

## Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung

Teil IV der Berliner Enthospitalisierungsstudie

Karin Hoffmann<sup>1</sup>, Margarete Isermann<sup>2</sup>,  
Wolfgang Kaiser<sup>2</sup>, Stefan Priebe<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Sozialpsychiatrie, Freie Universität Berlin

<sup>2</sup> Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhaus Spandau, Berlin

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

**Zusammenfassung:** Im Rahmen der Berliner Enthospitalisierungsstudie wurde die Lebensqualität bei 142 Patienten zu zwei Messzeitpunkten mit dem Berliner Lebensqualitätsprofil untersucht. Entlassene Patienten wurden 1 Jahr nach der Entlassung, weiter stationär behandelte Patienten 1½–2 Jahre nach dem ersten Befragungszeitpunkt befragt. Entlassene Patienten hatten ein aktiveres Freizeitverhalten, häufiger einen „guten Freund“, häufiger soziale Kontakte zu Freunden und waren im letzten Jahr seltener Opfer einer strafbaren Handlung geworden. Im Vergleich zu stationären Patienten zeigten sie im Querschnitt eine signifikant höhere allgemeine Lebenszufriedenheit. Während sich bei weiter stationär behandelten Patienten im Verlauf nur die Zufriedenheit mit der eigenen seelischen Gesundheit kaum signifikant besserte, wurden entlassene Patienten im Längsschnitt deutlich zufriedener mit ihrem Leben allgemein, mit ihrer Freizeit- und Wohnsituation sowie mit der seelischen Gesundheit. Die Ergebnisse belegen eine Verbesserung der Lebensqualität nach einer Entlassung aus der Klinik.

**Quality of Life in the Course of Deinstitutionalisation – Part IV of the Berlin Deinstitutionalisation Study:** As part of the Berlin Deinstitutionalisation Study, quality of life was assessed in 142 patients at two points of time. Discharged patients were reassessed one year after discharge. Patients who stayed in hospital were reinterviewed 1½–2 years after the initial assessment. Discharged patients had more leisure activities, more often a „good friend“, and more frequent social contacts. They were less often victim of a crime within the last year. In a cross-sectional comparison, they were significantly more satisfied with their life than patients who were still in hospital. In the latter group, only satisfaction with mental health improved significantly between first and second interview. Discharged patients became significantly more satisfied with their life in general, with leisure activities, with accommodation, and with mental health between initial assessment and follow-up. The findings demonstrate an improvement of quality of life in long-term hospitalised patients after discharge.

Über die Berliner Enthospitalisierungsstudie – eine prospektive Längsschnittstudie, die seit 1994 den Prozess der Enthospitalisierung in einem Versorgungsgebiet von rund 550 000 Einwohnern in Berlin wissenschaftlich begleitet – haben wir an dieser Stelle bereits mehrfach berichtet: Dargestellt wurden die Befunde der Ausgangserhebung [1,2] sowie Ergebnisse zu Entlassungen und Prognosen der Behandler [3]. Einige der Resultate sind auch in andernorts publizierte Analysen eingegangen [4–6]. Vor dem Hintergrund eines in den letzten Jahren stark zunehmenden Interesses an der Lebensqualität psychisch Kranker als zentralem Outcomekriterium in der Evaluationsforschung haben wir uns dafür entschieden, uns im vorliegenden Beitrag über Verlaufsbefunde auf eine Darstellung der Ergebnisse zur Lebensqualität zu konzentrieren.

### Fragestellung und Methode

Untersucht wurde, wie sich die objektive Lebenssituation und die subjektive Lebensqualität von weiter stationär behandelten und entlassenen Patienten zum Zeitpunkt des Follow-up unterscheiden und wie sich die subjektive Lebensqualität beider Gruppen im Zeitverlauf entwickelt. Von den 237 in der Ausgangserhebung untersuchten Patienten konnten im Follow-up Daten von 142 Patienten erhoben werden. Weiter stationär behandelte Patienten wurden 1½–2 Jahre nach dem ersten Befragungszeitpunkt, entlassene Patienten 1 Jahr nach ihrer Rückkehr in die Gemeinde erneut befragt. Der Befragungszeitpunkt wurde bewusst so gewählt, um den sog. „honey-moon-Effekt“ (wenige Wochen und Monate nach der Entlassung wird die Situation von Patienten und Behandlern äußerst positiv bewertet, im weiteren Verlauf wird die Sicht weniger euphorisch) zu vermeiden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen musste für die Kontaktaufnahme mit den Patienten folgendermaßen verfahren werden: Die Patienten wurden über die vorbehandelnde Klinik angeschrieben und gebeten, sich zwecks Terminvereinbarung telefonisch bei einem Mitarbeiter der Studie zu melden.

Daten zur Lebensqualität wurden mit dem Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP) [7–10] erhoben, die aktuelle psychopathologische Symptomatik wurde mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) [11] fremdeingeschätzt, die Diagnosen wurden nach ICD-10 [12] gestellt. Die Interviews dauerten 45–60 Minuten. Erstinterview und Nachbefragung wurden in der Regel von demselben Mitarbeiter (klinisch erfahrenen Psychologen) durchgeführt. Für die Auswertung wurde zwischen zwei

Gruppen differenziert: solchen Patienten, die sich zum Zeitpunkt des Follow-up in einer stationären Einrichtung (Krankenhaus, Krankenhaus, Krankenhaus) befanden, und solchen, die in der Gemeinde lebten. Die objektive Lebenssituation und die subjektive Lebensqualität beider Gruppen zum Zeitpunkt des Follow-up wurden im Querschnitt miteinander verglichen. Im Längsschnitt wurde getrennt für beide Gruppen die subjektive Lebensqualität untersucht.

## Ergebnisse

### Stichprobe, Drop-outs

Im Follow-up konnten Daten von  $n = 142$  Patienten (davon 44% Frauen) mit einem durchschnittlichen Alter von 49 Jahren (Range: 19–91 Jahre) erhoben werden. 80% der Patienten hatten die Diagnose einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung (F2 nach ICD-10), 5% einer affektiven Störung (F3), 8% einer Abhängigkeitserkrankung (F1) und 7% einer sonstigen Störung (neurotische, Persönlichkeits-, Verhaltens- oder emotionalen Störung; F4, F6, F9). Die psychopathologische Symptomatik zum Zeitpunkt des Follow-up war mit einem mittleren Summenwert der BPRS von 40,8 mäßig hoch ausgeprägt.

Die Drop-out-Rate lag mit 40% relativ hoch. Hinsichtlich des Alters, der Geschlechtszugehörigkeit, der Anzahl stationärer Vorbehandlungen und der psychopathologischen Symptomatik zum Zeitpunkt der Ausgangserhebung fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Drop-outs und nachuntersuchten Patienten. Die letzteren hatten jedoch im Vergleich zu den Drop-outs eine signifikant längere Gesamtdauer bisheriger stationärer Behandlungen (9,6 vs. 6,4 Jahre;  $t = -2,5$ ,  $p < 0,01$ ). Außerdem war die Verteilung der Diagnosegruppen signifikant unterschiedlich ( $\chi^2 = 11,3$ ;  $p < 0,01$ ): Interviewte Patienten hatten häufiger die Diagnose einer Schizophrenie (79,6% vs. 66,3%) und seltener die Diagnose einer affektiven Störung (4,9% vs. 12,6%) oder einer Abhängigkeitserkrankung (8,5% vs. 17,9%). Zum Ausmaß der aktuellen psychopathologischen Gestörtheit bei den Drop-outs zum Zeitpunkt des Follow-up lassen sich naturgemäß keine Aussagen treffen. Tab. 1 zeigt die krankheitsbezogenen Daten für weiter stationär behandelte und für entlassene Patienten. Entlassene Patienten sind signifikant jünger als weiter stationär behandelte. Sie haben seltener die Diagnose einer Schizophrenie, ein geringeres Ausmaß aktueller psychopathologischer Gestörtheit und eine geringere Gesamtdauer bisheriger stationärer Vorbehandlungen.

## Lebensqualität

### Objektive Lebenssituation

Signifikante Unterschiede hinsichtlich der objektiven Lebenssituation von weiter stationär behandelten und entlassenen Patienten (Tab. 2) fanden sich insbesondere in den Bereichen Freizeit und soziale Kontakte. Entlassene Patienten hatten im letzten Monat häufiger eine Gaststätte oder eine vergleichbare gastronomische Einrichtung besucht, waren häufiger ins Kino und zum Einkaufen gegangen und hatten ebenfalls häufiger öffentliche Verkehrsmittel benutzt. Sie gaben häufiger an, einen „guten Freund“ zu haben und im Bedarfsfall auch einen Freund um Hilfe bitten zu können. Außerdem hatten sie in

**Tab. 1** Soziodemographische und krankheitsbezogene Daten von weiter stationär behandelten und aus der Klinik entlassenen Patienten.

	stationäre Patienten	entlassene Patienten	p
n	77	65	
Geschlecht (% Frauen)	45,5	41,5	n. s.
Alter (Jahre)	53,0	43,7	$t = 4,1^{***}$
Diagnose (nach ICD-10, %)			$\chi^2 = 21,6^{***}$
Schizophrenie (F2)	93,5	63,1	
Sucht (F1)	2,6	15,4	
affektive Störungen (F3)	0	10,8	
sonstige (F3, F4, F6, F9)	3,9	10,8	
Aufenthaltort (zum Zeitpunkt des Follow-up, %)			
stationär unverändert	81,8	–	
stationär verlegt	18,2	–	
ambulant betreutes Wohnen (Übergangs-)Wohnheim	–	43,1	
eigene Wohnung mit professioneller Hilfe	–	13,8	
eigene Wohnung ohne professionelle Hilfe	–	24,6	
Obdach	–	12,3	
psychopathologische Symptomatik (BPRS)	45,8	35,0	$t = 5,6^{***}$
Anzahl stationärer Vorbehandlungen	9,4	9,2	n. s.
Dauer stationärer Vorbehandlungen (kum., Monate)	161	58	$t = 5,5^{***}$

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

der letzten Woche häufiger Kontakt zu Freunden gehabt, auch zu solchen, die „nichts mit der Psychiatrie zu tun haben“. Darüber hinaus waren entlassene Patienten seltener Opfer einer strafbaren Handlung. Sie nahmen seltener Psychopharmaka als stationäre Patienten. Die Frage, ob sie im letzten Jahr den Wunsch gehabt hätten, ihre Wohnsituation zu verändern, bejahten rund 24% der entlassenen gegenüber 60% der stationär weiterbehandelten Patienten.

### Subjektive Lebensqualität im Querschnitt

Verglichen wurden die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt sowie die Summe der bereichsspezifischen Zufriedenheiten zum Zeitpunkt des Follow-up für stationäre und entlassene Patienten. Entlassene Patienten waren signifikant zufriedener mit ihrem Leben allgemein ( $F = 3,7$ ;  $p < 0,05$ ); hinsichtlich der mittleren Summe der Zufriedenheiten ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen feststellen. Zur genaueren Analyse wurde außerdem eine multivariate Varianzanalyse berechnet. Als abhängige Variablen wurden die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie die Zufriedenheit in den Bereichen Freizeit, Finanzen, Wohnen, Sicherheit, Freunde und seelische Gesundheit eingegeben<sup>1</sup>. Der Einfluss der aktu-

<sup>1</sup> Die Bereiche Arbeit und Familie wurden aufgrund von mehr als 10% Missings ausgeschlossen.

**Tab. 2** Objektive Lebenssituation von weiter stationär behandelten und entlassenen Patienten.

	stationäre Patienten (%)	entlassene Patienten (%)	p
<b>Freizeit</b> waren im letzten Monat...			
- 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	$\chi^2 = 20,5^{***}$
- mit öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs	64,5	93,8	$\chi^2 = 17,6^{***}$
<b>Freund</b>			
- 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	$\chi^2 = 24,8^{***}$
<b>Sicherheit</b>			
- waren im letzten Jahr Opfer einer strafbaren Handlung	12,5	8,6	$\chi^2 = 5,4^*$
<b>Gesundheit</b>			
- nahmen im letzten Jahr Psychopharmaka	82,7	60,9	$\chi^2 = 8,2^{**}$
<b>Wohnen</b>			
- hatten im letzten Jahr den Wunsch, ihre Wohnsituation zu verändern	60,0	23,8	$\chi^2 = 18,2^{***}$

\* p < 0,5; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

ellen psychopathologischen Symptomatik und des Alters der Patienten wurde kontrolliert, indem diese als Kovariaten in die Berechnung eingingen. Beide Kovariaten hatten einen signifikanten bzw. hochsignifikanten Einfluss auf die allgemeine Lebenszufriedenheit und verschiedene bereichsspezifische

Zufriedenheiten. Auch nach Berücksichtigung des Einflusses beider Kovariaten zeigte die MANOVA jedoch noch einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen (Pillais F 2,4, p < 0,05) zugunsten von entlassenen Patienten. Univariat zeigte nach Berücksichtigung der Kovariaten lediglich die Zufriedenheit mit der Wohnsituation (F 8,2, p < 0,01) einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen.

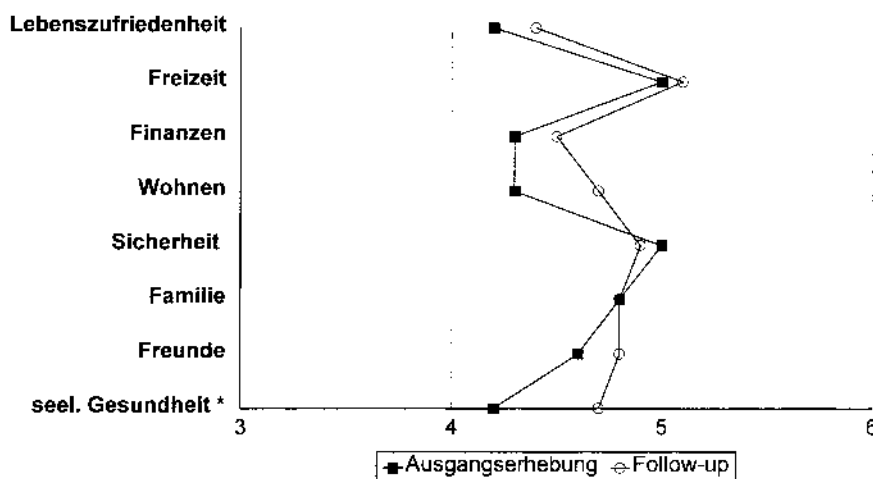
**Subjektive Lebensqualität im Längsschnitt**

Als Indikator für Veränderungen der subjektiven Lebensqualität im Untersuchungszeitraum wurden die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie die gemittelte Summe der bereichsspezifischen Zufriedenheiten gewählt und mit dem t-Test für abhängige Stichproben untersucht. Entlassene Patienten äußerten sich sowohl mit dem Leben allgemein zufriedener (t = - 3,2; p < 0,01) als auch insgesamt in den verschiedenen Lebensbereichen (t = - 4,0; p < 0,001), während bei weiter stationär behandelten Patienten lediglich eine signifikante Verbesserung der Summe der bereichsspezifischen Zufriedenheiten (t = - 2,0; p < 0,05) zu beobachten war. Eine detaillierte Darstellung der Veränderung der subjektiven Lebensqualität für beide Gruppen ist Abb. 1 u. 2 (Lebensqualitätsprofil für entlassene bzw. weiter stationär behandelte Patienten) zu entnehmen. Beim Follow-up äußern sich entlassene Patienten im Vergleich zur Ausgangserhebung in allen Bereichen zufriedener. Signifikante Verbesserungen finden sich bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit (t = - 3,2; p < 0,01), bei der Zufriedenheit mit den Freizeitaktivitäten (t = - 2,2; p < 0,05), mit der Wohnsituation (t = - 3,4; p < 0,001) und mit der seelischen Gesundheit (t = - 2,2; p < 0,05). Weiter stationär behandelte Patienten sind zum Zeitpunkt des Follow-up lediglich mit ihrer seelischen Gesundheit zufriedener (t = - 2,2; p < 0,05).<sup>2</sup>

**Zusammenhänge**

Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen Veränderungen der subjektiven Lebensqualität einerseits sowie Veränderungen subjektiver (Behandlungsbewertung, Bedürfnisse nach Hilfe und Unterstützung) und objektiver Parameter (Anzahl und Dauer stationärer Vorbehandlungen, Alter, psychopatho-

<sup>2</sup> Einschränkung soll allerdings die Gefahr einer Kumulation eines  $\alpha$ -Fehlers nicht unerwähnt bleiben.



**Abb. 1** Stationäre Patienten. \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

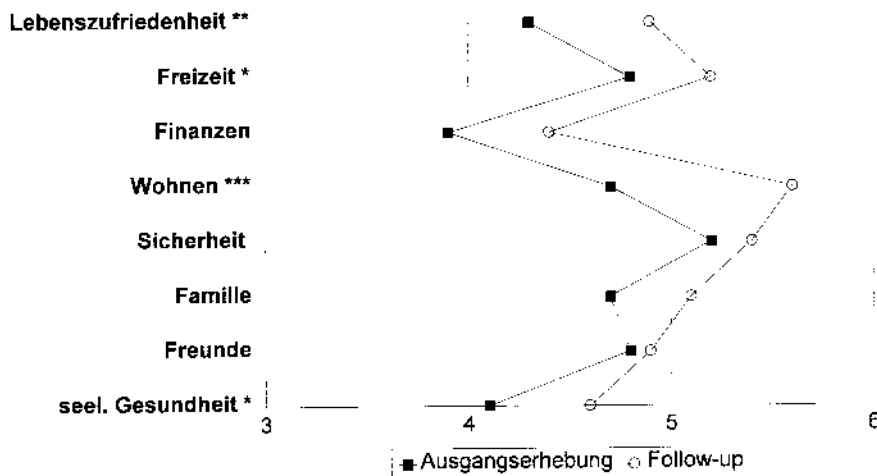


Abb. 2 Entlassene Patienten. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Tab. 3 Korrelation zwischen Veränderungen der subjektiven Lebensqualität und Veränderungen der Bedürfnisse, der Behandlungsbewertung, der psychopathologischen Symptomatik sowie Alter, Anzahl und Dauer bisheriger stationärer Behandlungen.

	r	p
Behandlungsbewertung	0,34	**
Bedürfnisse	-0,04	n. s.
psychopathologische Symptomatik	-0,29	**
Alter	0,08	n. s.
Anzahl stationärer Vorbehandlungen	-0,01	n. s.
Dauer stationärer Vorbehandlungen	-0,06	n. s.

\*\*  $p < 0,01$

logische Symptomatik) andererseits. Dazu wurden Korrelationen (Pearson) zwischen den Differenzen des mittleren Summenwertes der Zufriedenheiten, der Summe der geäußerten Hilfebedürfnisse und des mittleren Summenwertes der Behandlungsbewertung zu beiden Befragungszeitpunkten sowie zu Alter, Anzahl und Dauer vorheriger stationärer Behandlungen berechnet. Die Ergebnisse zeigt Tab. 3. Veränderungen der subjektiven Lebensqualität korrelieren mäßig hoch und positiv mit Veränderungen der Behandlungsbewertung sowie negativ mit dem Ausmaß der psychopathologischen Symptomatik.

## Diskussion

Die Ergebnisse zeichnen insgesamt ein recht positives Bild vom Verlauf der Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik. Einige methodische Probleme sind jedoch bei der Interpretation zu berücksichtigen. Zunächst stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse infolge der hohen Drop-out-Rate systematisch verzerrt werden. Die Quote der Studienabbrucher erscheint zwar auf dem Hintergrund der Chronizität der untersuchten Patienten und der Länge des Zeitintervalls zwischen Ersterhebung und Follow-up nicht unverhältnismäßig hoch. Studienabbrucher hatten jedoch im Vergleich zu in der Studie verbliebenen Patienten eine geringere Gesamtdauer stationärer Vorbehandlungen und seltener die Diagnose einer Schizophrenie. Inwieweit diese Un-

terschiede die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken und welche anderen – von uns nicht erfassten – Selektionsfaktoren eine Rolle gespielt haben, lässt sich nicht sagen. Man kann spekulieren, dass besonders „schwierige“ Patienten eher ihre weitere Teilnahme an der Studie verweigerten und auch mehr Probleme bei der Reintegration in die Gemeinde verursachten. Mit empirischen Daten zu belegen ist diese Vermutung nicht.

Bei der Auswertung haben wir zwischen zwei Patientengruppen – weiter stationär behandelten und aus der Klinik entlassenen – unterschieden. Beide Gruppen sind jedoch nicht nur hinsichtlich der Zugehörigkeit zu einer Diagnosegruppe, sondern auch im Hinblick auf die jeweilige Behandlungs- und Betreuungsform heterogen zusammengesetzt: In der stationären Gruppe sind sowohl Patienten, die beim Follow-up in der selben Klinik, häufig sogar auf derselben Station wie zum Zeitpunkt der Eingangserhebung behandelt wurden als auch Patienten, die im Untersuchungszeitraum in andere stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser oder -heime) mit sehr unterschiedlicher Qualität und Ausstattung verlegt wurden. Entlassene Patienten werden ebenfalls in sehr unterschiedlichen Settings betreut (z.B. im ambulanten betreuten Wohnen, im Wohnheim, in eigener Wohnung mit zusätzlicher professioneller Hilfe etc.). Die Heterogenität der beiden Gruppen bezogen auf die jeweilige konkrete Behandlungs- und Betreuungssituation erschwert eine Interpretation der Ergebnisse. Wie wir an anderer Stelle gezeigt haben [5], lassen sich bei einer weitergehenden Differenzierung auch zwischen Patienten, die unverändert im gleichen Krankenhaus weiterbehandelt wurden, und solchen, die in andere stationäre Einrichtungen verlegt wurden, Unterschiede der Lebensqualität feststellen. Im vorliegenden Zusammenhang interessierte uns jedoch vorrangig die globale Frage, welche Auswirkungen Enthospitalisierungsmaßnahmen auf die Lebensqualität der betroffenen Patienten haben. Zur Beantwortung dieser Frage schien es hinreichend und sinnvoll, lediglich zwischen stationär verbliebenen vs. entlassenen Patienten zu unterscheiden. Die Zuteilung der Patienten zu den beiden Gruppen wurde aber nicht experimentell kontrolliert – was aus ethischen und praktischen Gründen kaum möglich gewesen wäre –, sondern erfolgte naturalistisch, d. h. der klinischen Realität folgend.

Bei dem Vergleich soziodemographischer und krankheitsbezogener Merkmale weiter stationär behandelter und entlassener Patienten zeigten sich einige signifikante Unterschiede. Entlassene Patienten waren signifikant jünger, weniger lang hospitalisiert, psychopathologisch weniger auffällig und gehörten seltener zur Gruppe der schizophrenen Patienten. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit Befunden anderer Studien (z.B. [13–15]), dass im Zuge von Enthospitalisierungsmaßnahmen zunächst die weniger kranken Patienten und erst allmählich der „harte“ Kern langzeithospitalisierter, schwer gestörter Patienten entlassen werden. Wie sich der Verlauf der Lebensqualität bei diesen besonders schwierigen Patienten nach ihrer Entlassung gestaltet, lässt sich aufgrund unserer Ergebnisse nicht vorhersagen. Dass insgesamt nur vier Patienten ins Obdach entlassen wurden, widerlegt die Befürchtung, dass im Zuge von Enthospitalisierungsmaßnahmen auch bei uns „amerikanische Verhältnisse“ [16,17] einkehren und chronisch psychisch Kranke in größerer Anzahl ohne jede Behandlung auf der Straße leben werden.

Die Ergebnisse zur objektiven Lebensqualität ergeben keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass sich die Lebensbedingungen der Patienten nach ihrer Entlassung in irgendeiner Hinsicht verschlechtern. So sind entlassene Patienten im Vergleich zu stationären nicht häufiger, sondern seltener Opfer strafbarer Handlungen, und sie haben beispielsweise auch häufigere und qualitativ bessere soziale Kontakte zu Freunden. Anscheinend sind in der Klinik entstandene Freundschaftsbeziehungen nicht in größerem Umfang auseinandergerissen worden; möglicherweise sind sie auch durch neue Freundschaften ersetzt worden. Dass die Patienten in ihrem neuen Lebensumfeld auch Kontakt zu Menschen haben, die „nichts mit der Psychiatrie zu tun haben“, spricht gegen die mögliche Gefahr einer Ghettoisierung in der Gemeinde. Ein enger Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Lebensqualität wird auch durch Ergebnisse einer neueren Studie [18] belegt.

Die allgemeine Lebenszufriedenheit ist bei entlassenen Patienten gegenüber stationär verbliebenen höher. Dieser Indikator für die subjektive Lebensqualität ist aussagekräftiger als die Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen und insofern von größerer Bedeutung. Das Ergebnis steht in Übereinstimmung mit Befunden qualitativer Studien (z.B. [19]), die ebenfalls größere Zufriedenheit bei klinikentlassenen Patienten gefunden haben. Zwar beeinflussen die aktuelle psychopathologische Symptomatik und das Alter der Patienten die subjektive Zufriedenheit, jedoch bleiben signifikante Unterschiede zwischen stationären und entlassenen Patienten erhalten, auch wenn beide Kovariaten berücksichtigt werden. Unmittelbar einleuchtend ist der Befund, dass die Zufriedenheit mit der Wohnsituation am deutlichsten zwischen beiden Gruppen differenziert (vgl. auch [20,21]), da dieser Lebensbereich direkt von einer Enthospitalisierung betroffen ist.

Im Längsschnitt zeigen sich deutlichere Veränderungen für die Gruppe der entlassenen Patienten. Dieser Umstand ist desto bedeutsamer, wenn man bedenkt, dass diese Patienten bereits hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit und hinsichtlich weiterer dreier Lebensbereiche mit einem höheren Ausgangsniveau – also einer größeren Zufriedenheit – gestartet sind. Im Zuge von Enthospitalisierungsmaßnahmen verändern sich jedoch auch die Bedingungen innerhalb der Klinik, wovon die dort verbliebenen Patienten profitieren und was

sich möglicherweise in einer höheren bereichsspezifischen Zufriedenheit im Zeitverlauf ausdrückt. Der nahezu parallele Verlauf der Lebensqualitätsprofile im Längsschnitt lässt uns vermuten, dass sich hier möglicherweise ein generalisierter Effekt zeigt, wie wir ihn an anderer Stelle bereits diskutiert haben [22], oder dass die positiven Veränderungen in einem Lebensbereich (dem Wohnen) in einem sogenannten „Spill-Over-Effekt“ [23] auf andere bereichsspezifische Zufriedenheiten ausstrahlen und diese günstig beeinflussen. Die gefundenen Zusammenhänge zwischen Veränderungen der subjektiven Lebensqualität einerseits und Behandlungsbewertung und Psychopathologie andererseits bestätigen die an anderer Stelle gewonnenen Befunde [22].

Es sieht so aus, dass die Forschung zukünftig nicht immer wieder von Neuem den Beweis erbringen muss, dass es grundsätzlich möglich ist, vormalig langzeithospitalisierte Patienten zu entlassen und in der Gemeinde zu behandeln und zu betreuen. Die Entwicklung der Lebensqualität dieser Patienten wird sich in Abhängigkeit von den allgemeinen Lebensbedingungen und von der konkreten Versorgungslandschaft der jeweiligen Region unterschiedlich gestalten. Sofern ein differenziertes, gut ausgebautes gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem vorhanden ist, können wir nach den uns vorliegenden Ergebnissen davon ausgehen, dass sich die Lebensqualität der betroffenen Patienten positiv verändert.

Eine Reihe anderer Fragen ist jedoch noch nicht befriedigend beantwortet und geklärt: Kommt es nach einer längeren Zeit bei einigen Patienten zu einer Angleichung der subjektiven Zufriedenheit an das ursprüngliche Niveau, und wenn ja, bei wem? Welche konkreten Lebens- und Betreuungsformen sind dauerhaft mit einer guten Lebensqualität verbunden, und wie lassen sich die Lebensqualität allgemein oder die Lebensqualität in spezifischen Einzelbereichen durch gezielte Interventionen verbessern? Gerade die letztgenannte Frage ist für die Versorgungspraxis von unmittelbarem Interesse. In gleichem Maße, in dem eine Enthospitalisierungsforschung ihrem Ende entgegen geht bzw. sich erschöpft, wird sich eine zukünftige Versorgungsforschung dieser und ähnlicher Fragen annehmen müssen.

## Literatur

- <sup>1</sup> Hoffmann K, Priebe S, Isermann M, Kaiser W. Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten – Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiat Prax* 1997; 24: 221–226
- <sup>2</sup> Priebe S, Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W. Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten – Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiat Prax* 1996; 23: 15–20
- <sup>3</sup> Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K, Isermann M. Behandlungsprognosen und Entlassungen nach zwei Jahren. *Psychiat Prax* 1998; 25: 67–71
- <sup>4</sup> Hoffmann K, Priebe S. Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten? Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von „Needs“. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 1996; 64: 473–481
- <sup>5</sup> Hoffmann K, Kaiser W, Isermann M, Priebe S. Wie verändert sich die Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten nach ihrer Entlassung in die Gemeinde? *Das Gesundheitswesen* 1998; 60: 232–238
- <sup>6</sup> Priebe S, Oliver JPJ, Kaiser W (eds). *Quality of life and mental health care*. Petersfield: Wrightson biomedical Publ., 1999

- <sup>7</sup> Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K, Isermann M. Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 1996; 67: 572–582
- <sup>8</sup> Kaiser W, Priebe S, Barr W, Hoffmann K, Isermann M, Röder-Wanner U-U, Huxley P. Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples. *Psychiatry Research* 1997; 66: 153–166
- <sup>9</sup> Priebe S, Gruyters T, Heinze M, Hoffmann C, Jäkel A. Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatr Prax* 1995; 22: 140–144
- <sup>10</sup> Priebe S, Kaiser W, Huxley P. Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. *Das Gesundheitswesen* 1996; 58 Sonderheft 1: 86–90
- <sup>11</sup> Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report* 1962; 10: 799–812
- <sup>12</sup> Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10*. Bern: 1991
- <sup>13</sup> O'Driscoll C. The TAPS Project 7: Mental hospital closure – a literature review of outcome studies and evaluative techniques. *British Journal of Psychiatry* 1993; 162, Suppl. 19: 7–17
- <sup>14</sup> Okin RL. Testing the limits of deinstitutionalization. *Psychiatric Services* 1995; 46 No. 6: 569–574
- <sup>15</sup> Trieman N, Leff J. The TAPS Project. The most difficult to place long-stay psychiatric in-patients. Outcome one year after relocation. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 289–292
- <sup>16</sup> Marshall M, Gath D. What happened to homeless mentally ill people? Follow-up of residents of Oxford hostels for the homeless. *British Medical Journal* 1992; 304: 79–80
- <sup>17</sup> Wasylenko DA, Goering PN, Lemire D, Lindsey S, Lancee W. The hostel outreach program: assertive case management for homeless mentally ill persons. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44 No. 9: 848–852
- <sup>18</sup> Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Lebensqualität, das bedeutet für mich... *Psychiatr Prax* 1999; 26: 56–60
- <sup>19</sup> Davidson L, Hoge MA, Merrill ME, Rakfeldt J, Griffith EEH. The experiences of long-stay inpatients returning to the community. *Psychiatry* 1996; 58: 122–132
- <sup>20</sup> Barry MM, Crosby C. 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* 1996; 168: 210–216
- <sup>21</sup> Kemmler G, Meise U, Tasser A, Liensberger D, Schifferle I, Braitenberg M, Schwitzer J, Hinterhuber H. Subjektive Lebensqualität schizophrener Erkrankter. *Psychiatr Prax* 1999; 26: 9–15
- <sup>22</sup> Priebe S, Kaiser W, Huxley PJ, Röder-Wanner U-U, Rudolf H. Do different subjective evaluation criteria reflect distinct constructs? *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1998; 186: 385–392
- <sup>23</sup> Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. Employment, attitudes to work and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24: 469–477

Dipl.-Psych. Karin Hoffmann

Freie Universität Berlin  
 Universitätsklinikum Benjamin Franklin  
 Fachbereich Humanmedizin  
 Abteilung für Sozialpsychiatrie  
 Platanenallee 19  
 14050 Berlin

## BUCHBESPRECHUNG

Das Buch ist die für einen breiteren Leserkreis modifizierte Version einer Auftragsarbeit, die der Autor für die Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie (AGST) erstellte, nämlich die wissenschaftliche Begründung des Antrags auf Anerkennung der Systemischen Therapie (ST) als Richtlinienverfahren i. S. des Psychotherapeutengesetzes. Entsprechend beantwortet Schiepek Fragen nach dem Nutzen der ST für die kassenärztliche und vertragspsychotherapeutische Gesundheitsversorgung. Anwendungsformen bei spezifischen Störungsbildern und empirische Wirksamkeitsuntersuchungen der ST sind in einer bislang einmaligen Vollständigkeit mit Literatur belegt.

Das Werk ist keine sanfte Einführung in systemische Konzepte, eine gewisse Vertrautheit mit ihren Grundbegriffen wird vorausgesetzt. Anhand des enzyklopädischen Literaturverzeichnis ist allerdings jede Aussage des Autors mit der relevanten Literatur belegt. Es handelt sich um eine Art „State of the Art“-Buch, das sicherlich für viele Jahre Standard bleiben wird.

Als verbindendes Element im Feld systemischer Therapie-Theorie sieht Schiepek die Theorie dynamischer, selbstorganisierender Systeme, eine Entscheidung, die sicher nicht jeder systemische Praktiker mitträgt, wird hier doch ein klares Plädoyer für die Bezugnahme auf naturwissenschaftliche und mathematische Modellvorstellungen ausgesprochen. Auch wird das Augenmerk des kritischen Lesers darauf liegen, inwieweit die vielen Analogiebildungen auch tatsächlich neue Sichtweisen eröffnen und zu kreativen Praxisformen anregen. Apropos Kreativität: Erstmals sprechen Psychotherapieforscher auch die auditive Wahrnehmung des Lesers bzw. Hörers an. Auf der beiliegenden CD-Rom ist die (von Guido Strunk realisierte) digitale Klangumsetzung einer empirischen Zeitreihe zu hören. Dieser ungewöhnliche Zugang illustriert das Anliegen des Autors, „Psychotherapieforschung aus dem Geiste der Musik“ zu machen. Für das Auge bereichern Bilder von Isolde Folger das Buch, sie sind den Hauptkapiteln in guter, farbiger Wiedergabe vorangestellt.

Schiepek legt keineswegs ein reines Theoriebuch vor. Umfassend beschreibt er die ST als Praxismethode mit den Schwerpunkten Ressourcenorientierung, Bedeutung der Beziehungsgestaltung und damit der emotionalen Aspekte erfolgreicher Psychotherapie, Menschenbild (z. B. die Frage nach dem „Selbst“ in der ST) und Krankheits- bzw. Gesundheitsmodelle. Er erläutert ihre vielfältigen Anwendungsformen, die längst über das Familiensetting hinaus (bzw. zum Einzelklienten zurück) gegangen sind, spezifische Ätiologiemodelle und die Indikationsbereiche der ST. Die Frage nach der Effektivität wird auf der Grundlage der zur Zeit zur Verfügung stehenden Untersuchungsergebnisse beantwortet.

Schiepek legt keineswegs ein reines Theoriebuch vor. Umfassend beschreibt er die ST als Praxismethode mit den Schwerpunkten Ressourcenorientierung, Bedeutung der Beziehungsgestaltung und damit der emotionalen Aspekte erfolgreicher Psychotherapie, Menschenbild (z. B. die Frage nach dem „Selbst“ in der ST) und Krankheits- bzw. Gesundheitsmodelle. Er erläutert ihre vielfältigen Anwendungsformen, die längst über das Familiensetting hinaus (bzw. zum Einzelklienten zurück) gegangen sind, spezifische Ätiologiemodelle und die Indikationsbereiche der ST. Die Frage nach der Effektivität wird auf der Grundlage der zur Zeit zur Verfügung stehenden Untersuchungsergebnisse beantwortet.

**Fortsetzung s. S. 200**