



Schlafsaal einer belgischen Anstalt für Nervenranke in Gand: 19. Jahrhundert

„Es wird heute ziemlich allgemein die Ansicht akzeptiert, daß neue Medikamente nicht eingeführt werden sollen, bevor sie geprüft wurden. Eine ähnliche Übereinstimmung besteht hingegen nicht im Hinblick auf soziale Behandlungen, die meist in die Praxis eingeführt werden, bevor sie sorgfältig geprüft wurden. Der Schaden, der aus der Anwendung irriger sozialer Theorien resultieren kann, ist ebenso groß wie irgendein Schaden, der der Verschreibung eines gefährlichen Medikamentes oder einer falsch indizierten Psychotherapie folgen kann. Tatsächlich kann er noch wesentlich bedeutsamer sein, da schädliche soziale Verfahren in die Struktur eines vollbeständigen Versorgungssystems institutionalisiert werden können.“

(John Wing 1981)

## Die Enthospitalisierung des 'harten Kerns'

Können jahrzehntelang hospitalisierte schizophrene Patienten 'gemeindenah' betreut werden?  
– Ein Bericht zur Hessischen Enthospitalisierungsstudie –

Michael Franz, Thorsten Meyer,  
Andreas Glatz und Bernd Gallhofer

Tausende Patienten aus Psychiatrischen Krankenhäusern wurden in den 70er und 80er Jahren enthospitalisiert und in eine gemeindenahere Betreuung entlassen. Die verbliebenen schwer chronisch kranken Patienten, der sogenannte 'harte Kern', wurden Gegenstand einer Kontroverse unter Fachleuten: Waren auch sie 'enthospitalisierbar' oder nicht? Im Jahr 1993 beschloß der Landeswohlfahrtsverband in Hessen ein Rahmenkonzept zur Enthospitalisierung von chronisch psychisch Kranken und zu ihrer Eingliederung in die Gemeinde. Gleichzeitig sollte erstmals eine begleitende Evaluationsstudie durchgeführt werden. Diese Hessische Enthospitalisierungsstudie erfolgte in Kooperation mit der Justus-Liebig-Universität Gießen.

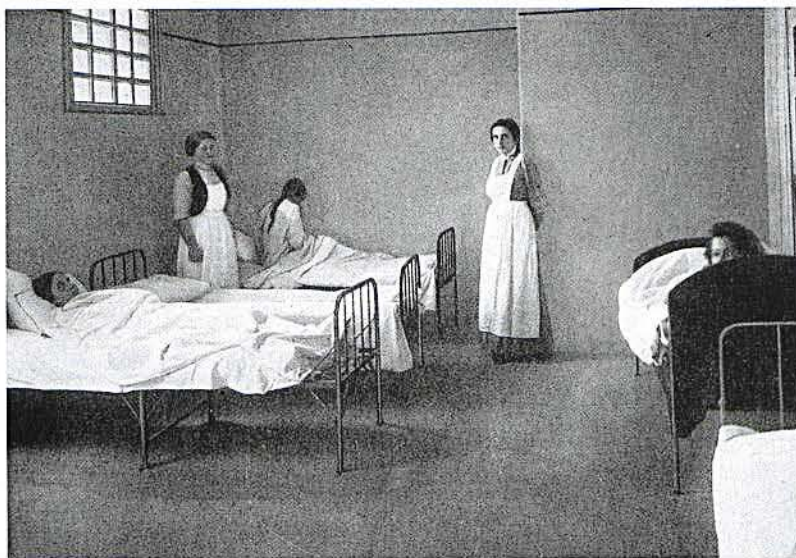


In den Psychiatrischen Krankenhäusern aller westeuropäischen Länder herrschten nach dem Zweiten Weltkrieg in der Regel elende Verhältnisse. Seit den 50er Jahren füllten sich die 'Anstalten' auch in Deutschland zunehmend. Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer betrug Jahrzehnte, und nach einer Entlassung mußten die Patienten bald wieder aufgenommen werden, da es keine ambulanten und 'gemeindenahen' Betreuungsmöglichkeiten für psychisch Kranke gab („Drehtürpsychiatrie“). In Deutschland gerieten im Zusammenhang mit der beginnenden Studentenrevolte und der dabei thematisierten 'Randgruppenproblematik' auch die Psychiatrie und die Lage der psychisch Kranken erstmals nach dem Zweiten Weltkrieg ins öffentliche Bewußtsein. So fand sich im „Stern“ Anfang der 70er Jahre die Schlagzeile „Als Pfleger in der Schlangengrube“. Ein Reporter hatte sich inkognito als Hilfspfleger in ein Psychiatrisches Krankenhaus begeben und anschließend von unhaltbaren Zuständen vor Ort berichtet. Der Zwischenbericht der eigens einberufenen Sachverständigenkommission der Bundesregierung – die sogenannte Psychiatrie-Enquête – gipfelte im Oktober 1973 in der Feststellung, „daß

#### Die Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie

Die Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie am Zentrum für Psychiatrie des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Gießen führt sozialpsychiatrische Evaluationsstudien durch, entwickelt und testet Indikatoren zur Bewertung gemeindepsychiatrischer Interventionen sowie zur Lebensqualität schizophrener Menschen.

Leiter: Dr. Michael Franz, Oberarzt der Klinik; Mitarbeiter: Dipl.-Psych. Thorsten Meyer, Dipl.-Psych. Michael Fritz und Dipl.-Päd. Andreas Glatz.



Zimmer für unruhige weibliche Kranke. Klinik für Nerven- und Geisteskranke der kaiserlichen Universität in Jurjew, Rußland: 19. Jahrhundert.

eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, z.T. als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen“. Ende der 80er Jahre legte eine Expertenkommission der Bundesregierung ihre Empfehlungen zur Psychiatriereform und zum Wechsel vom Paradigma der Heil- und Pflegeanstalten zur Gemeindepsychiatrie vor.

#### Von der kritiklosen Hospitalisierung zur kritiklosen Enthospitalisierung

Die Expertenkommission empfahl die drastische Reduzierung psychiatrischer Betten, u.a. durch Enthospitalisierung von Langzeitpatienten. Diese Bestrebungen beruhten auf der in den USA und später auch in Italien weit verbreiteten optimistischen Annahme, chronisch psychische Erkrankungen seien ausschließlich als Folge der Hospitalisierung aufzufassen und eine Auflösung von Großinstitutionen könne bereits das Problem der Chronifizierung lösen. Diese administrativ verordnete Enthospitalisierung – die Auflösung der 'Schlangengruben' – führte in den USA zu einer deutlichen Bettenreduktion, aber auch zu einer erheblichen Belastung der Familien, die ihre chronisch kran-

ken Angehörigen wieder aufnehmen mußten, bzw. zu Verelendung, Obdachlosigkeit und Verschlummung der schwerer chronisch psychisch Kranken, für die keine angemessene sozialpsychiatrische Versorgung in der Gemeinde zur Verfügung stand.

In Deutschland sind die Folgen der Enthospitalisierung wenig überschaubar. Entsprechend der eingangs zitierten Kritik von John Wing war auch hier keine systematische Evaluation der Enthospitalisierung erfolgt – auch hier war eine soziale Maßnahme ohne Datengrundlage an Tausenden von Patienten durchgeführt worden. Zwar wurde hier ebenfalls die Anzahl psychiatrischer Betten erheblich reduziert. So wurden seit den 60er Jahren in Hessen etwa 6000 Patienten mit chronischen Psychosen enthospitalisiert. Allerdings liegen zum Verbleib der entlassenen Patienten kaum Daten vor. Inzwischen gibt es viele Hinweise darauf, daß ein großer Teil der Kranken damals weit entfernt von Heimatort und Angehörigen und ohne sinnvolle Beschäftigung untergebracht worden war. Statt einer Rehabilitation oder Reintegration vegetieren solche Patienten z.T. heute noch bis zu ihrem Lebensende in 'billigen' Heimunterkünften.





Michael Franz, Jahrgang 1958, studierte Humanmedizin und Soziologie an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Er ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Bisherige Tätigkeiten: Psychosomatische Klinik der Universität Gießen, Psychiatrisches Krankenhaus Marburg (LWV), seit 1989 Zentrum für Psychiatrie der Universität Gießen. Arbeiten zu Katatonie, malignes neuroleptisches Syndrom und Alkoholentzug. 1994 Promotion im Fachbereich Humanmedizin. Seit 1994 Oberarzt, Leitung der Stationen des geschlossenen Bereichs und einer offenen teilstationären Behandlungseinheit in einem Wohngebiet in der Stadt. Aufbau und Leitung der Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie. Forschungsschwerpunkte: Lebensqualitätsforschung bei schizophrenen Menschen, Evaluationsstudien, Angehörige psychisch Kranker, Anhedonie, Compliance.

**Die Spätphase der Enthospitalisierung**

In den 70er und 80er Jahren wurden somit Tausende von psychiatrischen Patienten ohne wissenschaftliche Dokumentation oder Qualitätssicherung enthospitalisiert. Die wenigen existierenden angloamerikanischen Querschnittsstudien zeigten jedoch zumindest, daß Enthospitalisierung eine Art 'Selektion' darstellte: Die weniger gestörten und psychisch Behinderten wurden in eine gemeindenahe Betreuung entlassen, die sich zunehmend differenzierte. Die Restgruppe besonders chronifizierter Patienten, die in den Kliniken verblieb, wies sehr spezifische Merkmale auf. Sie war meistens männlich, schizophren und besonders verhaltensgestört. Dieser sogenannte 'harte Kern' – die verbliebenen Patienten – wurden Gegenstand einer Kontroverse von Fachleuten und versorgungspolitischen Spezialisten, die ihn zum Teil als 'unenthospitalisierbar' bezeichneten. Andererseits wiesen vor allem sozialpsychiatrisch engagierte Psychiater und Vereinigun-

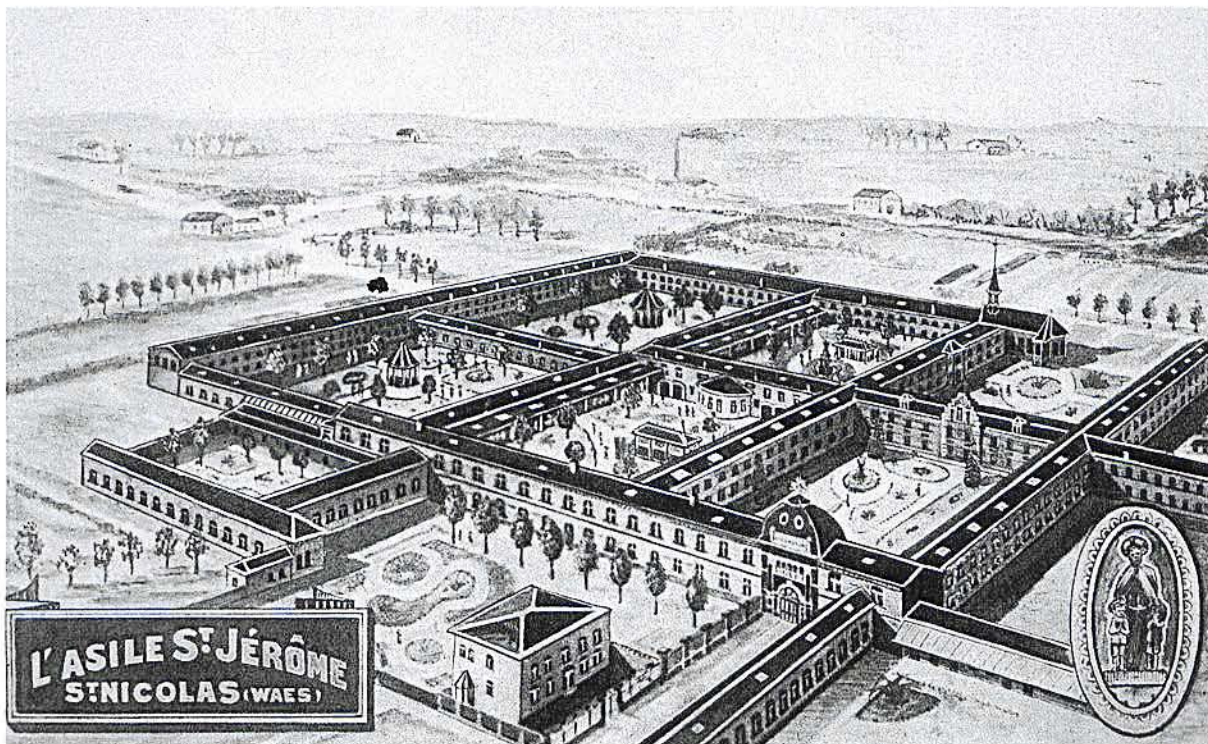
gen darauf hin, daß diese 'Restpatienten' lediglich eine aufwendigere gemeindepsychiatrische Versorgung benötigten. Tatsächlich zeigten Studien, daß in gemeindenahe Einrichtungen, die über eine deutlich verbesserte Personalausstattung verfügen, wenig Probleme mit Kriminalität und Obdachlosigkeit bei enthospitalisierten Patienten auftreten. Andere Untersuchungen zeigen jedoch, daß eine solche gemeindenahe Betreuung teuer ist und teilweise die Kosten einer klinischen Behandlung übersteigen kann. Unklar ist in Bezug auf den sogenannten 'harten Kern', ob der Gesundheitszustand dieser Patienten überhaupt eine Enthospitalisierung erlaubt oder ob sie nicht im Krankenhaus besser als in extramuralen Einrichtungen versorgt werden können. Viele Psychiater gehen davon aus, daß das Psychiatrische Krankenhaus über bessere psychiatrische und soziotechnologische Ressourcen verfügt als eine heimartige Einrichtung in einem Wohnort. Auch wurde darauf hingewiesen, daß eine Entlassung der schwer gestörten 'Restpatienten' mit höheren

Psychopharmakadosierungen erkaufte würde, weil sie in der neuen Umgebung psychotisch dekompensieren würden. Nachdem der Enthospitalisierungsprozeß weitgehend abgeschlossen war, machten diese Unklarheiten den 'harten Kern' zu einem der Hauptversorgungsprobleme der 90er Jahre.

**Enthospitalisierung und ihre Evaluation in Hessen**

In Hessen entwickelte sich eine breit gespannte Kontroverse, die von Forderungen nach sofortigem Stop der Enthospitalisierung bis zu solchen nach völliger De-Institutionalisierung aller Patienten reichte.

Vor diesem Hintergrund beschloß der Landeswohlfahrtsverband in Hessen 1993 ein Rahmenkonzept zur Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Menschen aus den Psychiatrischen Krankenhäusern und zu ihrer Eingliederung in die Gemeinde sowie die Durchführung einer begleitenden Evaluationsstudie. In Kooperation mit der Justus-Liebig-Universität Gießen als unabhängiger In-



Irrenanstalt St. Jérôme in Belgien, 19. Jahrhundert.





Thorsten Meyer, Jahrgang 1968, studierte Psychologie an der Christian-Albrechts Universität in Kiel. Seit 1996 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie am Zentrum für Psychiatrie. Seine Arbeitsschwerpunkte: Lebensqualitätsforschung, Evaluation psychiatrischer Versorgungsmaßnahmen.

stanz sollte diese Hessische Enthospitalisierungsstudie (HESt) unter anderem die folgenden Fragen untersuchen.

### Fragestellungen der Hessischen Enthospitalisierungsstudie

1. Wie ist der psychiatrische, medizinische und soziale Zustand der noch verbliebenen Patienten? Handelt es sich wirklich um eine schwer gestörte Extremgruppe?
2. Wie viele dieser Patienten können im ersten Untersuchungszeitraum (1994-1997) enthospitalisiert werden? Wie ist die Prozessqualität der Vorbereitung und Durchführung der Verlegung?
3. Welche Auswirkungen einer Enthospitalisierung auf die Betroffenen lassen sich nach einem Jahr im Vergleich zu den im Krankenhaus verbliebenen Patienten feststellen (Ergebnisqualität)?
4. Wie viele der noch in den ehemaligen Langzeitbereichen lebenden Patienten könnten ohne zusätzlichen Mehraufwand enthospitalisiert werden?
5. Welche längerfristigen Auswirkungen sind von einer Enthospitalisierung z.B. nach fünf Jahren zu erwarten?
6. Wie ist der Zugang zu und



Nervenranke bei Übungen im Freien in einer Anstalt bei Berlin, 1930

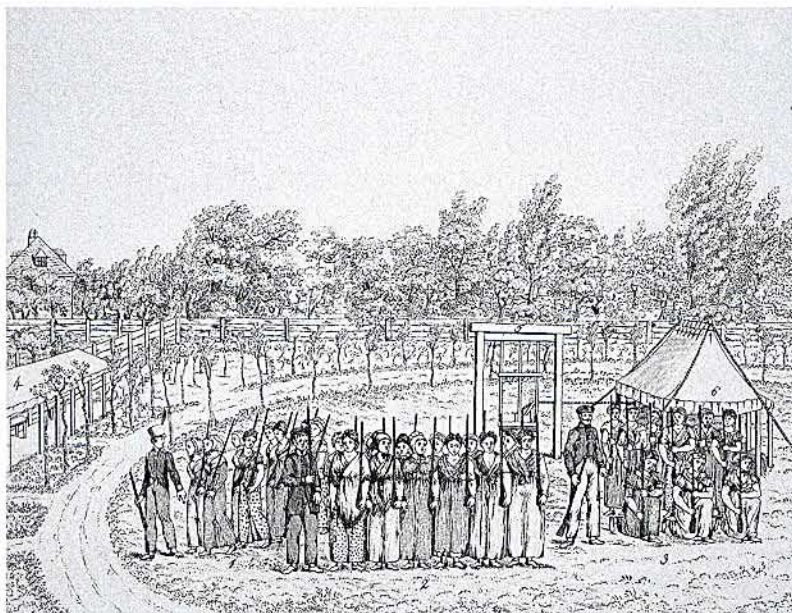
der Ausbau von gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen in den betroffenen Regionen?

7. Wie wirkt der Enthospitalisierungsprozess auf die Institution bzw. ihre Berufsgruppen? Und umgekehrt: Welche Einflußfaktoren seitens der Institutionen und Träger finden sich auf Qualität und Geschwindigkeit des Enthospitalisierungsprozesses?

Die Studie wurde durch die Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie am

Zentrum für Psychiatrie der Universität Gießen in enger Kooperation mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen und den betroffenen Kliniken durchgeführt. Es handelt sich um eine in dieser Form bisher einmalige Zusammenarbeit zwischen einem Träger Psychiatrischer Krankenhäuser, den Mitarbeitern dieser einzelnen Krankenhäuser und einer Universität. Die Methoden dieser Studie sind auf Seite 73 zusammengefaßt. Insgesamt wurden 266 Patienten aus sieben hessischen Krankenhäusern, ihre direkten Therapeuten sowie von der Enthospitalisierung betroffene Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen z.T. mehrfach befragt.

Im Rahmen einer 'baseline'-Ausgangsuntersuchung (siehe „Methoden“) wurden alle schizophrenen Langzeitpatienten aus sieben großen Psychiatrischen Krankenhäusern Hessens untersucht. Diese Patienten hatten durchschnittlich 29 Jahre in Krankenhäusern verbracht und waren über die Hälfte ihres Lebens hospitalisiert. Es stellte sich eine besonders gestörte und bei den vorangegangenen Enthospitalisierungen offensichtlich selektierte 'Restgruppe' mit einem Extremmaß an sozialer Behinderung dar. Die Patienten litten stark unter Affektverarmung, stereotypem Denken, mangelnder Beziehungsfähigkeit und Spontaneität, was zusammenfassend als 'Negativsymptomatik' bezeichnet



Exerzieren mit weiblichen Geisteskranken. Abbildung aus Ernst Horn: Oeffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des Königl. Charité-Krankenhauses zu Berlin, nebst Erfahrungen über Krankenhäuser und Irrenanstalten, Berlin, 1818.





# Methoden der Hessischen Enthospitalisierungsstudie

## Patientenstichprobe

Untersucht wurden alle schizophrenen Patienten (n=266) aus sieben hessischen Krankenhäusern des Landeswohlfahrtsverbandes, die über Langzeitbereiche mit einer größeren Zahl von Patienten verfügten. Einschlusskriterium war eine aktuelle Hospitalisierungsdauer von mindestens zwei Jahren. Ausgeschlossen wurden Patienten mit einer Oligophrenie oder ausgeprägtem hirnorganischen Abbau.

## Design

Die Hessische Enthospitalisierungsstudie (HESt) stellt eine multizentrische, naturalistische Studie dar; ein Teil der Studie hat ein prospektives Matched-Control-Design, andere Teile stellen Querschnittsuntersuchungen dar.

- Bezüglich der prospektiven Studie erfolgte zunächst eine 'baseline'-Ausgangsuntersuchung von n=266 schizophrenen Langzeitpatienten. Zur Charakterisierung dieser 'Restpatienten' wurden diese mit neu aufgenommenen schizophrenen Akutpatienten und Patienten anderer Enthospitalisierungsstudien verglichen.
- Wurde einer dieser Patienten enthospitalisiert, erfolgte zu diesem Zeitpunkt eine Zwischenuntersuchung sowie die Identifikation eines 'matches' (ein in wesentlichen Merkmalen ähnlicher Patient), der nicht enthospitalisiert wurde. Jeder Patient und sein im Krankenhaus-

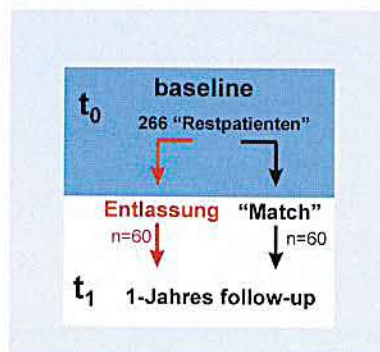


Abb. 1: matched control design

standort verbliebener 'Untersuchungszwilling' wurden genau ein Jahr nach der individuellen Enthospitalisierung nachuntersucht (siehe Abb. 1). Damit können Veränderungen der enthospitalisierten Patienten mit denen der im Krankenhaus verbliebenen verglichen und mögliche Auswirkungen der Enthospitalisierung identifiziert werden.<sup>1</sup>

- Merkmale, die sich zwischen erfolgreich enthospitalisierten und im Krankenhausstandort verbliebenen Patienten unterschieden, wurden zu einem 'Selektionsprofil' zusammengestellt.
- Im Rahmen einer 'Regionalanalyse' wurde mittels einer Befragung aller relevanten Dienste und Einrichtungen anhand relevanter sozialpsychiatrischer Kriterien eine systematische Übersicht der Versorgungsstrukturen erstellt. Es wurden sowohl der quantitative als auch der qualitative gemeindepsychiatrische Ausbau analysiert.
- Die Wirkung des Enthospitalisierungsprozesses auf die entsprechenden Institutionen und ihre verschiedenen Berufsgruppen fand im Rahmen einer gesonderten Teilstudie mittels offener Leitfadenterviews statt, die mittels qualitativer Methoden ausgewertet wurden.

views statt, die mittels qualitativer Methoden ausgewertet wurden.

## Meßinstrumente

Die Ziele der Enthospitalisierung – gesellschaftliche Integration, Selbstbestimmung, Normalitätsprinzip, bzw. allgemein die Verbesserung der Lebensqualität – wurden in Form empirischer Bewertungskriterien operationalisiert.

Die umfassende Zusammenstellung der resultierenden Indikatoren bezog sich auf der Ebene der Patienten auf die Bereiche: Soziodemographie, Krankheitsmerkmale, Psychopathologie, soziales Funktionsniveau, subjektive Lebensqualität, Selbständigkeit/Hilfebedarf, medizinische und psychiatrische Fachbehandlung, Substanzmißbrauch, Compliance (bezüglich Medikation, Behandlungsangeboten und Zusammenleben), Betreuungsaufwand, soziales Netzwerk, Arbeit, Freizeit, Kostenträger und finanzielle Versorgung, Wohnsituation, Enthospitalisierungsprognose, subjektiver Lebensmittelpunkt, Wünsche der Bewohner in Bezug auf Enthospitalisierung. Auch Konzepte und bestimmte Merkmale der Einrichtungen wie Restriktivität, bauliche Charakteristika, Gemeindenähe etc. wurden erfaßt.

<sup>1</sup> Die statistische Analyse der Veränderungen erfolgt in Abhängigkeit vom Skalenniveau und empirischen Verteilungseigenschaften mit dem t-Test für abhängige Stichproben, dem Wilcoxon-Test oder dem McNemar-Test. Vergleiche zwischen den enthospitalisierten Patienten und den 'matches' erfolgen bei der hier dargestellten Analyse mittels Mann-Whiney-U-Test bzw. dem Chi-Quadrat-Test.

Bernd Gallhofer FRSM, Jahrgang 1948. Nach dem Studium der Humanmedizin in Graz/Österreich, 1976 Promotion und Ausbildung zum Facharzt, 1983 Verleihung des Facharzttitels (Gesamte Nervenheilkunde), 1983 Oberarzt an der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik in Graz. 1985 Habilitation und Verleihung des Dozententitels in Psychiatrie und Zulassung als Prüfer für das Fach Psychiatrie. 1985 bis 1990 Aufbau eines Forschungsteams für Psychoneuroendokrinologie und Lateralität bei Psychosen und Depressionen. 1986 Aufbau einer Arbeitsgruppe für Biopsychologie und Psychopathologie. 1987 Ernennung zum Leiter des Drogenberatungszentrums der Steiermärkischen Landesregierung. 1990 kommissarische Leitung der neugegründeten Universitätsklinik für Psychopathologie an der Karl-Franzens-Universität in Graz. 1990 Ruf auf die C3-Professur für Psychiatrie an die Universität Gießen. 1994 Ruf auf die C4-Professur für Psychiatrie und geschäftsführender Direktor des Zentrums für Psychiatrie der Justus-Liebig-Universität Gießen.





Andreas Glatz, Jahrgang 1963, studierte Pädagogik und Soziologie in Köln und Bonn. Tätigkeit als Unternehmensberater und Redakteur im sozialen Bereich, Evaluationsstudien für die Universität Düsseldorf. Seit 2000 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie am Zentrum für Psychiatrie.

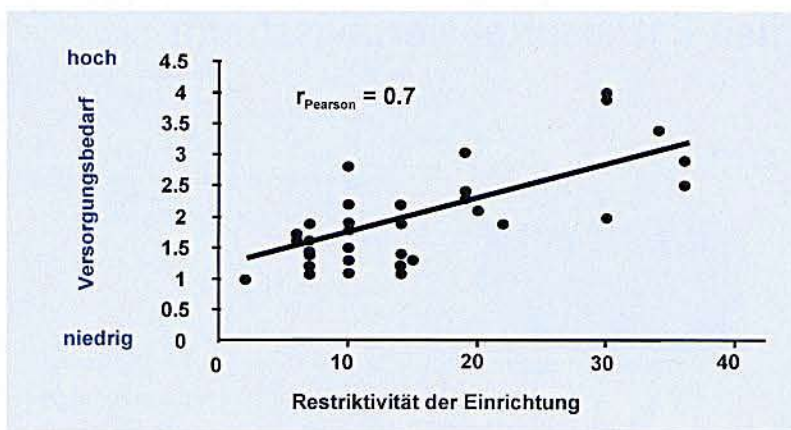
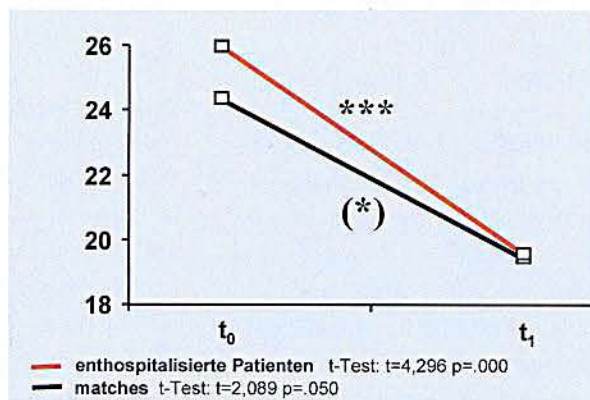


Abb. 2: Korrespondiert die Restriktivität der gewählten Einrichtung mit dem Versorgungsbedarf der enthospitalisierten Patienten?

wird. Sie hatten sich emotional und sozial extrem zurückgezogen. Trotz kontinuierlicher psychiatrischer Behandlung zeigten sie eine genauso intensive psychotische Symptomatik wie zum Vergleich herangezogene jüngere Patienten (siehe Kasten „Methoden“), die wegen einer akuten Psychose neu auf eine geschlossene Akutstation eingewiesen worden waren: Sie wiesen vergleichbar intensive Symptome wie Wahnideen, formale Denkstörungen, Halluzinationen, Größenwahn, Mißtrauen, Verfolgungswahn, Feindseligkeit oder Erregungszustände auf. Ihre soziale Funktionsfähigkeit war sogar noch gestörter als bei neu eingewiesenen Patienten einer psychiatrischen Akutstation. Ihr 'soziales Netz' aus Beziehungen oder Freundschaften war extrem redu-

Abb. 4: *Negativ-symptomatik, Positive and Negative Syndrome Scale*



ziert und kleiner als alle in der sozialen Netzwerkforschung bisher bekannten Befunde. Auch im Vergleich zu anderen chronischen Patienten schnitten sie schlechter ab. Damit zeigten sie ungünstige Charakteristika bezüglich der komplexen Versorgungsfähigkeit

und wiesen eine hohe Übereinstimmung mit Patienten auf, die in der entsprechenden anglo-amerikanischen Literatur als 'difficult to place patients' bezeichnet werden.

### Auswirkungen der Enthospitalisierung auf die betroffenen Patienten

In jeder Klinik wurde ein Enthospitalisierungsbeauftragter mit dem Status eines Bereichsleiters eingesetzt, der zusammen mit dem betreuenden Personal an der Vorbereitung und Durchführung der jeweiligen Enthospitalisierung beteiligt war. Die Auswahl der Patienten, die enthospitalisiert werden sollten, erfolgte im Einzelfall aus sehr unterschiedlichen Gründen.

	Enthospitalisiert	MATCH im Krankenhaus	p
Einzelzimmer	84%	36%	*** <sup>1)</sup>
m <sup>2</sup> / Person	16 m <sup>2</sup>	11 m <sup>2</sup>	*** <sup>2)</sup>
Renovierungsbedarf	3%	14%	(*) <sup>1)</sup>
Privatsphäre vorhanden	95%	81%	* <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>  $\chi^2$ -Test  
<sup>2)</sup> Mann-Whitney U-Test

\*\*\* = p < .001  
 \* = p < .05  
 (\*) = p < .10

Abb. 3: Wohnsituation 1 Jahr nach Enthospitalisierung

Dabei wurde beispielsweise neben der Verfügbarkeit von gemeindepsychiatrischen Angeboten auch soziale Zugehörigkeiten der Patienten berücksichtigt. Die Auswahl der Patienten zur Enthospitalisierung folgte somit klinischen Erwägungen und keinem experimentellen Studiendesign. Im ersten Untersuchungszeitraum (1994-1997) konnten 60 Patienten enthospitalisiert werden. Das Design der Evaluation dieses Ablaufes verdeutlicht Abbildung 1.

Die Enthospitalisierung der Bewohner zeichnete sich durch eine sorgfältige Vorbereitung und Durchführung aus. Dies äußerte sich u.a. in einem deutlichen Zusammenhang zwischen der Restriktivität der gewählten Einrichtungen mit dem Versorgungsbedarf der enthospitalisierten Patienten (Abb. 2).

In der Ein-Jahres-Nachuntersuchung zeigte sich bei den enthos-



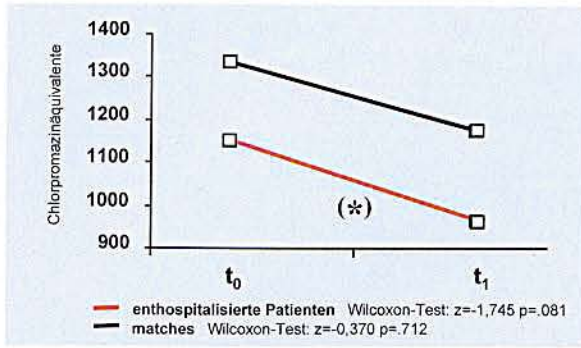


Abb. 5: Dosis der Dauermedikation in Chlorpromazinäquivalenten

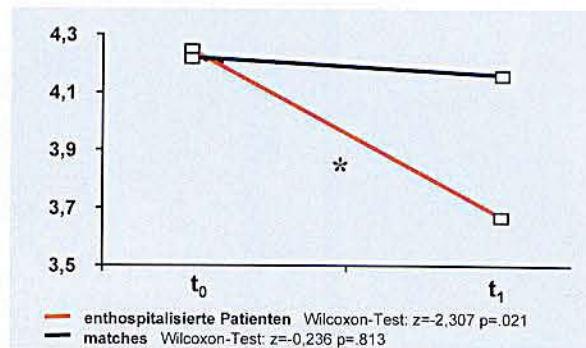


Abb. 6: Ausmaß sozialer Behinderung, Disability Assessment Schedule, Gesamteinschätzung

pitalisierten Patienten eine unerwartet deutliche positive Veränderung, die bei den im Krankenhaus verbliebenen 'Untersuchungszwillingen' in dieser Form nicht zu verzeichnen war. Die Mortalitätsrate der enthospitalisierten Patienten war mit 3,3% vergleichbar mit der anderer nach Alter stratifizierter Gruppen. Keiner der enthospitalisierten Patienten wurde obdachlos oder war ein Jahr nach der Enthospitalisierung ohne Versorgung. Es fanden sich keine kriminellen Auffälligkeiten. Insgesamt erlebten 22% der enthospitalisierten Patienten eine Krise, die eine psychiatrische Intervention nach sich zog, gegenüber 10% der im Krankenhaus verbliebenen.

Die Wohnqualität war ein Jahr nach der Enthospitalisierung bei den enthospitalisierten Patienten signifikant besser als bei den in Krankenhäusern verbliebenen (siehe Abb. 3). Fast alle Patienten hatten ein Einzelzimmer, mehr Platz

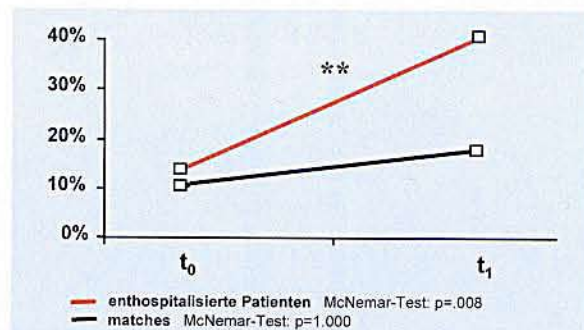
und eine verbesserte Privatsphäre zu verzeichnen.

Die sogenannte Negativ-Symptomatik hatte sich statistisch signifikant reduziert (siehe Abb. 4), d.h. nach einem Jahr Aufenthalt in gemeindenahen Einrichtungen waren die ehemaligen Langzeitpati-

reotyp. Entgegen vielen Erwartungen hatte der Verlust der seit Jahrzehnten vertrauten Umgebung *nicht* zu einer Verstärkung der 'Positiv-Symptomatik' (Wahnideen, Halluzinationen, Feindseligkeit etc.) geführt.

Die neue Freiheit wurde nicht

Abb. 8: Bewohner, die in ihrer Freizeit täglich die Einrichtung verlassen



enten im Durchschnitt weitaus beziehungsfähiger und spontaner, ihre Affektverarmung und ihr emotionaler und sozialer Rückzug waren weniger stark ausgeprägt und ihr Denken war weniger ste-

mit einer höheren Dosis an Medikamenten erkaufte – trotz der gebesserten Symptomatik war die antipsychotische Medikation wesentlich reduziert (siehe Abb. 5), etwas weniger deutlich auch innerhalb des Krankenhauses.

Bei den enthospitalisierten Patienten verbesserte sich das Ausmaß, in dem sie für das gesellschaftliche Zusammenleben notwendige soziale Rollen übernahmen ('soziales Funktionsniveau') signifikant, während es sich bei den im Krankenhaus verbliebenen nicht änderte (Abb. 6).

Damit einher ging eine Zunahme der Selbständigkeit und ein höheres Ausmaß nach außen gerichteter Aktivitäten im Sinne eines normalisierten Lebens in der Gemeinde (Abb. 7 und Abb. 8).

Probleme ergaben sich in den Bereichen Sozialkontakte, Arbeits-

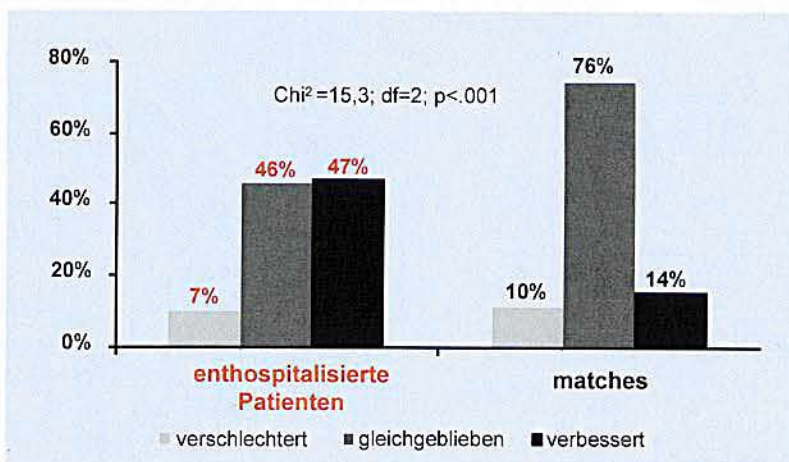


Abb. 7: Selbständigkeit im Jahr nach der Enthospitalisierung





Illustration einer „Gemeindenahen Psychiatrie“







und Beschäftigungsmöglichkeiten. Zum einen erhöhte sich der Bewohneranteil, der über keinerlei freundschaftliche oder familiäre Kontakte verfügte. Zum anderen sank die Möglichkeit zur Teilnahme an arbeitstherapeutischen Angeboten. Hier spiegelte sich wider, daß die ehemaligen Anstalten eine eigene Welt darstellen, in der Lebensbereiche wie Arbeit, Freizeit, medizinische Behandlung und Wohnen 'unter einem Dach' zusammengefaßt stattfanden. Arbeits- und Sozialbeziehungen müssen in einer neuen Umgebung erst wieder neu aufgebaut werden. Die zweite Nachuntersuchung nach fünf Jahren wird zeigen, ob den Patienten dies gelingt.

Ein negatives Ergebnis stellte die Enthospitalisierung eines Patienten dar, der bereits vorher gewalttätig geworden war. Er blieb dies auch nach seiner Entlassung und wurde wegen eines entsprechenden Vor-

falls in die forensische Psychiatrie aufgenommen.

#### **Können weitere Langzeitpatienten enthospitalisiert werden?**

Die entlassenen Patienten wiesen ein 'Selektionsprofil' (siehe Kasten „Methoden“) von Merkmalen auf, in denen sie sich vom Durchschnitt der noch im Krankenhaus verbliebenen Langzeitpatienten unterschieden. Sie waren u.a. etwas jünger mit einer entsprechend geringeren Hospitalisierungsdauer, hatten eine bessere Compliance gegenüber ihrer Medikamenteneinnahme und wiesen schon vor der Enthospitalisierung einen höheren Anteil an Aktivitäten außerhalb des Klinikgeländes auf. 52 % der noch hospitalisierten Langzeitpatienten wiesen ein sehr ähnliches Merkmalsprofil auf – ihre Merkmale lagen innerhalb einer halben Standardabweichung der Merkmale des Selektionsprofils. Aufgrund dieses Profils könnte etwa die

Hälfte der ehemaligen Langzeitpatienten bei etwa gleichem Enthospitalisierungsaufwand ähnlich profitieren wie die erste Gruppe. Dies wurde durch die Enthospitalisierungsprognose der Behandler vor Ort untermauert, die diesbezüglich sogar von fast 70% ausgingen.

#### **Die Strukturqualität der untersuchten Regionen**

Die Erhebung aller vorhandenen Dienste und Einrichtungen in den betroffenen Regionen zeigte, daß das Ziel einer Versorgungsverpflichtung gemeindenaher Einrichtungen noch nicht erreicht ist. Der Ausbau der Angebote für psychisch Kranke war von Landkreis zu Landkreis sehr unterschiedlich. Für Problemgruppen mit Doppel Diagnosen (z.B. Schizophrenie und Sucht), geriatrische Patienten und schwer verhaltensgestörte Problempatienten fehlten Angebote. Die Qualitätskriterien "Erreichbarkeit" und "Niederschwelligkeit"



*Das gemeindenahere teilstationäre Behandlungszentrum der Gießener Universitätspsychiatrie ist in einem normalen Wohnhaus untergebracht und liegt in einem Wohngebiet.*





*Wohn- und Gemeinschaftsraum, gemeindenahes, teilstationäres Behandlungszentrum der Gießener Universitätspsychiatrie.*

waren oft nur unzureichend erfüllt: Selbst für das Evaluations-Team war es unerwartet schwierig, die entsprechenden Dienste und Einrichtungen in Erfahrung zu bringen. Wie sollte es erst einem Patienten oder dessen Angehörigen gehen?

#### **Wie wirkt der Enthospitalisierungsprozeß auf die Krankenhäuser?**

Die Rekonstruktion des Ablaufprozesses der Enthospitalisierung 'aus dem Blickwinkel' der betroffenen Krankenhäuser zeigte, daß im Un-

#### **Kooperationspartner:**

Dr. Michael Knoll ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und war im Rahmen der Hessischen Enthospitalisierungsstudie Berater, Ansprechpartner und Koordinator seitens des Landeswohlfahrtsverbandes. In der Hauptverwaltung des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) Hessen leitet er das Dekanat 'Krankenhäuser und Psychiatrieplanung'. Lutz Bauer leitet als Landesdirektor den Landeswohlfahrtsverband Hessen.

tersuchungszeitraum umfassende Veränderungen zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten/Bewohner von allen Beteiligten geleistet worden waren. Gleichwohl fand sich eine zunehmende Unsicherheit des Personals bezüglich ihrer Arbeitsplatzsicherheit und der Frage, welche Anforderungen und Fertigkeiten in Zukunft von ihnen erwartet werden. Der Prozeß der Enthospitalisierung verkleinerte und veränderte die Institution Krankenhaus selbst, er veränderte das Milieu, aber auch das Tätigkeitsprofil der einzelnen Mitarbeiter, vor allem in den ehemaligen Langzeitbereichen. So wurden die Langzeitbereiche leerer, was Veränderungen des Verhältnisses der Pfleger/Therapeuten zu den Patienten mit sich brachte. Es fand sich in der Diskussion 'vor Ort' eine Zunahme von wirtschaftlichen Inhalten, die in den Anfangsjahren der Enthospitalisierung keine Rolle gespielt hatten. Die Frage, ob das größere Entwicklungspotential für die betroffenen Patienten in der Gemeinde oder in der 'besseren' Versorgungsqualität des Krankenhauses liege, wurde von den Mitarbeitern zunehmend kontrovers diskutiert. Fragen, die politisch ungeklärt waren, wie die

Fortsetzung der Enthospitalisierung aller verbleibenden 'Restpatienten' oder das Ausmaß der 'komplementären Restfunktionen' der Krankenhäuser, wurden so in den sozialen Mikrostrukturen vor Ort ausgetragen und konnten in Einzelfällen zur Blockade des Enthospitalisierungsprozesses führen.

#### **Fortgang der Studie**

Die Ergebnisse des ersten Untersuchungszeitraumes von 1994 bis 1997 wurden in einem ausführlichen Bericht zusammengefaßt, von dem hier nur einige wesentliche Befunde dargestellt werden konnten. Ergänzt durch einen Bewertungs- und Empfehlungsteil wurde er dem hessischen Landeswohlfahrtsverband vorgelegt. Nach Rezeption des Berichtes teilte der Landeswohlfahrtsverband mit, daß auf der Grundlage der Studie ein Konzept zur Fortführung der Enthospitalisierung entwickelt werde. Zur Zeit werden von der Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie weitere Nachuntersuchungen bei enthospitalisierten Patienten durchgeführt. Für dieses Jahr ist eine Tagung in Vorbereitung, um die Ergebnisse der HEST mit Fachleuten zu diskutieren und der interessierten Öffentlichkeit vorzustellen. •

JUSTUS-LIEBIG-



UNIVERSITÄT  
GIESSEN

**Dr. Michael Franz**

Oberarzt am Zentrum für Psychiatrie  
Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie  
Am Steg 24  
Tel.: 0641/99-45755  
Fax: 0641/99-45769  
e-mail: michael.franz@psychiat.med.uni-giessen.de