und häufigere soziale Kontakte. Die möglicherweise anzunehmende Gefahr einer erneuten Ghettoisierung psychisch Kranker in der Gemeinde ließ sich anhand unserer Befunde nicht bestätigen: Entlassene Patienten hatten signifikant häufiger als stationär behandelte Patienten soziale Kontakte zu Menschen außerhalb des psychiatrischen Bereichs. Hinsichtlich der Kontakte zu Familienangehörigen ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen feststellen. Überraschend war für uns das Ergebnis, daß weiter in der

Klinik behandelte Patienten besonders häufig Opfer einer Straftat gewesen waren. Auch wenn erst bei einer weiteren Differenzierung hinsichtlich der konkreten Art der Straftat genauere Interpretationen möglich werden, scheint doch die Aussage gerechtfertigt, daß die psychiatrische Klinik nicht unbedingt einen sicheren Lebensort für die Patienten bietet. Dieser Befund ist auch angesichts häufig geäußelter Bedenken, psychisch Kranke seien in der Gemeinde größeren Gefahren als in der Klinik ausgesetzt, von Bedeutung.

Auch bei der subjektiven Lebenszufriedenheit ließen sich Unterschiede zwischen den vier Gruppen finden, allerdings weniger ausgeprägt als bei der objektiven Lebenssituation. Signifikante Unterschiede bestanden bei der Zufriedenheit mit der Wohnsituation und der persönlichen Sicherheit, wobei die Gruppe stationär verlegter Patienten im Vergleich zu den anderen Gruppen am unzufriedensten mit ihrer Wohnsituation und am zufriedensten mit ihrer persönlichen Sicherheit war. Möglicherweise ist bei diesen Patienten eine reizärmere Umgebung, wie sie ein Heim oder ein somatisches Krankenhaus bieten, der Preis für die wahrgenommene größere persönliche Sicherheit.

Gegenüber dem Querschnittvergleich bietet die Untersuchung des Verlaufs der Lebensqualität bei den vier Gruppen mehr Aufschluß. Signifikante Veränderungen zeigten sich bei der entlassenen Langzeitgruppe in drei Bereichen; stationär verlegte Patienten und entlassene Kurzzeitpatienten hatten jeweils signifikante Veränderungen in zwei Bereichen, stationär in derselben Klinik weiterbehandelte Patienten nur in einem Bereich. Da wir keine bzw. nur sehr begrenzte Informationen über die Qualität, Ausstattung und das allgemeine Milieu der stationären Einrichtungen haben, in die Patienten der 2. Gruppe verlegt worden waren, können wir keine Aussagen darüber treffen, ob eine Verbesserung der Lebensqualität bei diesen Patienten mit konkreten, institutionsspezifischen Merkmalen zusammenhängt oder allgemein mit der Tatsache einer unspezifischen Veränderung der Lebenssituation nach einer langen Zeit der Hospitalisierung. Die bei den verlegten Patienten im Verlauf zu beobachtende größere Zufriedenheit mit der persönlichen Sicherheit bestätigt das im Querschnittvergleich gefundene Ergebnis, daß diese Patienten ihre persönliche Sicherheit in ihrem neuen Lebensumfeld positiver als früher in der Klinik bewerten. Die signifikante Verbesserung der allgemeinen Lebenszufriedenheit bei Patienten der dritten Gruppe (entlassene Kurzzeitpatienten) könnte so interpretiert werden, daß für diese Patienten ihre Reintegration in die Gemeinde weniger in Hinblick auf konkrete Verbesserungen der Bedingungen in einzelnen Lebensbereichen als vielmehr in Hinblick auf eine Veränderung ihres allgemeinen Lebensgefühls, möglicherweise auch eines veränderten Selbstwertgefühls von Bedeutung war.

Die entlassene Langzeitgruppe zeigte positive Veränderungen der Lebensqualität in den drei Bereichen Freizeit, Wohnen und Finanzen. Im Unterschied zu der Untersuchung von Barry u. Crosby (1996), die bei klinikentlassenen Patienten nur eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität im Wohnbereich feststellen konnten, entwerfen diese Befunde ein deutlich positiveres Bild der Lebensqualität im Verlauf einer Enthospitalisierung, was auf eine Unterschiedlichkeit der jeweils untersuchten Versorgungsbedingungen hinweisen kann. Die Kerngruppe der enthospitalisierten, vormalig lang-

zeithospitalisierten Patienten profitiert demnach in verschiedenen Lebensbereichen deutlich von den vielfältigen, mit einer Entlassung aus der Klinik einhergehenden Veränderungen der Lebens- und Betreuungssituation. Inwieweit dieses positive Bild erhalten bliebe, wenn man den Verlauf der Lebensqualität bei diesen Patienten über einen längeren Zeitraum untersuchen würde oder wenn die noch schwerer gestörten Patienten miteinbezogen würden, die vermutlich als letzte entlassen werden (Trieman u. Leff, 1996), läßt sich daraus nicht ableiten. Die Befunde zeigen auch, daß Lebensqualität als Evaluationskriterium sinnvoll angewendet werden und aussagekräftige Resultate erbringen kann. Wie die Untersuchung relevanter Einflußvariablen gezeigt hat, wird die Lebensqualität zwar insbesondere von der aktuellen Krankheitssymptomatik mitbestimmt, jedoch nicht von dieser dominiert.

Eine Reihe grundsätzlicher methodischer Probleme, die im folgenden stichpunktartig aufgeführt sind, teilt unsere Untersuchung mit allen Evaluationsstudien im komplementären Bereich des psychiatrischen Versorgungssystems.

- *kleine und heterogene Stichproben:* Für jeweils einzelne Settings haben wir bei Evaluationsstudien in diesem Bereich nur relativ kleine Stichprobengrößen, was eine Anwendung üblicher statistischer Verfahren und Gruppenbildungen erschwert.
- *Setting ≠ Setting:* Betreuungs- und Behandlungssettings im komplementären Bereich unterscheiden sich beträchtlich voneinander; die konkrete Betreuung in verschiedenen therapeutischen Wohngemeinschaften kann beispielsweise sehr unterschiedlich aussehen. Zudem sind die Konzepte der Betreuung häufig unklar oder nicht explizit definiert. In wissenschaftlichen Untersuchungen wird jedoch meist davon ausgegangen, daß diese Settings vergleichbar sind oder jedenfalls mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede aufweisen.
- *fehlende Referenzwerte:* Um die gefundenen Ergebnisse angemessen interpretieren zu können, wären Referenzwerte anderer Gruppen erforderlich. Diese sind jedoch meistens nicht verfügbar, da aus Gründen mangelnder Vergleichbarkeit nicht auf entsprechende Kennwerte aus der Allgemeinbevölkerung zurückgegriffen werden kann.
- *Prä-Post-Messung:* Viele Evaluationsstudien verwenden ein Prä-Post-Design. Die Behandlung und Betreuung chronisch psychisch Kranker ist jedoch eine kontinuierliche, bisweilen lebenslange Aufgabe. Angemessen wären deshalb eigentlich kontinuierliche Messungen zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten in diesem Prozeß.

### Schlußfolgerungen

Das Thema Enthospitalisierung ist in der Vergangenheit immer wieder Gegenstand z.T. sehr emotional geführter Diskussionen in der (Fach-)Öffentlichkeit gewesen. Häufig hatten Befürworter als auch Gegner der Enthospitalisierung dabei sehr dezidierte Meinungen über Nutzen und Erfolg derartiger Bemühungen, die sich selten auf entsprechende Befunde wissenschaftlicher Studien stützten. Die Tatsache, daß Patienten außerhalb der Klinik in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem behandelt und betreut werden können, muß heutzutage nicht mehr wieder neu unter Beweis gestellt werden. Zur Beantwortung verschiedener differenzierterer Fragen (Welche Patienten können in wel-

chem Setting, mit welchen Behandlungs- und Betreuungsformen und hinsichtlich welcher Outcomekriterien sinnvoll und effektiv behandelt werden?) gibt es jedoch bis heute keine befriedigenden, wissenschaftlich fundierten Antworten. Unsere Studie versucht, für eine definierte Zielgruppe (vormals langzeithospitalisierte Patienten) und mittels eines definierten Outcomekriteriums (Lebensqualität) Aussagen zu diesen und ähnlichen Fragen zu treffen. Nach den z.Z. vorliegenden Resultaten ergibt sich dabei ein differenziertes, in wesentlichen Teilen aber auch durchaus positives Bild. Kontinuierliche Erhebungen der Lebensqualität bei in der Gemeinde lebenden psychiatrischen Patienten wären sinnvoll, um Aussagen über den Langzeitverlauf treffen zu können.

## Literatur

- Barry, M. M., C. Crosby: 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 (1996) 210–216
- Braun, P., G. Kochansky, R. Shapiro, S. Greenberg, J. E. Gudeman, S. Johnson, M. F. Shore: Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry* 138 (1981) 736–749
- Dilling, H., W. Mombour, M. H. Schmidt (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Bern 1991
- Gruyters, T., S. Priebe: Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 60 (1992) 140–145
- Hoffmann, K., S. Priebe: Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten? Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von "Needs". *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 64 (1996) 473–481
- Hoffmann, K., S. Priebe, M. Isermann, W. Kaiser: Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten – Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psych. Prax.* 24 (1997) 221–226
- Ingenleuf, H.-J.: Die Bielefelder Enthospitalisierungsstudie. *Forum Public Health* 15 (1997) 15
- Kaiser, W., S. Priebe, K. Hoffmann, M. Isermann: Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 67 (1996) 572–582
- Kaiser, W., S. Priebe, W. Barr, K. Hoffmann, M. Isermann, U.-U. Röder-Wanner, P. Huxley: Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples. *Psychiatry Research* 66 (1997) 153–166
- Kaiser, W., S. Priebe, K. Hoffmann, M. Isermann: Behandlerprognosen und Entlassungen nach 2 Jahren. *Psych. Prax.*, im Druck
- Marshall, M., D. Gath: What happened to homeless mentally ill people? Follow up of residents of Oxford hostels for the homeless. *British Medical Journal*, Vol. 304 (1992) 79–80
- O'Driscoll, C.: The TAPS Project 7: Mental hospital closure – a literature review of outcome studies and evaluative techniques. *British Journal of Psychiatry* 162, Suppl. 19 (1993) 7–17
- Okin, R. L.: Testing the limits of deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, Vol. 46, No. 6 (1995) 569–574
- Overall, J. E., D. R. Gorham: The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report* 10 (1962) 799–812
- Priebe, S., T. Gruyters, M. Heinze, C. Hoffmann, A. Jäkel: Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psych. Prax.* 22 (1995) 140–144
- Priebe, S., T. Gruyters: Patients assessment of treatment predicting outcome. *Schizophrenia. Bulletin* 21 (1995) 87–94
- Priebe, S., W. Kaiser, P. Huxley: Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. *Das Gesundheitswesen* 58, Sonderheft 1 (1996) 86–90
- Priebe, S., K. Hoffmann, M. Isermann, W. Kaiser: Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten – Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psych. Prax.* 23 (1996) 15–20
- Psychiatrieentwicklungsprogramm – Psychiatrie-Bericht Berlin – Teil III der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin (Hrsg.): Unveröffentl. Vorlage, Berlin 1996
- Rössler, W., H. J. Salize, U. Biechele, A. Riecher-Rössler: Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. *Der Nervenarzt* 65 (1994) 427–437
- Ropers, G., K.-P. Röhl, E. Spancken: Gemeindeorientierte Enthospitalisierung von chronisch psychisch Kranken im Rheinland. *Public Health Forum* 17 (1997) 9–10
- Stein, L. I., M. A. Test: Alternative to mental hospital treatment, I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 37 (1980) 392–397
- Test, M. A., L. I. Stein: Alternative to mental hospital treatment, II. Social cost. *Archives of General Psychiatry* 37 (1980) 409–412
- Thornicroft, G., B. Bebbington: Deinstitutionalisation – from hospital closure to service development. *British Journal of Psychiatry* 155 (1989) 739–753
- Trieman, N., J. Leff: The TAPS Project. The most difficult to place long-stay psychiatric in-patients – Outcome one year after relocation. *British Journal of Psychiatry* 169 (1996) 289–292
- Wasylenki, D. A., P. N. Goering, D. Lemire, S. Lindsey, W. Lancee: The hostel outreach program: assertive case management for homeless mentally ill persons. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 44, No. 9 (1993) 848–852
- Weisbrod, B. A., M. A. Test, L. I. Stein: Alternative to mental hospital treatment, II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry* 37 (1980) 400–405

K. Hoffmann

Abteilung für Sozialpsychiatrie  
Freie Universität Berlin  
Platanenallee 19  
14050 Berlin