

# Die Entwicklung der Lebenszufriedenheit im Zuge der Enthospitalisierung von chronisch psychisch kranken Langzeitpatienten

von Günter Albrecht, Hans-Josef Ingenleuf, Burkhard Wilm,  
Bernward Vieten, Sven Kimpel<sup>1</sup>

## **Zusammenfassung**

*Nachdem wir im ersten Teil dieses Aufsatzes eine Übersicht über relevante theoretische Ansätze zur Problematik der Enthospitalisierung referiert und einen eigenen theoretischen Bezugsrahmen entwickelt haben, ist der zweite Teil der Diskussion der Problematik der Lebensqualität der Langzeitpatienten gewidmet. Im ersten Abschnitt werden verbreitete Konzeptualisierungen und Modelle von Lebensqualität dargestellt und diskutiert sowie methodische Probleme aufgezeigt, um daran anschließend ein eigenes, nach Lebensbereichen differenziertes Modell zu entwickeln und forschungsleitende Hypothesen zu generieren. Die empirischen Ergebnisse belegen einen kurzfristigen Rückgang der zunächst sehr hohen Zufriedenheit zu Beginn der Enthospitalisierung auf ein niedrigeres Niveau, der nahezu sämtliche Lebensbereiche einschließt. Dieser Sachverhalt wird so gedeutet, daß Langzeitunterbringung auf dem Wege der Anpassung der Ansprüche an ein niedriges Bedürfnisbefriedigungsniveau eine resignative Zufriedenheit bewirkt, die -bedingt durch die Aktualisierung latenter Bedürfnisse im Zuge der Normalisierung der Lebensvollzüge bei Enthospitalisierung- von einer konstruktiven bzw. produktiven Unzufriedenheit abgelöst wird. Zur präziseren Erfassung der Enthospitalisierungsdynamik über zwei Meßzeitpunkte wurden Indizes entwickelt, mit denen die individuelle Gewichtung von Lebensbereichen und Bezugsgruppen ermittelt werden konnte. Hierbei ergeben sich interessante Aufschlüsse über den Enthospitalisierungsprozeß, z. B. hinsichtlich der gleichbleibend hohen Bedeutung von Mitarbeitern und Mitbewohnern als soziale Vergleichsgruppen und der relativen Zunahme der Bedeutung externer Personen sowie eines deutlichen Anstiegs der Bedeutung des Lebensbereichs Gesundheit. Die kurz- und mittelfristige Analyse ist durch eine Langzeitbetrachtung zu ergänzen, um die Frage zu klären, ob die ehemaligen Langzeitpatienten durch die neu- bzw. wiedergewonnenen Kompetenzen langfristig eine Anhebung der Zufriedenheit auf höherem Niveau der Bedürfnisbefriedigung erreichen.*

## **Abstract**

*While the first part of this paper was devoted to a review and discussion of selected approaches to the study of processes of deinstitutionalization and to the development of a new theoretical frame of reference, the following second part focusses on the quality of life of longterm mental patients. At first, we discuss several conceptualizations and models of quality of life, analyze methodological problems, generate a new model that differentiates between several life domains and formulate a set of hypotheses guiding our empirical research. The results prove a short-term decrease of life satisfaction that was very high before starting the process of deinstitutionalization and included almost all life domains.*

*This fact is interpreted as follows: As a result of a process of adaptation of aspirations and needs to a very low level of satisfaction during long-term hospitalization patients develop something like „resignative satisfaction“ that is replaced by constructive dissatisfaction elicited by re-actualization of latent needs and aspirations following the normalization of everyday life conduct during the process of deinstitutionalization. In order to reconstruct the dynamics of the process of deinstitutionalization we developed several indices to measure the individual weighting of life domains and reference groups. We found a stable high importance of staff members and other patients as social comparison groups, an increasing importance of external persons and of health as a life domain. Short and middle-range developments have to be completed by long-term analyses to test our hypothesis that former long-term patients will - in the long run- experience a significant rise of satisfaction on the basis of a higher level of objective life conditions and (re-) activation of competencies (lost during long-term hospitalization).*

## **1. Einleitung und Entwicklung der Fragestellung**

Im ersten Teil unseres Beitrages (Albrecht et al. 1994) hatten wir uns mit den konzeptuellen, theoretischen, gesundheits- und professionspolitischen sowie evaluativen Aspekten der Enthospitalisierung beschäftigt und einen theoretischen Bezugsrahmen für die Analyse des Verlaufs und der Effekte der Enthospitalisierung von langfristig hospitalisierten chronisch psychisch kranken Patienten entwickelt. Im folgenden Beitrag wollen wir uns mit den methodischen und inhaltlichen Problemen der Evaluation eines solchen Prozesses auf der Basis der Daten unserer Längsschnittuntersuchung auseinandersetzen und am Beispiel der Lebenszufriedenheit exemplifizieren.

Evaluationen der Enthospitalisierung lassen sich auf verschiedenen Ebenen und unter sehr unterschiedlichen Gesichtspunkten durchführen. Die für die Öffentlichkeit und für politische Entscheidungsträger naturgemäß besonders interessante Betrachtung der Effekte der Enthospitalisierung unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten und die für die Mitarbeiter virulente Frage der Auswirkungen auf die Organisation und die eigene Arbeitssituation sollen hier zunächst nicht mitbehandelt werden, obwohl insbesondere die Analyse der wirtschaftlichen Aspekte zu ganz beeindruckenden Nachweisen der wirtschaftlichen Vorteile der Enthospitalisierung geführt hat (vgl. dazu Albrecht et al. 1996; vgl. zur Personalproblematik Günther 1995). Zentral für jede evaluatorische Aussage über Enthospitalisierung muß der Blick auf die Entwicklung der Patienten sein, vor allem dann, wenn man an der Unterstellung festhält, daß es bei der psychiatrischen Hospitalisierung primär um das Wohl und die Gesundheit der Patienten gehen sollte, die durch die Maßnahmen zur Realisierung der sekundären Funktionen, nämlich Ruhe und Ordnung, Sicherheit und Wohlbefinden der anderen zu sichern, tendenziell gefährdet, zumindest suboptimal realisiert werden. Enthospitalisierung müßte also primär in bezug auf diese Aspekte nennenswerte Verbesserungen erbringen, wenn man sie als erfolgreich ansehen will.

Eine der wesentlichen Kritiken an einer Reihe von größeren Enthospitalisierungskampagnen bestand in dem sehr bedenkenswerten Argument, die Enthospita-

lisierung werde zwar mit fortschrittlichen sozialpsychiatrischen bzw. soziologischen Argumenten begründet, entscheidend seien jedoch letztlich reine Kostenerwägungen der Träger der psychiatrischen Versorgung. Diese führten ohne Berücksichtigung der unter Umständen deutlich schlechteren Versorgungslage der Ex-Patienten nach der Enthospitalisierung zu einer kaum zu verantwortenden Durchsetzung der Enthospitalisierungspolitik. Deshalb kommt der sorgfältigen empirischen Überprüfung der Auswirkungen der Enthospitalisierung auf die Patienten fundamentale Bedeutung zu.

Diese scheinbar so klare und einfache Fragestellung erweist sich bei näherer Betrachtung jedoch als außerordentlich komplex. Was könnten relevante outcome-Kriterien auf der Ebene der Patienten sein?

Denkbar wäre, den Erfolg der Enthospitalisierung an der Veränderung der psychopathologischen Befunde der Patienten messen zu wollen, wobei je nach theoretischer Position sehr unterschiedliche Annahmen über erwartbare Effekte formulierbar sind (vgl. dazu Albrecht et al. 1996). Die am wenigsten anspruchsvolle Position wäre, daß angesichts der langfristigen, allerdings nicht zwingend erwiesenen Chronizität der psychischen Krankheit bei den betroffenen Patienten keine Verbesserung ihrer psychopathologischen Probleme erwartbar, daß aber ein ganz wesentlicher positiver Ertrag schon dann erreicht sei, wenn die Patienten mit ihrer vielleicht gänzlich unveränderten psychischen Problematik unter Bedingungen leben können bzw. leben, die denen der „Normalbevölkerung“ möglichst ähnlich sind. Auf den ersten Blick scheint es kein größeres Problem zu bereiten, auf dieser Ebene geeignet erscheinende Outcome-Kriterien zu definieren, aber auch hier steckt das Problem im Detail.

Welche Merkmale der Lebenslage sind zentral und welche nicht? Wie setzt man differente Entwicklungen in verschiedenen Lebenslagenbereichen zu einem Gesamtwert zusammen? Vor allem aber: Wie erfaßt man das Kontinuum von Veränderungsschritten beginnend bei der Anormalität des Lebens in einer „totalen Institution“ bis hin zum „normalen Leben“ des typischen Gesellschaftsmitglieds? Diese Frage stellt sich umso dringlicher, als man befürchten muß, daß die Enthospitalisierung gerade in ihren ersten Phasen nur in sehr kleinen Schritten von den pathologischen Lebensbedingungen in einer totalen Institution hin in Richtung auf „Normalität“ des Lebens führt, die aber durch die empirischen Meßinstrumente abbildbar sein müssen, um überhaupt Veränderungen erfassen zu können. Für spezifische Lebensbereiche verfügen wir jedoch kaum über hinreichend elaborierte Meßinstrumente, um solche kleinen Veränderungen zu messen. Dies wird deutlich, wenn man versuchen wollte, so etwas wie das „Ausmaß der durch die Wohnsituation erlaubten Intimität“ zu messen oder das „Ausmaß der durch eine Wohnlage ermöglichten Partizipation am alltäglichen gesellschaftlichen Leben“ etc. Eine Sichtung vorhandener bzw. uns bekannt gewordener Instrumente erbrachte das Resultat, daß entsprechende Inventare vielleicht geeignet sein mögen, die differnten Gegebenheiten für die diversen Teilpopulationen der Normalbevölkerung zu erfassen, daß sie aber nicht auf die Situation der stationären bzw. teilstationären Versorgung bzw. des betreuten Wohnens bzw. der verschiedenen Alternativformen passen.

Neben diesen gravierenden Problemen, die „objektiven Lebenssituationsmerkmale“ hinreichend valide und reliabel zu erfassen, stellt sich jedoch das theoretisch bedeutsamere Problem, inwieweit Veränderungen dieser objektiven Merkmale auf der Ebene des subjektiven Erlebens durch die Patienten ihren Niederschlag finden. Es dürfte konsensfähig sein, daß neben dem Ziel der Modifikation der objektiven Lebensbedingungen in eine als positiv unterstellte Richtung ein weiteres Ziel darin bestehen muß, die subjektive Befindlichkeit der betroffenen Patienten so weit wie möglich zu verbessern. So schön sich dieses Ziel anhört, so schwierig ist es jedoch, genauer zu bestimmen, was damit gemeint ist bzw. wie man diesen Zustand bzw. den betreffenden Veränderungsprozeß empirisch erfassen kann.

Versucht man, dieser „subjektiven Befindlichkeit“ eine konkretere inhaltliche Bestimmung zu geben, so kommen uns Konzepte wie „Glück“, „Wohlbefinden“, „Lebenszufriedenheit“ oder auch nur „Zufriedenheit“ sowie „Lebensqualität“ in den Sinn - weit verbreitete Konstrukte, die in politischen Debatten und wissenschaftlichen Strömungen und Spezialdisziplinen eine große Rolle gespielt haben und spielen, aber - vielleicht gerade deswegen - keine hinreichend klare Bedeutung erlangt haben.

Aber nicht nur in bezug auf eine konzeptuelle Präzisierung dieser Konstrukte bleibt noch vieles zu klären, sondern auch und gerade die theoretische Frage danach, unter welchen Bedingungen und über welche Prozesse sich die Zufriedenheit im Längsschnitt auf individueller Ebene verändert, ist von einer zufriedenstellenden wissenschaftlichen Erörterung weit entfernt. Da die Konzeptualisierung dieser Konstrukte neben theoretischen auch methodische Implikationen hat und die Frage der adäquaten Messung trotz umfangreicher Literatur nicht abschließend entschieden ist, insbesondere wenn man an die empirische Untersuchung von Problemgruppen denkt, wollen wir im folgenden nach einer begrifflichen Vorklärung und nach einer Entwicklung unserer Arbeitshypothesen eine knappe Exposition der methodischen Probleme präsentieren, um uns alsdann nach einer kurzen Schilderung des Projektkontextes und des Enthospitalisierungsprozesses der Darstellung der empirischen Ergebnisse zu widmen. Dabei werden wir zunächst die Frage klären, inwieweit unsere innovative methodische Vorgehensweise sich bewährt hat, und uns dann den ersten Antworten auf unsere Hypothesen zuwenden.

## **2. Konzeptualisierungsprobleme und theoretische Fragestellung**

### **2.1 Probleme des Lebensqualitätskonzeptes**

Da es wenig Sinn machen dürfte, die ohnehin ausufernde abstrakte Diskussion über das Konzept der Lebensqualität und sein Verhältnis zu ähnlichen Konzepten um einen weiteren Beitrag zu vermehren, wollen wir es bei einer sehr kurzen begrifflich-konzeptuellen Vorklärung unseres Zuganges belassen und die entsprechenden Diskussionen nur insoweit aufgreifen, als sie für unsere Ausführungen unverzichtbar sind (vgl. als gute Übersichten Rupprecht 1993, Zamora 1995).

Um diese Diskussionen einordnen zu können, muß man sich vergegenwärtigen, daß die Thematik der Quality of Life in Zusammenhang mit der Evaluation medizinischer Leistungen virulent geworden ist, bei der sich die Frage stellt, worin angemessene Gütekriterien gesehen werden können. Kann man es sich leisten, bestimmte medizinische Interventionen, wie z.B. chirurgische Eingriffe, nur nach solchen Kriterien zu bewerten wie z.B. Gewinn an Lebenszeit, physiologischen Parametern etc.? Oder kommt es nicht auch, wenn nicht sogar viel stärker darauf an, inwieweit sich die Intervention auf alle möglichen Sphären des alltäglichen Lebens des Patienten positiv auswirkt, insbesondere auf sein subjektives Wohlbefinden, seine Zufriedenheit, kurz die Qualität des Lebens, die von ihm durch oder trotz des medizinischen Eingriffs wahrgenommen wird? Erkennbar wird, daß diese neue, erweiterte Perspektive bei der medizinischen Evaluation etwas mit einer ganzheitlichen Sicht der Gesundheit zu tun hat, die in den letzten Jahren zunehmend an Boden gewonnen hat.

Bei der Überlegung, welche subjektiven Elemente bzw. Dimensionen in dieser Hinsicht relevant sein dürften und in welchem Verhältnis sie zueinander stehen, scheiden sich dann allerdings die Geister, und es entwickeln sich recht unterschiedliche Traditionen.

In der einschlägigen Literatur werden häufig fünf verschiedene Forschungsrichtungen unterschieden, die sich allerdings nur bedingt gegeneinander abgrenzen lassen, so daß wir sie hier auch nur kurz streifen können und wollen. Zu nennen sind insbesondere die Konstrukte „subjektives Wohlbefinden“, „Glück“, „Morale“, „Lebensqualität“ und „Lebenszufriedenheit“.

### *2.1.1 Subjektives Wohlbefinden*

Das Konstrukt des subjektiven Wohlbefindens steht in Zusammenhang mit der Theorie der Affekt-Balance (Bradburn 1969, Lawton 1972) und stellt sich Wohlbefinden als dreidimensionales Konstrukt aus positivem Affekt, negativem Affekt und Affekt-Balance (gedacht als Relation zwischen dem Ausmaß der positiven und der negativen Affekte) vor. In umfassenderen Versionen wird Wohlbefinden als die affektive und kognitive Bewertung der gesamten Lebenssituation konzeptualisiert (Liang 1985: 552), und in einer besonders weitgehenden Variante (Stock et al. 1986: 91) wird Wohlbefinden zu einem abstrakten, übergeordneten Konstrukt, das u.a. Lebenszufriedenheit, Happiness und Morale mitumfaßt. Abgesehen davon, daß multidimensionale Konstrukte in der empirischen Forschung zu erheblichen Interpretationsproblemen führen, würde die Verwendung eines Konstruktes, bei dem die Affekt-Balance eine zentrale theoretische Rolle spielt, bei der Forschung mit psychisch kranken Populationen das Problem der Konfundierung zwischen theoretisch unbedingt zu trennenden Variablen heraufbeschwören, muß doch unterstellt werden, daß bei einem gewissen Anteil der Probanden ihre Erkrankung gerade darin besteht, daß sie - aus welchen Gründen auch immer - keine „gesunde“ Affekt-Balance herstellen können.

### 2.1.2 *Glück*

Unabhängig von der klassischen philosophischen Tradition der Konzeptualisierung von „Glück“ verstehen psychologische Ansätze (vgl. George 1981, Thomas und Stock 1988) unter „Happiness“ einen kurzfristigen, emotionalen Zustand, der - im Gegensatz zur später abzuhandelnden Lebenszufriedenheit - nicht als Ergebnis eines kognitiven Bewertungsprozesses verstanden wird, sondern als „affective assessment of subjective life quality“ (George 1981: 351). Gegen sehr viel umfassendere Konzeptionen, wie z.B. die von Mayring (1991), die sowohl affektive, kognitive als auch objektive Dimensionen berücksichtigen, lassen sich dieselben pragmatischen Einwände vorbringen wie gegen die umfassenderen Versionen des subjektiven Wohlbefindens.

### 2.1.3 *Morale*

Besonders interessant, aber auch problematisch ist das Konstrukt der „Morale“, das schon eine relative lange Geschichte hat und bei den ersten Vertretern (z. B. Kutner et al. 1956 und Cumming et al. 1958) als „presence or absence of satisfaction, optimism, and expanding life perspectives“ definiert wurde. Lawton (1975: 148) ging darüber noch wesentlich hinaus und konzipierte „Morale“ als „a basic sense of satisfaction with oneself, a feeling there is a place in the environment for oneself, that people and things in one's life offer some satisfaction to the individual, a fit between personal needs and what the environment offers...and a certain acceptance of what cannot be changed“. In der empirischen Forschung finden sich allerdings widersprüchliche Umsetzungen des Konstruktes insofern, als hier erstens sowohl Versionen existieren, die die affektive, als auch solche, die die kognitive Dimension erfassen, und zweitens sowohl Arbeiten vorliegen, die Morale als stabiles Persönlichkeitsmerkmal verstehen, als auch solche, die sie als kurzfristigen emotionalen Zustand konzipieren. Wie gegen die zuvor vorgestellten Konstrukte so lassen sich auch gegen diese mehrdimensionale Konzeptualisierung pragmatische und theoretische Einwände vortragen. So spricht manches dafür, das, was Lawton (1972) als „positive self regard“, „struggle for mastery“ und „acceptance of reality“ als Teildimensionen unterschieden hat, als eigenständige Konstrukte anzusehen, z.B. als Selbstwert, als Kontrollorientierung etc. Im übrigen bleibt unklar, ob der „fit between personal needs and what the environment offers“ oder „what cannot be changed“ aus der Sicht der Probanden oder „objektiv“ festgestellt werden sollte.

### 2.1.4 *Lebensqualität*

„Lebensqualität“ schließlich ist jenes Konstrukt, das in den letzten Jahren bzw. drei Jahrzehnten eine ungeheure Konjunktur erlebt hat (vgl. Ruta/Garratt 1994: 138), aber dennoch bereitet es - zumindest in seinen besonders weiten Konzeptualisierungen erhebliche Probleme. Wenn z.B. Aaronson (1988) und Bullinger (1990) konstatieren, daß nach allgemeinem Konsens zur Erhebung von Lebensqualität mindestens vier Dimensionen berücksichtigt werden müssen, nämlich die „körper-

liche Verfassung“ (und zwar sowohl subjektiv als auch objektiv gemessen), „psychisches Wohlbefinden“ (s.o.), „soziale Beziehungen“ (auch diese objektiv und in ihrem subjektivem Erleben) und „functional capacities“ (verstanden als Fähigkeit, mit dem Alltag zurechtzukommen), so werden die Probleme sofort sichtbar. Zum einen werden mit diesen Dimensionen Konzeptualisierungen angesprochen, deren theoretische Schwächen weiter oben schon dargelegt wurden, zum anderen wird durch die Agglomeration von unklaren Größen keine größere Klarheit erreicht, sondern eher das Gegenteil. Dieser Sachverhalt läßt sich an der die verschiedenen Konzeptualisierungen detailliert und kenntnisreich diskutierenden Untersuchung von Rupprecht (1993) dokumentieren, wenn dieser ausführt: „Lebensqualität ist ein übergeordnetes, theoretisches Konstrukt. Es umfaßt sowohl objektive Lebensbedingungen als auch die subjektiven Bewertungen dieser Bedingungen. Lebensqualität bezieht sich auf einen längerfristigen Zeitraum. Erfahrungen aus dem ganzen bisherigen Leben können mit einbezogen werden. Neben den kognitiven Bewertungen spielen auch emotionale, affektive Komponenten eine Rolle“ (Rupprecht 1993: 30). Auch hier wird nicht genau deutlich, ob sich aus den verschiedenen Dimensionen so etwas wie ein Gesamtwert der Lebensqualität bestimmen läßt oder ob es bei der getrennten Betrachtung verschiedener Teildimensionen bleiben soll. Wie interpretiert man aber Fälle von objektiv sehr schlechter Lebensqualität und subjektiv sehr positiver Bewertung und vice versa? Ferner werden anscheinend definitorische Festlegungen mit kausalen Erklärungen verknüpft, denn mit Sicherheit resultiert eine spezifische subjektive Bewertung der Lebensqualität aus den lebenslangen Erfahrungen, aber es dürfte keinen Sinn machen, gegenwärtige und frühere Lebensqualitäten empirisch miteinander verrechnen zu wollen, um die „wahre“ Lebensqualität zu bestimmen.

Hier stellt sich also die Frage, ob man nicht gut daran tut, sich auf die möglichst genaue empirische Erfassung klar gegeneinander abgrenzbarer Konstrukte zu beschränken und diese auch bei der Gesamtevaluation der „Lebensqualität“ der Probanden getrennt zu betrachten. Zunächst scheint es sich anzubieten, das weniger anspruchsvolle Konzept der Lebenszufriedenheit in das Zentrum der Betrachtung zu rücken.

### *2.1.5 Lebenszufriedenheit*

Auch hier erweist sich die Forschungstradition allerdings als heikel, denn die ersten Arbeiten zur Lebenszufriedenheit (Neugarten et al. 1961, Neugarten/ Havighurst 1969) haben gleich wiederum eine sehr umfassende Konzeptualisierung gewählt, indem sie fünf zentrale Dimensionen einbezogen haben, nämlich Lebensfreude versus Apathie, Entschlossenheit und Lebensmut versus Resignation, positives Selbstbild, optimistische Stimmungslage und Kongruenz zwischen erstrebten und erreichten Zielen. In den Vordergrund wird theoretisch die letzte Dimension gerückt und damit insbesondere auf kognitive Prozesse abgestellt. George und Beaton (1980: 38) fassen diese Tradition, die in den Arbeiten einer Vielzahl von Autoren ihren Niederschlag gefunden hat, wie folgt zusammen: „Life satisfaction refers to an assessment of the overall conditions of existence as derived from a compari-

son of one's aspirations to one's actual achievements (...). A report of life satisfaction is essentially a cognitive assessment of one's progress toward desired goals (...). Further, in that 'life as a whole' or 'life in general' is the referent, a long-range time perspective (...) and non-specific life conditions (...) are implied". Nach unseren bisherigen Ausführungen dürfte klar sein, worin unsere Einwände insbesondere gegen die frühe Konzeptualisierung von Neugarten et al. liegen, nämlich starke inhaltliche Überschneidung mit spezifischen Persönlichkeitsfaktoren und einseitige Fokussierung auf die „Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt“. In bezug auf den ersten Punkt wäre ergänzend festzustellen, daß bei einer Konzeptualisierung der Lebenszufriedenheit als relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal dieses Konstrukt als Evaluationsmaßstab für Interventionseffekte praktisch ausfällt, zumindest wenn man an kurz- und mittelfristige Entwicklungen denkt. In bezug auf den zweiten Punkt gilt ein ähnliches Argument: Interventionen, die mit Veränderungen in spezifischen Lebensbereichen verbunden sind, dürften zunächst einmal - wenn überhaupt- mit Veränderungen der Zufriedenheit mit spezifischen Teilbereichen des Lebens einhergehen, sich vielleicht aber nicht bzw. zunächst nicht in einer Änderung der generellen Lebenszufriedenheit äußern. Die Erfassung der generellen Lebenszufriedenheit würde daher u.U. durchaus gegebene Veränderungen übersehen bzw. unterschätzen, zudem hätte sie den Mangel, nicht angeben zu können, in bezug auf welche Unterdimensionen sich gegebene Veränderungen beziehen.

### **3. Das Lebensqualitätsmodell von Campbell et al. (1976)**

Dieses Konzept wird zwar als Lebensqualitätsmodell bezeichnet, Campbell et al. operationalisieren Lebensqualität jedoch über Lebenszufriedenheit, worunter die „subjektive Bewertung der objektiven Lebenssituation anhand individueller Bewertungsmaßstäbe“ (Campbell, zitiert nach Rupprecht 1993: 61) verstanden wird. Die objektiven Lebensumstände werden explizit nicht in die Betrachtung einbezogen, da sich ihrer Auffassung nach objektive und subjektiv wahrgenommene Lebenssituation stark unterscheiden können. Eine weitere Grundmaxime ihres Ansatzes besagt, daß sich die Lebenszufriedenheit aus mehreren „Bereichszufriedenheiten“ sowie affektiven Komponenten zusammensetzt. Die Zufriedenheit mit einem Lebensbereich ist dabei abhängig von der Bewertung verschiedener Bestandteile des Lebensbereichs. So ist die Zufriedenheit mit der Domäne Arbeit abhängig von der Bewertung des Verhältnisses zu den Arbeitskollegen, zu den Vorgesetzten, dem Verdienst, dem Arbeitsinhalt usw. Dabei ist - annahmegemäß - weniger entscheidend, wie sich die faktischen Gegebenheiten darstellen. Wichtiger ist die Bedeutungsbeimessung des Attributs, die sich wieder bestimmt durch das individuelle Anspruchsniveau, das Erwartungsniveau, Gerechtigkeitsstandards, Referenzgruppenbezüge sowie persönliche Bedürfnisse und persönliche Werte (Campbell et al. 1976: 14). Die einzelnen Bewertungsprozesse werden intrapsychisch miteinander in Beziehung gesetzt, gewichtet und in einer Synthese zusammengefaßt, die die Beurteilung des Gesamtbereichs darstellt.



Als relevante Bereiche werden angesehen: Gesundheit, Heirat, Familienleben, Regierung, Freunde, Wohnen, Arbeit, Gemeinschaft, religiöse Bindung, Nicht-Arbeitsaktivitäten, finanzielle Situation und Lebensorganisation („organisations“). Die Maßzahl für Lebensqualität ergibt sich neben den Einzelwerten der Lebensbereiche zusätzlich aus einer Frage zur globalen Zufriedenheit und einem „index of general affect“. Damit geht neben den eher kognitiv ausgerichteten Bewertungen der Lebensbereiche auch ein affektives Moment in die Bewertung ein. Auch wenn die Autoren die geringe Bedeutung objektiver Lebensumstände hervorheben, so zeigt das vorgestellte Schaubild die objektiven Bestandteile eines Lebensbereichs als Basis oder Ausgangspunkt des Bewertungsprozesses. Der erste Filterprozess setzt bei der Wahrnehmung ein, wodurch die Attribute eine erste individuen-spezifische Ausformung erhalten. In einem zweiten Schritt werden die wahrgenommenen Attribute unter dem Einfluß von persönlichen Neigungen, Erwartungen und Vergleichsprozessen bewertet. Daraus resultiert die bereichsspezifische Zufriedenheit.

Für den hier zu untersuchenden Gegenstand erweist sich Campbells Ansatz in seinen wesentlichen Teilen als geeignet, auch wenn bei manchen Konzeptbestandteilen Kritik zu üben ist. So ist nicht einzusehen, warum die Autoren die Angabe zur allgemeinen Lebenszufriedenheit mit den Antworten der Einzelbereichszufriedenheiten zusammenfassen, um eine Gesamtlebenszufriedenheit zu ermitteln. Folgt man Campbells Argumentation, daß sich die Gesamtlebenszufriedenheit aus der Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen zusammensetzt, so erübrigt sich der Einbezug des Items zur allgemeinen Lebenszufriedenheit bei der Bildung der Gesamtlebenszufriedenheit auf dem Wege der Addition der Bereichszufriedenheitsangaben. Gehen Campbell et al. (1976) jedoch davon aus, daß wesentliche Komponenten der Gesamtlebenszufriedenheit nicht über die Einzelbereiche in Erfahrung zu bringen sind, gerät ihr Modell ins Wanken, und es stellt sich die Frage, welche Aspekte es sein mögen, die nur bei der Frage nach der generellen Lebenszufriedenheit aktualisiert werden. Wenn diese Aspekte nicht spezifiziert werden können, wäre es möglicherweise ratsam, es bei der definitiven Übereinkunft zu belassen, daß sich die allgemeine Zufriedenheit aus den Bereichszufriedenheiten ermitteln läßt.

In die gleiche Richtung zielt der Einwand, daß eine zusätzlich eingefügte affektive Komponente eine weitere Dimension in den Kennwert einbringt, die ihn schwer interpretierbar werden läßt und damit keinen Erkenntnisgewinn mit sich bringt. Zur Berücksichtigung der affektiven Komponenten wäre es u.E. daher sinnvoller, sich eines separaten Konzeptes zu bedienen, das z.B. mit Bradburns Konstrukt Happiness (1969) bereits verfügbar ist, um so die Überfrachtung eines originär kognitiven Lebenszufriedenheits-Kennwerts mit schwer abgrenzbaren affektiven Anteilen zu vermeiden.

Ein weiterer Einwand gegen Campbells Modell richtet sich gegen die strikte Abkehr und völlige Vernachlässigung von objektiven Gegebenheiten, die sich - auch bei Zugrundelegung des konzipierten Modells - nicht halten läßt. Wenn individuelle Wahrnehmung und subjektive Bewertung auch unbestritten Filterfunktion besitzen, so sind die faktischen Gegebenheiten doch Ausgangsgrößen für Wahrnehmung und Bewertung. Auch moderierende Faktoren, wie Erwartungen, Nei-

gungen und Bedürfnisse, bilden sich nicht unabhängig, sondern im Wechselspiel von individuellen Wahrnehmungs- und Bewertungsmustern und den tatsächlichen physischen und sozialen Lebensbedingungen. Eine weitere Schwäche dieses, wie auch der meisten anderen Lebensqualitätskonzepte, sind mangelnde Präzisierungen und Operationalisierungen. So erwähnen Campbell et al. (1976) wohl die moderierenden Variablen, bleiben dabei jedoch sehr vage in bezug auf die Frage, welche Faktoren dies im einzelnen sind, und können demzufolge keine Hinweise auf Möglichkeiten der Operationalisierung geben.

Alle diese Argumente sprachen unseres Erachtens dafür, sich zunächst einmal differenziert mit der Untersuchung der Zufriedenheit der Probanden mit spezifischen Lebenssphären zu befassen und allenfalls zusätzlich die generelle Lebenszufriedenheit auf der Basis einer eng gefaßten Konzeptualisierung einzubeziehen, andere relevante Dimensionen, die mit der Lebensqualität in Zusammenhang gebracht werden, jedoch getrennt davon zu erheben und zu betrachten.

### ***3.1 Theoretische Überlegungen***

Im ersten Teil unseres Berichtes hatten wir dargelegt, über welche Mechanismen der Hospitalisierungsprozeß bzw. die immer wieder neue und längerfristige Hospitalisierung chronisch psychisch kranker Menschen und die Form ihres Lebens in einer „totalen Institution“ zu einer spezifischen „institutionellen Zurichtung“ führen, die - bei aller Variation im Einzelfall - letztlich zu einer gewissen Homogenisierung der Insassen in verschiedenen Hinsichten beitragen. Die institutionellen, organisatorischen und alltagspraktischen Routinen in einer Klinik und die spezifischen Umgangsformen mit den Patienten sowie das Zusammenleben zwischen den Patienten führen zu einer Lebensform, die in bezug auf die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit, Finanzen, Freizeit, Geselligkeit etc. für die Mehrheit der Insassen ähnlich ist, sich aber von der Außenwelt deutlich unterscheidet. Die Patienten haben sich in einem sicher häufig sehr schmerzlichen Prozeß darauf einzustellen gelernt, daß sich ihre Perspektiven in bezug auf alle diese Bereiche von denen der Außenwelt und von dem, was sie sich selbst einmal vorgestellt haben, deutlich und negativ unterscheiden.

Bei näherer Betrachtung sprechen theoretische Überlegungen dafür, daß es um die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Leben insgesamt und mit spezifischen Teilbereichen des Lebens nicht so schlecht bestellt ist, wie der naive Betrachter vielleicht vermuten könnte. Dieser Umstand könnte gegebenenfalls bewirken, daß anscheinend objektiv positive Veränderungen in den Lebensumständen der Patienten nicht - wie erwartet - dazu führen, daß die Lebenszufriedenheit der Patienten bzw. Ex-Patienten nennenswert zunimmt, wenn überhaupt. Um diese Überlegungen zu konkreten Hypothesen umzumünzen, bedarf es einiger genereller theoretischer Betrachtungen, die im folgenden skizzenhaft vorgestellt seien.

### *3.1.1 Allgemeine Überlegungen zu Determinanten von Zufriedenheit*

Einer der wesentlichen Gründe für diese dem Laienverständnis vielleicht kaum nachvollziehbare relative Zufriedenheit dürfte darin bestehen, daß Individuen ihre Ziele bzw. ihre Aspirationen, aber auch ihre konkreten Erwartungen und ihre konkrete Befindlichkeit nicht idiosynkratisch bzw. individualistisch ausbilden, sondern dies in der Regel innerhalb eines gesellschaftlichen Bezugssystems geschieht, für das sog. „Bezugsgruppen“ von entscheidender Bedeutung sind. Dabei handelt es sich um tatsächliche oder vorgestellte Gruppen bzw. bestimmte Personen, die stellvertretend für bestimmte Kategorien von Individuen stehen, mit denen sich das Individuum aus bestimmten Gründen identifiziert bzw. an denen es sich orientiert. Dabei muß es sich keineswegs immer um sog. „Mitgliedschaftsgruppen“ handeln, also um solche Gruppen oder Kategorien von Personen, denen das Individuum zugehört, sondern es kann sich durchaus um Gruppen handeln, zu denen die Mitgliedschaft erst noch angestrebt und u.U. erst nach einem sehr langen Prozeß des Bemühens und Strebens erworben wird, die allerdings schon weit im voraus Wert- und Verhaltensstandards vorgeben („antizipatorische Sozialisation“; vgl. Merton 1957: 265-268, bzw. 1995: 254-259). Neben der normativen Funktion von Bezugsgruppen kommt der Funktion des sozialen Vergleichs eine herausragende Bedeutung zu.

Die theoretische Fruchtbarkeit dieser sog. Bezugsgruppentheorie, die für alle möglichen Fragestellungen sozialen Handelns herangezogen worden ist (vgl. allein die Beiträge in Hyman/Singer 1968), ist ganz unbestritten. Die Brauchbarkeit dieser Theorie leidet jedoch darunter, daß sie nie ganz konsequent eine Antwort auf die Frage zu geben vermocht hat, welche Individuen unter welchen Bedingungen welche Bezugsgruppen für welche Vergleiche heranziehen werden. Die sog. „Theorie der sozialen Vergleichsprozesse“ (vgl. z.B. Festinger 1954, 1957), die sich ansonsten recht gut empirisch bewährt hat, ist zu allgemein formuliert, um unmittelbar theoretische Ableitungen für unsere Fragestellung zu erlauben.

Wir wollen durch einige Überlegungen mit Gedanken aus verschiedenen Theorietraditionen illustrieren, daß die Ableitung ganz zwingender Hypothesen über die Dynamik der Entwicklung der Lebenszufriedenheit im Zuge der Enthospitalisierung nur schwer gelingen kann; andererseits lassen sich durchaus gewisse Vermutungen über den Verlauf der Entwicklung von Zufriedenheit/Unzufriedenheit im Zuge der Hospitalisierung/Enthospitalisierung theoretisch plausibilisieren. Wir beginnen mit einer Analyse des erwartbaren Zufriedenheitsniveaus für die Zeit vor Beginn bzw. zu Beginn der Enthospitalisierung.

### *3.1.2 Das erwartete Zufriedenheitsniveau vor der Enthospitalisierung*

Aus der Diskussion um die theoretischen Grundlagen der Anomietheorie und ihre allenfalls bescheidende empirische Bewährung hat sich bspw. die Sinnfälligkeit, ja die Notwendigkeit ergeben, zwischen Aspirationen und konkreten Erwartungen zu unterscheiden und nicht zu unterstellen, daß sich aus der Diskrepanz zwischen Aspirationen und gegebener konkreter Situation ohne weiteres ein solches Ausmaß an Unzufriedenheit ergibt, daß es als Spannung (strain) erlebt wird, die sich in Frust-

ration und u.U. in abweichendem Verhalten äußert. Vielmehr muß man davon ausgehen, daß sich neben den Aspirationen, also den Wunschvorstellungen über etwas zu Erreichendes, durch alltägliche Erfahrungen und durch kollektiv entwickelte Situationsdefinitionen und die sich darin ausdrückenden Restriktionen an der Realität orientierte Erwartungen über das Erreichbare einstellen, die letztlich für die Frage der Zufriedenheit bzw. des Grades der Unzufriedenheit mit den gegebenen Lebensbedingungen bzw. mit dem Leben insgesamt entscheidend sind (vgl. Bohle 1975: 124-125; vgl. Agnew 1992, Agnew/White 1992, Albrecht 1994, Ginsberg 1984). Vorstellbar wäre, daß dann, wenn selbst sicher Erwartetes nicht eintritt, das heißt etwas, womit man fest gerechnet hat, u.U. Anomie bzw. Anomia die Folge sein kann, während beim Ausbleiben von Erwünschtem, konkret Angestrebtem, das nicht unbedingt als erreichbar gegolten hatte, andere psychische Reaktionen (wie z.B. Unzufriedenheit) auftreten. Die Art bzw. die Intensität dieser Reaktionen ergibt sich aus dem Vergleich von Erwartungen und eingetretenen Entwicklungen. Die Erwartungen sind unter Umständen zu differenzieren unter dem Gesichtspunkt, wie sicher man sich der Zielerreichung sein zu dürfen glaubt(a), bzw. danach, wie hoch das erwartete Niveau der Zielerreichung liegt (b).

Für die Herausbildung der Erwartungen sind wiederum die oben genannten Bezugsgruppen relevant. Manches spricht dafür, daß für den Prozeß der Erwartungsbildung die Mitgliedschaftsgruppen an Relevanz gewinnen, da dieser an die Verarbeitung von Lebenserfahrungen gebunden ist, die kollektiv erlebt werden. Dies gilt sicher besonders entschieden für den Fall, daß über längere Zeit alle Lebensräume mit gleichartig Betroffenen geteilt werden, wie dies z.B. für hospitalisierte Patienten der Fall ist. Eine weitere Komplikation resultiert daraus, daß auch das Ausmaß, in dem Diskrepanzen zwischen Erwartungen und faktischen Gegebenheiten bzw. Entwicklungen hingenommen werden, ohne Frustration oder Enttäuschung auszulösen, nicht individuell konstant ist, sondern einem sozialen Lernprozeß unterliegt, der in seinem Verlauf von der Lebenslage der Betroffenen abhängt. So ließ sich in der Ungleichheitsforschung bzw. der Armutforschung zeigen, daß es so etwas gibt wie den „lower class value stretch“, d.h. eine durch kollektive Erfahrungen erhöhte Toleranz gegenüber Erwartungsenttäuschungen bzw. gegenüber der Größe der Diskrepanz zwischen Erwartungen und Realität (vgl. z.B. Rodman 1963/64, Bohle 1975).

Für die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen kann unterstellt werden, daß nicht nur die eigene Gruppe - bzw. genauer: die Mitgliedschaftsgruppe - als Referenzgruppe fungiert, sondern über eine Identifikation mit „Signifikanten Anderen“, die durch den Sozialisationsprozeß systematisch gefördert wird und die durch reale oder symbolische Interaktion mit diesen „Signifikanten Anderen“ problemlos erfolgen kann, vor allem Nicht-Mitgliedschaftsgruppen, wenn nicht sogar bestimmte idealisierte Personen als Referenzkategorie herangezogen werden.

Für Erwachsene und insbesondere für solche Erwachsene, die durch einen jahrzehntelangen krankheitsbedingten bzw. durch langfristige Hospitalisierungserfahrungen geprägten Prozeß insofern in gewisser Weise sozial desintegriert sind, als

ihre sozialen Kontakte und ihre Aktionsräume nahezu ausschließlich auf die Welt des Hospitals beschränkt worden sind, muß man dagegen davon ausgehen, daß das Spektrum der relevanten Referenzgruppen stark zusammengeschmolzen ist- mit bedeutsamen Folgen für ihre Lebenszufriedenheit.

Auf Dauer stationär untergebrachte Personen passen entsprechend den im Zuge längerfristiger Hospitalisierung mehr oder weniger allein zur Verfügung stehenden Referenzgruppen (insbesondere Mitpatienten, unter Umständen auch in bezug auf bestimmte Aspekte Mitarbeiter) ihre Aspirationen, ihre Bedürfnisse und ihre Erwartungen langfristig den gegebenen Bedingungen an, begrenzen ihre Ansprüche auf die Befriedigung elementarer Bedürfnisse und empfinden daher selbst in der objektiv gesehen wenig erfreulichen Lebenslage eines chronisch kranken Dauerhospitalisierten eine auf den ersten Blick erstaunliche Zufriedenheit, die als „resignative Zufriedenheit“ bezeichnet werden kann.

Auch wenn die subjektive Verfügbarkeit anderer potentieller Referenzgruppen gegeben wäre, dürfte man erwarten, daß eine Reihe von Mechanismen bewirkt, daß die objektiv wenig erfreuliche Lebenslage nicht zu einer globalen Unzufriedenheit der Patienten führt.

Erstens darf man annehmen, daß Individuen in der Regel eine deutliche Tendenz zeigen, solche Gruppen als Vergleichsgruppen heranzuziehen, die geeignet sind, zu einem positiven Vergleichsergebnis zu führen. Diese Tendenz ließe sich wiederum erklären als Ausdruck einer unterstellten mehr oder weniger universellen Tendenz zur Verteidigung des Selbstwertes oder als Auswirkung des Bestrebens zur Vermeidung kognitiver Dissonanz (vgl. Festinger 1957 bzw. zur Theorie der Vergleichsprozesse 1954). Allerdings ist die Anwendbarkeit beider Erklärungsansätze auf unsere Population fraglich. Zum einen gibt es durchaus Hinweise, daß bestimmte psychische Erkrankungen (z.B. bestimmte Formen der Depression) daraus resultieren könnten, daß Individuen nicht hinreichend in der Lage sind, selbstwertdienliche realitätsverzerrende Wahrnehmungen zu praktizieren (vgl. Taylor/Brown 1988), und damit wäre die obige Deutung für einen Teil der Probanden nicht haltbar. Zum anderen unterstellt die These der universellen Tendenz zur Wahl einer zu einem positiven Ergebnis führenden Vergleichsgruppe zur Befriedigung von Konsistenzbedürfnissen, daß die entsprechenden Probanden eine positive Selbstwahrnehmung bzw. Situationsdefinition haben, die es zu verteidigen gilt. Auch dies eine nicht ganz überzeugende Annahme.

Zweitens kann man annehmen, daß die Bewertung der eigenen Lebenssituation und die sich daraus ergebende Lebenszufriedenheit nicht isoliert von anderen Aspekten im Vergleich mit den sog. Referenzgruppen erfolgt, sondern daß auch in diesem Falle Gesichtspunkte der „distributiven Gerechtigkeit“ (Equity) zum Tragen kommen (vgl. z.B. Walster/Berscheid/Walster 1973, Walster/Walster/ Berscheid 1978). Das heißt, daß die Individuen nicht nur die Qualität ihrer Lebenslage im Blick haben, sondern daß sie die verschiedenen Dimensionen ihrer Lebenssituation in Beziehung setzen zu der anderer Personen oder Gruppen - aber unter Berücksichtigung der Leistungen bzw. Investitionen, die sie selbst bzw. die zum Vergleich herangezogenen anderen erbracht haben, um in die jetzige Situation zu gera-

ten. Bei einem Vergleich der finanziellen Lage mit einer eindeutig besser gestellten Gruppe kann relative Zufriedenheit demnach auch daraus resultieren, daß man die deutlich geringeren Arbeitsleistungen in Rechnung stellt, die man selbst erbringt bzw. erbracht hat.

Drittens schließlich kann man den Einwand, langfristig hospitalisierte Patienten könnten durch dieses Prinzip der distributiven Gerechtigkeit nicht zu einer relativen Zufriedenheit kommen, weil sie die Ursache ihrer begrenzten beruflichen Tüchtigkeit sich nicht persönlich attribuieren, sondern als Resultat einer ungerechten Verteilung von Lebenschancen deuten werden, mit dem Argument des universalen „Glaubens an die gerechte Welt“ (vgl. Lerner 1970, 1980) kontern. Diese Theorie besagt, daß den Menschen eine durchgehende Tendenz eigen ist davon auszugehen, daß die Welt im Grunde durchgehend gerecht ist; d.h., daß - trotz im Einzelfall schwer erträglicher Schicksalsschläge - doch jeder im Grunde das erhält, was er verdient. Dieses Prinzip, das im übrigen teilweise sehr fatale Folgen haben kann (Stigmatisierung der Opfer von Unglück, Verbrechen, Wirtschaftskrisen etc.), hat die positive Auswirkung der Reduktion von Lebensangst und der immer neuen Bereitschaft zur Anstrengung auch in sehr schwierigen und vielleicht sogar aussichtslosen Situationen, aber u.U. eben auch die Folge des resignativen Sicheinrichtens in einer Deprivationssituation, die man als selbstverschuldet ansieht. Zur Vermeidung der potentiell negativen Gefühle in der Folge einer solchen Schuld attribution wird die Lebenslage als relativ zufriedenstellend wahrgenommen - natürlich ohne daß sich der Akteur der Hintergründe dieser Wahrnehmung bewußt ist. Alle diese Überlegungen sprechen für die den Laienvorstellungen deutlich widersprechende Hypothese:

*Hypothese 1: Langzeituntergebrachte psychisch Kranke empfinden überwiegend Zufriedenheit mit ihrem Leben.*

Das gilt sowohl für die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt als auch für die einzelnen Teilbereiche. Man darf angesichts der Unterstellung eines über lange Zeit verlaufenen Sozialisationsprozesses in Richtung auf resignative Zufriedenheit annehmen, daß das Ausmaß und die Dauer der Hospitalisierung vermutlich positiv mit der Höhe der Zufriedenheit korrelieren. Angesichts der häufig gefundenen höheren Erwartungen und Ansprüche von Frauen in Richtung auf soziale Beziehungen und höhere Wohnqualität könnte man eine niedrigere Zufriedenheit von Frauen erwarten. In bezug auf die psychiatrische Diagnose bzw. Psychopathologie kann man vermuten, daß Probanden mit Intelligenzdefiziten höhere Zufriedenheitswerte aufweisen als solche Probanden, bei denen psychotische Störungen im Vordergrund stehen, da erstere die „Realität“ wahrscheinlich ohnehin nicht so exakt wahrnehmen. Allerdings sind die hier genannten Hypothesenergänzungen eher vage Vermutungen als stringente Ableitungen.

### 3.1.3 Erwartbare Entwicklungen in bezug auf die Zufriedenheit während der ersten Phasen der Enthospitalisierung

Die bisherigen Überlegungen machen deutlich, daß sich die Lebenszufriedenheit eines Menschen sehr dynamisch verändern dürfte, wenn durch Veränderungen der Lebenssituation (a) das Spektrum von subjektiv verfügbaren bzw. relevanten Bezugsgruppen modifiziert wird, (b) ehemalige eigene Aspirationen und Erwartungen durch Wiederanknüpfung an die eigene Biographie vor der Hospitalisierung im Zuge der Normalisierung der Lebensbedingungen zumindest teilweise wiederbelebt werden, (c) durch Orientierung an veränderten eigenen Leistungen und/oder in der Zwischenzeit selbst getätigten „Investitionen“, d.h. nach vielleicht schweren inneren Kämpfen unternommenen Schritten in Richtung auf größere Selbständigkeit, die Maßstäbe für die Beurteilung der „distributiven Gerechtigkeit“ verschoben werden und (d) durch Reduktion der Aussichtslosigkeit der eigenen Lebensperspektiven der „Zwang“ zur Deutung gegebener Bedingungen als „gerecht“ zumindest teilweise fortfällt bzw. abgeschwächt wird. Die Aussichtslosigkeit der Lebensperspektive wird abgelöst (e) durch eine Bedrohung der Lebensperspektive, da angekündigte Umstrukturierungsmaßnahmen in der Einrichtung und Auflösung von Häusern Zukunftsängste und Irritationen auslösen. In Verbindung mit dem Gefühl, um die zugesagte „Beheimatung“ in der Anstalt betrogen worden zu sein, ergibt sich bei den Bewohnern daraus zunächst ein (massiver) Rückgang an Zufriedenheit.

Aus diesen theoretischen Überlegungen resultiert die Erwartung einer zumindest vorübergehenden Unzufriedenheit bei Einführung des Enthospitalisierungsprogramms: Enthospitalisierungsmaßnahmen bewirken eine Erweiterung der Handlungsspielräume und der Erfahrungshorizonte und damit eine Diversifizierung in Richtung anstaltsexterner Referenzgruppen (a), erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Sicherinnerns bzw. des Anknüpfens an prämorbidene Lebensperspektiven (b), verlangen den Patienten bzw. Ex-Patienten zumindest gewisse Schritte in Richtung Veränderung ab, und die ersten positiven Veränderungen reduzieren die sonst zum Selbstschutz errichtete Tendenz, die Welt im Grunde für gerecht zu halten. Dies alles sind Prozesse, die die bisherige relative Zufriedenheit kurzfristig in eine tendenzielle Unzufriedenheit umschlagen lassen, da die in der Regel schrittweise und behutsam erfolgenden Änderungen der objektiven Bedingungen nicht ausreichen, um die Effekte der so angehobenen Vergleichsmaßstäbe auszugleichen. Wir formulieren daher als weitere Hypothese:

*Hypothese 2: Bei Veränderung der Lebensumstände durch Enthospitalisierung nehmen Langzeitpatienten zunächst - zumindest in bestimmten, elementaren Lebensbereichen - mehr Unzufriedenheit wahr.*

Aufgrund theoretischer Überlegungen läßt sich erwarten, daß sich diese neue Unzufriedenheit besonders deutlich bzw. zuerst in jenen Bedürfnisbereichen zeigt, die sich durch besonders große Differenzen zum „normalen“ bürgerlichen Leben auszeichnen, also z.B. im Bereich der finanziellen Ausstattung/Entlohnung und im Arbeitsbereich.

Es bestehen ferner begründete Vermutungen, daß diese Veränderungen im Ausmaß der Zufriedenheit nach Geschlecht, Hospitalisierungsverlauf, Psychopathologie, Persönlichkeitsmerkmalen und nach dem Ausmaß der Selbstständigkeitsanforderungen in dem sich verändernden Kontext variieren, so daß diese Variablen in explorativer Weise in die Untersuchungen einzubeziehen sind.

Da der Prozeß der Enthospitalisierung auch schon in jenen Phasen, in denen es sich eher um anstaltsinterne Veränderungen und Überlegungen handelt, mit neuen Kontaktmustern und veränderten Aktionsräumen und Handlungspotentialen verknüpft ist, ergibt sich die Schlußfolgerung, daß (a) eine Veränderung der Hierarchie der Wichtigkeiten verschiedener Lebensbereiche und (b) ein Wechsel der Referenzgruppen erwartet werden muß. Daraus ergeben sich die beiden folgenden Hypothesen:

*Hypothese 3: Im Zuge der Veränderungen in den ersten Phasen der Enthospitalisierung und des Wechsels der Bezugsgruppen verändern sich auch die relativen Wichtigkeiten der einzelnen Lebensbereiche für die Zufriedenheit insgesamt.*

*Hypothese 4: Aufgrund der vorgestellten theoretischen Überlegungen steht zu erwarten, daß schon im Verlauf der ersten Phasen des Enthospitalisierungsprozesses Wechsel in der Bedeutsamkeit der Referenzgruppen stattfinden.*

#### *3.1.4 Erwartete längerfristige Entwicklung der Zufriedenheit im weiteren Verlauf der Enthospitalisierung*

Langfristig führen die zunächst von Patienten wahrgenommene Bedrohung der gegebenen Situation, die ein gewisses Maß an Sicherheit geboten hatte, und die durch kleine positive Veränderungen zumindest in bestimmten elementaren Lebensbereichen hervorgerufene relative Unzufriedenheit im Falle des *positiven* Verlaufs des Enthospitalisierungsprozesses zu einer verstärkten Re-Aktivierung der „verschütteten“ Handlungspotentiale des Patienten und in Verbindung mit flankierender professioneller Unterstützung zu einer langsamen weiteren Verbesserung der objektiven Lebensbedingungen in Richtung auf eine Normalisierung. Daraus resultiert eine Anhebung der Lebenszufriedenheit, die allerdings domänenspezifisch recht unterschiedlich ausfallen kann. Dies ergibt sich daraus, daß die tatsächliche Verbesserung der Lebenslage im Sinne der tendenziellen Angleichung der individuellen Situation an die nicht-psychiatrisierter Referenzgruppen nun so weit fortschreitet, daß die frühere „Explosion der Aspirationen und Erwartungen“ durch die positiven Veränderungen tendenziell eingelöst wird (a), und zum anderen daraus, daß (b) die (realistische) Neuorientierung bzw. auch die Re-Adaptierung der Bedürfnisse an den/die objektiven Gegebenheiten, die durch Auseinandersetzung mit der neuen sozialen Umwelt forciert werden, zu einer Schließung der in der vorherigen Phase entstandenen Lücke zwischen Aspirationen und Erwartungen auf der



einen Seite und tatsächlichen Gegebenheiten auf der anderen Seite führen. Dadurch entsteht eine relativ stabile Zufriedenheit auf höherem Niveau der objektiven Lebensbedingungen - zumindest in einigen Teilbereichen. Wir formulieren daher unsere letzte Hypothese:

*Hypothese 5: Enthospitalisierung führt im Falle des positiv verlaufenden Enthospitalisierungsprozesses langfristig bei den betroffenen Langzeitpatienten zu Zufriedenheit auf höherem Niveau der „objektiven Lebensbedingungen“ - bei unter Umständen differenter Entwicklung in verschiedenen Lebensbereichen.*

Dabei muß jedoch die Möglichkeit bedacht werden, daß das Zufriedenheitsprofil - verglichen mit der früheren Ausprägung - sehr viel deutlichere Konturen aufweist, z.B. dahingehend, daß eine relative Unzufriedenheit mit materiellen und arbeitsbezogenen Aspekten einhergeht mit einer begrenzten Erhöhung der Zufriedenheit im Bereich der Gesundheit und einer deutlichen Steigerung in den Bereichen der Häufigkeit der sozialen Kontakte und der Weite des Spektrums der Kontaktpersonen, der Freizeit, der Freizügigkeit etc.

Bei den obigen Ausführungen handelt es sich um einen theoretischen Vorgriff auf die weiteren Erhebungswellen, die den Enthospitalisierungsprozeß in einem späteren Stadium erfassen werden. Zum jetzigen Zeitpunkt, bei dem die Enthospitalisierungsbemühungen für viele Bewohner noch am Anfang stehen, können allenfalls leichte Tendenzen beobachtbar sein.

#### **4. Methodische Probleme der empirischen Erfassung der Lebenszufriedenheit**

Das zentrale Problem für die empirische Erfassung der Lebenszufriedenheit bzw. der Lebensqualität besteht darin, daß es hierbei um sehr abstrakte und gleichzeitig für die jeweilige Person so zentrale Aspekte des Lebens und der Identität geht, daß der empirische Zugriff außerordentlich erschwert ist. Dies wird durch die Assoziation mit solchen Konzepten wie Zufriedenheit, Lebensqualität, Wohlbefinden, Glück etc. unmittelbar deutlich. Wie soll ein Befragter spontan auf die Frage nach der Bewertung eines Sachverhaltes antworten, um dessen konzeptuelle und/oder theoretische Klärung sich seit Jahrtausenden Philosophen mehr oder weniger vergeblich bemüht haben? Erscheint es nicht dringend geboten, die Frage nach der Allgemeinen Lebenszufriedenheit, von der man nicht weiß, wie der Befragte sie jeweils versteht, bzw. befürchten muß, daß er sie wegen Überforderung eher stereotyp bzw. in Orientierung an sozial erwünschten und/oder konventionellen Floskeln schematisch und damit eher nichtssagend beantwortet, durch Fragen nach der Zufriedenheit mit konkreten Lebenssphären zu ersetzen bzw. zu ergänzen? Aber: Handelt man sich damit nicht wiederum die Frage ein, was denn für die Befragten zentrale Aspekte ihres Lebens bzw. ihrer Lebenssituation sind, die man den Befragten vorgeben muß? Sind diese Aspekte nicht unter Umständen populationspezifisch, so daß man übliche Inventare nicht ohne weiteres übernehmen kann? Selbst

wenn diese Frage befriedigend beantwortet werden könnte, bliebe die Folgefrage: Wie konstruiert man aus den Antworten auf bereichsspezifische Lebenszufriedenheitsfragen ein Gesamtbild, um evaluative Fragestellungen globaler Art beantworten zu können? Kann man die jeweiligen Zufriedenheitswerte ungewichtet zu einem Gesamtwert zusammenfassen oder muß man eine Gewichtung vornehmen? Kann man für Gewichtungsprozeduren auf explizite Wichtigkeitsurteile der Probanden zurückgreifen oder muß man die Gewichte auf der Basis der Rekonstruktion von impliziten Gewichtungsprozeduren der Probanden vornehmen? Kann man für den Fall der Entscheidung für die letztere Alternative populationsspezifische Werte verwenden oder muß man auf ipsative Verfahren zurückgreifen? Fragen über Fragen, die sich theoretisch kaum entscheiden lassen. Aus diesem Grunde haben wir darauf verzichtet, vorweg zu diesen diversen methodischen Fragen einen Satz von expliziten Hypothesen zu formulieren; statt dessen soll am Anfang des empirischen Untersuchungsteils am empirischen Material selbst jeweils konkret diskutiert werden, welche Vorgehensweise u.U. erkennbare Vor- bzw. Nachteile aufweist.<sup>2</sup>

## **5. Äußere Lebensbedingungen - Einrichtung im Wandel**

Durch die Entwicklung des allgemeinen theoretischen Bezugsrahmens und durch die obigen theoretischen Erörterungen dürfte deutlich geworden sein, daß wir den Merkmalen des alltäglichen Lebenskontextes und seiner Veränderungen für den Verlauf des Enthospitalisierungsprozesses eine zentrale Bedeutung zurechnen. Aus diesem Grunde scheint es unabdingbar, diesen Kontext in aller Kürze zu skizzieren.

### **5.1 *Das Bild einer traditionellen Anstaltspsychiatrie***

Die Anstalt Eckardtsheim gehört organisatorisch zu den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel (vBAB) in Bielefeld. Hier werden somatisch Kranke, psychisch Kranke, epileptisch Kranke, geistig Behinderte und Menschen mit schweren sozialen Problemlagen versorgt.

Eckardtsheim ist ein ländlich geprägter Stadtrandbereich im Süden Bielefelds. Die Anstalt Eckardtsheim umfaßte 1990 ca. 1600 Plätzen/Betten, von denen ein Drittel zum Langzeitbereich Psychiatrie gehörte, darunter 313 Plätze im Fachbereich "Allgemeine Psychiatrie". Hier leben chronisch psychisch Kranke, die nach dem traditionellen Konzept der vBAB überregional aufgenommen worden sind, zumeist mit dem Ziel der Beheimatung in einem geschützten Rahmen, der auch durch die „Geographie der Versorgung“ zum Ausdruck gebracht wurde: Die einzelnen Häuser des Psychiatriebereichs liegen verstreut über das 670 Hektar große Gebiet der Anstalt bzw. des Gemeindeteils Eckardtsheim. "Die allermeisten Bewohner waren geschlossen untergebracht, und auch geographisch war die Isolation Gestaltungsprinzip der Anstalt. In den letzten 30 Jahren wurde eine Reihe von Ortschaftselementen entwickelt, ohne daß die isolierenden Faktoren wirklich überwunden wurden" (Arbeitsbericht vBAB 1992: 20). Als die vBAB 1985 die kli-

nisch-psychiatrische Pflichtversorgung der Stadt Bielefeld übernehmen, wurde ein Veränderungsprozeß eingeleitet, der die Teilanstalt Eckardtsheim - zunächst zögerlich - einbezog. Die Entwicklung neuer Leitideen und das Werben um ihre Akzeptanz dauerten mehrere Jahre und mündeten 1989 in einen vom Vorstand der vBAB und der Leitung der Anstalt Eckardtsheim gemeinsam gefaßten Beschluß, der folgende Entwicklungsvorgaben für die Ortschaft Eckardtsheim festlegte (Arbeitsbericht vBAB 1992: 19):

- Verringerung der Zahl der Heimplätze in Eckardtsheim durch Abbau und Auslagerung des Hilfeangebots,
- bauliche Verdichtung der Ortsmitte von Eckardtsheim durch Auffüllung der Baulücken,
- keine Neubauten in Form typischer Heime, sondern neue Häuser, die von ihrer Größe und Architektur als Wohnhäuser erkennbar sind,
- Verbesserung der Infrastruktur, z. B. durch den Neubau eines Lebensmittelgeschäfts.

Vom baulichen Konzept her gesehen lassen sich zu dieser Zeit im wesentlichen zwei Grundtypen von Einrichtungsformen unterscheiden: Der *erste Einrichtungstyp* steht in der Tradition der verwahrenden und beschützenden Großeinrichtungen, von denen vier mit einer Platzzahl zwischen 57 und 92 zum Untersuchungsbereich gehören (84% der Gesamtplatzzahl). Finanzierungsrechtlich zumeist als Sonderkrankenhäuser geführt (eine Zwischenstellung zw. Fachkrankenhaus und Heim), entspricht auch die interne Unterteilung dem klinischen Stationsmodell mit einem streng hierarchisch aufgebauten Leitungs- und Pflegesystem mit diakonisch ausgebildeten Hauseltern an der Spitze ("Familienmodell" mit Hausvater, Hausmutter und nachgeordneten Stationsleitungen). Oft liegt eine enge räumliche Beziehung zwischen den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit vor. Im Rahmen der großräumlichen Baustrukturen wurde nur wenig Rücksicht auf die Individualitäts- und Normalitätsbedürfnisse der Patienten genommen: So lebten 1990 ca. 85% der Bewohner in 2-Bett-Zimmern, verfügten eher selten über persönliche Waschmöglichkeiten und waren zur WC- und Duschbenutzung auf Gemeinschaftsanlagen ihrer Station angewiesen.

Geschlechtertrennung war selbstverständlich, und in jedem Haus gab es noch Bereiche mit geschlossener Unterbringung und individuelle therapeutische Planungen spielten eine untergeordnete Rolle.

Der *zweite Einrichtungstyp* wird durch den nach 1985 entstandenen Wohngruppenbereich bzw. die Wohngruppenverbände dargestellt, zu denen auch Einzel- und Paarwohnungen gehören (14% der Gesamtplatzzahl). Diese Angebote befinden sich in kleineren Gebäuden bzw. in Einfamilienhäusern, Etagenwohnungen und Apartments und sind damit von einer kleinräumlichen und dezentralen Gliederung geprägt. Hier sind für die Herstellung und Wahrung der Individualität und Intimität der Bewohner Möglichkeiten gegeben, wie sie auch für die Normalbevölkerung gelten.

## **5.2 Maßnahmen zur Veränderung der Versorgungsstruktur**

Die Entscheidung zur Platzreduzierung wurde in drei aufeinander abgestimmte Teilversorgungskonzepte umgemünzt, von denen eines das Enthospitalisierungsprojekt darstellt, das wir hier nur andeuten können (vgl. ausführlich Albrecht et al. 1996). Vorgesehen waren u.a. die mittelfristige Schließung von drei großen Sonderkrankenhäusern mit insg. ca. 210 Plätzen, Aufbau kleinerer Wohneinheiten innerhalb und außerhalb der Anstalt, Bereitstellung einer Sozialarbeiter- und einer Familienberaterstelle zur Förderung der Motivation zur Enthospitalisierung bei den Patienten und zur Vorbereitung der Familien auf die Enthospitalisierung. Wichtige Teilziele konnten durch Rückgriff auf die Mittel aus der sog. „Auffangkonzeption“ des Landes NRW zur Herausnahme von Sonderkrankenhausbetten aus dem Krankenhausplan seit dem Jahre 1992 erreicht werden (Umbaumaßnahmen an Häusern, Kauf und Umbau von Häusern außerhalb der Anstalt, Belegungsrechte an Häusern außerhalb der Anstalt etc.). In der Pflegekonzeption ergab sich eine Relativierung des Prinzips der „Beheimatung“ der Patienten zugunsten einer Orientierung an Vorbereitung auf Normalisierung und Steigerung des Selbständigkeitsniveaus der Patienten und Intensivierung der Angehörigen- und Familienberatung, um die Rückkehr der Patienten in die Heimat zu fördern.

Das Platzangebot im Bereich Allgemeine Psychiatrie in Eckardtsheim wird in der Zeit von 1990 bis 1996 um 47% auf 166 Plätze reduziert, 100 Plätze (32%) wurden abgebaut, 47 in andere Bereiche umgewidmet. Durch die Verbreiterung des Angebotsspektrums, insbesondere durch den auf 47% in 1996 erhöhten Anteil der dezentral strukturierten Wohnformen (Wohngruppen, Einzel- und Paarwohnungen) innerhalb und außerhalb der Ortschaft Eckardtsheim, verlor das klassische Heim- und Stationsmodell in Form der zentralen Großereinrichtungen an Bedeutung (52% in 1996). Die 1991 gegründeten Außenwohngruppen und der für 1996 geplante Wohngruppenverbund Bielefeld-Brackwede lassen den Anteil extramuraler Wohnangebote von 0% in 1990 auf 30% steigen.

## **5.3 Die Nutzung der neuen Wohn- und Lebensbedingungen**

In einem Stichtagsvergleich (zum 31.12.) der Jahre 1990 und 1995 wird deutlich, daß sich für einen Großteil der Bewohner infolge von Auszügen und Verlegungen eine Veränderung der Wohn- und Lebensbedingungen ergeben hat.

43 Bewohner (14,8%) lebten Ende 1995 außerhalb der Anstalt Eckardtsheim. Drei weitere frühere Bewohner waren in ihrer Heimatregion alters- und krankheitsbedingt verstorben, und sechs Bewohner kehrten nach ihrer Entlassung wieder nach Eckardtsheim zurück

53 Bewohner (18,3%) lebten Ende 1995 in einem Haus eines anderen Arbeitsbereiches in Eckardtsheim (Gerontopsychiatrie (33), Behindertenhilfe (8), Suchtkrankenhilfe (1)). Weitere 17 Bewohner waren nach ihrer Verlegung in einen anderen Arbeitsbereich bis Ende 1995 verstorben (Gerontopsychiatrie (16), Behindertenhilfe (1)).

74 Bewohner (25,5%) lebten zum Ende des ersten Untersuchungszeitraumes in einem anderen Haus innerhalb des Arbeitsbereichs Allgemeine Psychiatrie. Dreifünftel von ihnen waren in ein dezentrales Wohnangebot gezogen, Zweifünftel fanden Unterkunft und Betreuung im zentralen Heim- und Fachkrankenhausbereich. Fünf Bewohner waren zwischenzeitlich in ihrer neuen Einrichtung verstorben.

75 Bewohner (25,9%) der Untersuchungsgruppe lebten Ende 1995 noch in demselben Haus wie 1990, allerdings auch in diesem Falle unter deutlich veränderten Bedingungen, d.h. bei reduzierter Platzzahl, interner Wohngruppendifferenzierung, gemischtgeschlechtlicher Belegung und Öffnung aller Stationen.

45 Bewohner (15,5%) sind insgesamt bis Ende 1995 verstorben. Diese Zahl beleuchtet ein gravierendes Problem der Untersuchung: Wegen des sehr hohen Durchschnittsalters der Population wäre in jedem Falle, auch bei Nichtbetroffenheit durch eine chronische psychische Störung, im Laufe von einigen Jahren erstens damit zu rechnen, daß erhebliche Anteile der Population altersbedingt Fälle institutioneller Versorgung (z.B. in Altenheimen) oder „Sterbefälle“ geworden wären. Das bedeutet erstens, daß die Fälle des Übergangs in Altenheime und die Sterbefälle nicht als Fälle nicht gelungener Enthospitalisierung gewertet werden dürfen. Zweitens ist festzuhalten, daß die auf den ersten Blick hohe Mortalität nicht als enthospitalisierungsinduziert gelten kann, da sie nach intensiven Detailanalysen angesichts der Altersverteilung nicht als überhöht angesehen werden kann.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Summe der strukturellen Veränderungen und die Breite der pflegerischen Neuorientierung sicherlich keinen Patienten unberührt gelassen haben. Allerdings sollte bewußt bleiben, daß Alter, Krankheit und Tod als natürliche Grenzen einerseits und fehlender Wohnraum, ungenügende Betreuungsschlüssel und mangelnde professionelle Qualifikation als strukturelle Grenzen andererseits die Bilanz der Enthospitalisierungsbemühungen beeinflußt haben. Wie die Bewohner die Veränderungen erleben, wird die folgende Auswertung zu zeigen versuchen.

## **6. Patientenpopulation**

### **6.1 Grundgesamtheit und Sample der Lebenszufriedenheitsbefragung**

Die Grundgesamtheit umfaßt 290 Bewohner des Arbeitsbereichs Allgemeine Psychiatrie in der Teilanstalt Eckardtsheim, die - bei Enthospitalisierungsbeginn - am 31.12.1990 in der Einrichtung betreut wurden. Für die Teilnahme an beiden Erhebungen der Bewohnerbefragung zur Lebenszufriedenheit konnten davon 125 Patienten gewonnen werden. Die Teilnahmequote von 43,1% kann für diese schwierige Klientel chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten als sehr zufriedenstellend angesehen werden. Der Grund für Nicht-Teilnahme war nur zu einem geringen Teil Verweigerung, zu einem erheblichen Teil war sie auf die starke Kommunikationsbeeinträchtigung vieler Bewohner zurückzuführen. Bei einem Vergleich der Häufigkeitsverteilungen von Sample und Untersuchungspopulation hinsichtlich zentra-

ler Merkmale (vgl. Tab.1) wie Geschlecht und Diagnose ergeben sich keine gravierenden Unterschiede. Allerdings liegt das Durchschnittsalter der Befragtengruppe 3,9 Jahre unter dem arithmetischen Mittel der Grundgesamtheit, ein deutlicher Hinweis auf die im hohen Alter häufig geminderte Kommunikationsfähigkeit. Das etwas geringere Alter im Bewohnerbefragungssample bringt auch ein geringeres Hospitalisierungsausmaß in dieser Gruppe mit sich.

**Table 1:** Vergleich von Bewohnerbefragungssample und Untersuchungssample (Stand 1993)

Bewohnerbefragung (QoL)		Dimension	Untersuchungssample	
n = 125			n = 219	
männlich	92 (73,3%)	<b>Geschlecht</b>	161 (73,5%)	männlich
weiblich	33 (26,4%)		58 (26,5%)	weiblich
arithmet. Mittel	51,7	<b>Alter</b>	55,6	arithmet. Mittel
Nicht-org. Psychose	70 (56,0%)	<b>Diagnose</b>	131 (59,8%)	Nicht-org. Psychose
Oligophrenie	26 (21,0%)		41 (18,7%)	Oligophrenie
Persönl.stör./Neurose	18 (14,4%)		21 (9,6%)	Persönl.stör./Neurose
Sonstiges	11 (8,8%)		26 (11,9%)	Sonstiges
BPRS-Score	45,4	<b>Erkr.grad</b>	46,3	BPRS-Score
Ersterkr.alter	23,0	<b>Hospitalisierung</b>	23,7	Ersterkr. alter
int. Verweildauer	20,7		23,2	int. Verweildauer
kum.Verweildauer	23,7		26,3	kum.Verweildauer
*) Hinsichtlich der Gesamtpopulation (n=290) läßt sich anhand einer früheren, anstalts-internen Erhebung ein Vergleich bezüglich Geschlecht und Durchschnittsalter ziehen, die Vergleichszahlen: Geschlecht männl. 73,6%, weibl. 26,4%; Durchschnittsalter 1990 (!) 53,6 Jahre.				

## 6.2 Soziodemographische Merkmale des Samples

Aufgrund der gewachsenen Anstaltsstrukturen (bis 1960 ausschließliche Belegung mit männlichen Bewohnern) ist bei der Geschlechterverteilung mit 92 (73,6%) ein deutlicher Männerüberhang festzustellen gegenüber 33 weiblichen Befragten

(26,4%). Das Durchschnittsalter beträgt 51,7 Jahre, wobei jüngere Jahrgänge (<31 Jahre 3 Personen) und betagte Patienten (>70 Jahre 6 Personen) kaum vertreten sind. Die größte Häufung findet sich in der Altersklasse 51-70 Jahre mit 68 Personen, gefolgt von den 31-50jährigen mit 48 Befragten. Weitere Populationsmerkmale sind der Tabelle 2 zu entnehmen; im folgenden sollen nur die Besonderheiten der Population kurz angesprochen werden.

**Tabelle 2:** Weitere Populationsmerkmale (valide Prozente, n = 125)

<b>Familienstand</b>	ledig	geschieden	verheiratet / getr. lebend	verwitwet
Häufigkeit in %	87,2	6,4	3,2 / 2,4	0,8
<b>Beruf Eltern</b>	un-,angelernter Arbeiter	Facharbeiter	Angestellter:einf mittl. / höherer	Selbständiger Handwer./Akad
Häufigkeit in %	18,8	11,9	23,8 / 25,7	15,8 / 4,0
<b>Schulbild. Pat.</b>	kein Abschluß	Sonderschule	Hauptschule	Mittl.Reife / Abitur / Sonst.
Häufigkeit in %	43,6	7,7	30,8	7,7 / 9,4 / 0,9
<b>Berufsbildung</b>	keine Berufs- ausbildung	Anlernverhältnis	abgeschl. Lehre	Fachschule/ Akad:FH,Univ.
Häufigkeit in %	70,3	9,3	17,8	1,7 / 0,8
<b>Berufst.Stellung</b>	nicht berufstätig	Ausbildung, Studium	Arbeiter,un-,an- gelernt/Facharb.	Angest.,einf., mittl. / Selbst.
Häufigkeit in %	33,6	5,0	43,7 / 10,1	5,9 / 1,6
<b>Wohnform vor 1. Aufnahme</b>	Privatwohnung	Ki.-/Erz.heim	sonst. Heime	Sonstiges / Ob- dachlosigkeit
Häufigkeit in %	76,3	6,8	11,9	4,2 / 0,8
<b>Unterbringung vor Enthosp.</b>	überwiegend geschlossen	teils/teils	überwiegend offen	-----
Häufigkeit in %	18,5	20,2	61,3	-----
<b>Rechtssituation vor 1992</b>	keine Einschrän- kung	Vormundschaft	Pflegschaft	-----
Häufigkeit in %	35,0	24,2	40,8	-----
<b>Rechtssituati- on1993</b>	keine Betreuung	ohne gerichtl. Überprüfung	mit gerichtl. Überprüfung	-----
Häufigkeit in %	40%	50%	10%	-----

Beim Familienstand überwiegt der Anteil der Ledigen deutlich, die anderen Kategorien sind sehr schwach besetzt. Mit der geringen Zahl an Partnerschaften resp. Familiengründungen setzt sich die untersuchte Gruppe nachhaltig von der Normalbevölkerung ab. Der Beruf der Eltern, ein Hinweis auf Schichtzugehörigkeit, zeigt sich sehr heterogen. Die Kategorie der Angestelltenberufe ist recht stark besetzt, bedingt dadurch, daß die Anstalt lange Zeit nicht in die Regelversorgung eingebunden war und aufgrund ihres diakonischen Charakters von bürgerlichen Schichten für die Versorgung von Angehörigen präferiert wurde.

Bei der Schulbildung der Patienten zeigte sich, daß ein sehr hoher Anteil keinen Abschluß vorweisen kann. Das Spektrum der beruflichen Qualifikationen deutet ebenfalls auf Schwierigkeiten bereits bei der beruflichen Sozialisation hin, wenn 70,3% der Personen keine Berufsausbildung haben und ein Drittel der Befragten nicht berufstätig war. Mit weiteren 5%, die sich in Ausbildung oder Studium befanden, beläuft sich die Zahl der Personen, die vor ihrer ersten Unterbringung nicht erwerbstätig waren, auf 46. Nur 14 Personen hatten vor ihrer ersten Aufnahme zehn und mehr Tätigkeitsjahre.

### **6.3 Krankheit und Hospitalisierung**

Die diagnostische Kategorisierung nach vier Gruppen sieht den Großteil der Befragten bei den nicht-organischen Psychosen, und zwar 70 (56,0%), in der Mehrzahl der Fälle Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Patienten mit oligophrener Grunderkrankung stellen die zweitstärkste Gruppe mit 26 Personen (21,0%). Persönlichkeitsstörungen, die mit ausgeprägten Neurosen zusammengefaßt wurden, weisen 18 Untersuchungsteilnehmer auf. Eine Sammelkategorie aus Krankheitsbildern, wie organische Psychosen, Epilepsie und neurologischen Erkrankungen, bildet die vierte Gruppe mit 11 Personen (14,4%).

Gravierende Verhaltensauffälligkeiten, die zu Problemen bei der Integration bzw. bei gemeindenaher Versorgung führen könnten, wurden bei 47 (45,2%) der Fälle angegeben; starke somatische Beeinträchtigungen, z.B. durch Gehbehinderung, Diabetes, starkes Übergewicht, wurden bei 37 Personen (35,6%) genannt.

Die Häufigkeit von Krisen, die zu vorübergehenden Verlegungen in Akutkrankenhäuser führten, war - bezogen auf den Untersuchungszeitraum - erfreulicherweise gering. Bei 89 Befragten (73,0%) traten keine Krisen in den ersten zwei Jahren der Enthospitalisierung auf, bei 16 Personen (13,1%) eine, bei 10 Personen (8,2%) zwei. Nur bei sieben Personen traten noch häufiger Krisen auf.

Das Ausmaß der Hospitalisierung (vgl. Tab. 1) kann u.a. durch das Alter bei Ersthospitalisierung verdeutlicht werden, wobei dies nicht gleichzusetzen ist mit dem Beginn einer fortwährenden Unterbringung, aber dennoch den individuellen Lebensweg nachhaltig prägen dürfte. Vor ihrem zwanzigsten Lebensjahr waren bereits 44 Personen (36,1%) erstmalig stationär versorgt worden. Im Laufe des dritten Lebensjahrzehnts wurden 55 Personen (45,1%) und zwischen dem dreißigsten bis neununddreißigsten Lebensjahr 12 Personen (9,8%) erstmals stationär-



psychiatrisch behandelt. Lediglich 9 Personen wurden im 4. und 2 Personen im 5. Lebensjahrzehnt erstmalig stationär aufgenommen.

Die kumulierte Hospitalisierungsdauer beträgt 23,7 Jahre, wobei 14 Personen (11,5%) zwischen fünf und neun Jahren stationär behandelt worden waren, 40 Befragte (32,8%) zwischen 10 und 20 Jahren. Mehr als 20 Jahre lebten 68 Untersuchungsteilnehmer (55,7%) in psychiatrischen Einrichtungen, der Spitzenwert beträgt 66 Jahre. Betrachtet man die Aufenthaltsdauer speziell in den von Bodelschwingschen Anstalten, so findet sich eine durchschnittliche Verweildauer von 20,7 Jahren; d.h. die meisten Personen haben den größten Teil ihrer stationären Behandlung in den von Bodelschwingschen Anstalten verbracht. Zum ersten Erhebungszeitpunkt Anfang 1992 haben 27 Personen zwischen einem und neun Jahren hier zugebracht, 41 Personen zwischen 10 und 20 Jahren und 57 über 20 Jahre.

Auch wenn der größte Teil der Patienten (76 bzw. 61,3%) während des stationären Lebensabschnitts überwiegend offen untergebracht war, sind es immerhin 25 Personen (20,2%), die etwa zu gleichen Teilen offen und geschlossen untergebracht waren, und 22 Befragte (18,5%), die überwiegend geschlossen betreut wurden. Bereits in den ersten beiden Jahren der Enthospitalisierung 1991 und 1992 führte die Öffnung von Häusern dazu, daß 100 Patienten (80,6%) nicht mehr geschlossen untergebracht wurden.

## **7. Forschungsdesign**

### **7.1 Untersuchungsanlage**

Der hier erörterte Forschungsgegenstand "Lebensqualität chronisch psychisch Kranker" ist als Projektteil eingebettet in eine umfassende, noch andauernde Longitudinalstudie, die auf der Patientenebene die Entwicklung alltagspraktischer und sozialer Kompetenz sowie den Krankheitsverlauf im Zuge eines Enthospitalisierungsprogramms erforscht. Bei der Bewohnerbefragung zur Lebensqualität wurden bislang zwei Erhebungen realisiert, deren Ergebnisse in dieser Arbeit vorgestellt werden.

Die Interviews fanden jeweils im November und Dezember der Jahre 1993 und 1994 statt. Bei der ersten Befragung im November/Dezember 1993 konnten 166 Personen einbezogen werden, da jedoch mehrere Fragebogen aufgrund mangelnder Kommunikationsfähigkeit der Interviewten unvollständig waren und nicht ausgewertet werden konnten, wurde in der zweiten Welle eine Beschränkung auf Patienten mit annähernd vollständig ausgefüllten Ersterhebungsbogen vorgenommen, wodurch sich das Sample auf 125 Patienten, die an beiden Erhebungswellen teilgenommen haben, verringert. Dadurch fällt zwar die Teilgruppe der schwerst beeinträchtigten Patienten aus diesem Teil der Studie heraus. Es erscheint jedoch unmittelbar einsichtig, daß relativ differenzierte Interviews mit Bewohnern, die nicht oder nur wenige Worte sprechen können oder sehr verwirrt sind, nicht durchführbar sind. Für diese - relativ kleine - Patientengruppe müssen andere Zugangsformen zur Ermittlung der Befindlichkeit gefunden werden. Daraus folgt für das hier vorgestellte Projekt, daß Aussagen zur Lebenszufriedenheit über die Gruppe ex-

trem gestörter oder extrem geistig retardierter Bewohner nicht vorgenommen werden können. Auch die verbleibende Gruppe kann jedoch bei der gegebenen Hospitalisierungsdauer (23,7 Jahre durchschnittliche kumulierte Verweilzeit in psychiatrischen Einrichtungen) und dem Grad psychischer Beeinträchtigung (durchschnittl. BPRS-Gesamtscore 45,44, als eine stark beeinträchtigte Population chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten angesehen werden.<sup>3</sup>

Alle Personen wurden zunächst über das Vorhaben informiert und anschließend um die Teilnahme an der Untersuchung gebeten. Als Ausgleich für den von ihnen zu erbringenden Aufwand - die Interviews dauerten zwischen einer und zwei Stunden - wurde eine kleine Entschädigung gezahlt. Auch wenn das Interviewentgelt für manch einen Bewohner ein zusätzlicher Anreiz zur Teilnahme war, so war die Bereitschaft zur Teilnahme grundsätzlich hoch. Von großem Vorteil erwies sich die Hospitation der Forscher zu Projektbeginn in der untersuchten Einrichtung. Viele Bewohner sahen das Interview als willkommene Gelegenheit, ihre Befindlichkeit, Wünsche und Ärgernisse mitzuteilen. Dennoch gab es auch einige „Problemfälle“, bei denen die Vereinbarung, Termineinhaltung und Interviewabwicklung erhebliche Schwierigkeiten bereiteten.

## **7.2 Erhebungsinstrument**

Ausgehend von den vorangegangenen theoretischen Überlegungen wurde ein Fragebogen zur Lebensqualität (BFL=Bielefelder Fragebogen zur Lebensqualität chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten) entwickelt, der auf das Quality of Life-Interview von Lehman et al. (1982) bzw. dessen überarbeitete deutsche Fassung von Lauer (1993) zurückgeht, bei dem in differenzierter Form die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit erhoben wird. Der eingesetzte Fragebogen unterscheidet sich von diesem in folgenden Punkten: Zum einen wurden Fragen zur Gewichtung der einzelnen Lebensbereiche eingebaut, die den Beitrag der Einzelbereiche zur Gesamtzufriedenheit erfaßten, zum zweiten wurde aufgrund der Ergebnisse der Pretests das Instrument an das Patientenkollektiv und das Forschungsfeld adaptiert. Als eine Folge wurde der Lebensbereich Sicherheit nicht als eigenständiger Lebensbereich geführt, sondern in Form konkreter Zusatzfragen ohne den Zufriedenheitsaspekt erfaßt. Weiterhin wurde der Bereich 'religiöses Leben in der Einrichtung', der in der ersten Erhebungswelle noch marginal erfaßt wurde, in die zweite Welle nicht mehr aufgenommen, da die Items bei der Ersterhebung teilweise Irritation und Unverständnis hervorgerufen hatten. Ferner wurde der Bereich Betreuung, der bei Lehman (1982)/Lauer (1993) unter die Domäne Gesundheit subsumiert wurde, als eigenständiger Bereich etabliert und durch eine Skala zur Erfassung der therapeutischen Atmosphäre (Stationsbeurteilungsbogen nach Engel et al. 1983) ergänzt.

Schließlich wurde der Bewohnerfragebogen um Instrumente erweitert, mit denen vor dem skizzierten theoretischen Hintergrund als relevant erachtete Persönlichkeitsvariablen erfaßt werden sollten. Im einzelnen waren dies eine Skala zum Selbstwertgefühl (Fend et al. 1984 nach der Self-Esteem-Scale von Rosenberg

1965), eine weitere zur generalisierten Kontrollüberzeugung (Krampen 1981 nach IPC-Scales von Levenson 1972), zur Sozialen Erwünschtheit (in Anlehnung an die Lügenskala von Ling 1967) sowie zur Einsamkeit (KSE von Stephan/Fäth 1989 nach UCLA-Loneliness Scale von Russell et al. 1980). Schließlich wurden Vergleichsfragen zur Bestimmung der Referenzgruppe des Bewohners in das Erhebungsinstrument eingebaut.

Der Erhebungsbogen war so gegliedert, daß nach einer Eingangsfrage zur Allgemeinen Lebenszufriedenheit ("Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?") die neun Lebensbereiche Wohnen, Familie, Partnerschaft, Freunde, Freizeit, Gesundheit, Arbeit, Geld und Betreuung abgehandelt wurden. Dabei wurde zunächst eine Frage zur Zufriedenheit mit dem jeweiligen Lebensbereich gestellt (z.B. "Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit?"), sodann die faktischen Gegebenheiten des jeweiligen Lebensbereichs erhoben (z.B. "Wieviel Stunden pro Woche arbeiten Sie?") und schließlich die Zufriedenheit mit Einzelaspekten erfragt (z.B. "Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit Ihren Vorgesetzten?").

Die Abfolge der Fragen war dabei in der Weise strukturiert, daß die übergeordneten Zufriedenheitsfragen vorangestellt waren, so daß im Falle von allzu großen Verständnisschwierigkeiten bei der nachfolgenden Vertiefung des Lebensbereichs abgebrochen und zum nächsten Bereich übergewechselt werden konnte. Zumindest die wichtige Information der Bereichszufriedenheit konnte auf diese Weise bei einem Großteil der Bewohner eingeholt werden.

Ferner hatte die Voranstellung der Bereichszufriedenheitsfrage den Zweck, die Bewertung des Bereichs nicht durch instrument- bzw. interviewergeleitete Weichenstellungen und Konnotationen einzuengen bzw. vorzugeben, sondern eine möglichst unvoreingenommene Beurteilung nach eigener Realitätskonstruktion zu ermöglichen. Um den Bewohnern darüber hinaus Gelegenheit zu geben, Einstellungen und Bewertungen inhaltlich konkreter auszuführen, enthielt der Fragebogen auch offene Elemente.

### 7.3 Gewichtungsverfahren

Von der Annahme ausgehend, daß die einzelnen Lebensbereiche unterschiedliche Beiträge zur Allgemeinen Lebenszufriedenheit leisten und sich möglicherweise die Bedeutung einzelner Lebensbereiche im Verlauf der Enthospitalisierung ändert, wurden verschiedene Verfahren zur Bestimmung der Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche auf die Allgemeine Lebenszufriedenheit entwickelt und getestet.

Intention dieses Vorgehens war u.a. auch das methodische Interesse an der Prüfung verschiedener Verfahren zur Eruiierung individueller Bedeutungsbeurteilungen, ein Problem, das in vielen empirischen Forschungsfeldern auftaucht, oft aber nicht thematisiert wird und unberücksichtigt bleibt.

- a) Im ersten Verfahren wurden - in einem Block - *direkte Fragen* nach der Wichtigkeit der einzelnen Bereiche unter Verwendung einer vierstufigen Antwortskala (sehr wichtig/wichtig/weniger wichtig/überhaupt nicht wichtig) gestellt.

- b) Bei dem zweiten Verfahren handelt es sich um ein *Kartenspiel*, das neun Karten mit den Bezeichnungen der verschiedenen Lebensbereiche enthält. Die Karten, die vor dem Bewohner ausgelegt wurden, sollten von dem Befragten in eine Reihenfolge gemäß der subjektiv empfundenen Wichtigkeit der Lebensbereiche gebracht werden.
- c) Schließlich wurde ein *Wichtigkeitsindex* auf rechnerischem Wege nach Durchführung der Erhebung zur Ermittlung der Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche für die Allgemeine Zufriedenheit konstruiert. Darüber hinaus wurde ein *Gewichteter Zufriedenheitsindex* gebildet, der für jeden Bewohner in Abhängigkeit von der Bedeutung des Einzelbereichs das Niveau der Zufriedenheit mit jedem Lebensbereich ausweist. Zentrales Merkmal dieses Verfahrens ist die gleichzeitige Berücksichtigung des Zusammenhangs von Einzelbereichs- und Allgemeiner Zufriedenheit und des Beitrags der anderen Lebensbereiche zur Lebenszufriedenheit.

Da das dritte angesprochene Verfahren etwas kompliziert ist, soll es im folgenden eingehender erläutert werden, bevor die Ergebnisse der Verfahren einander gegenübergestellt werden. Wie erwähnt, sollte mittels des statistischen Gewichtungsverfahrens für jeden Bewohner die Bedeutung jedes einzelnen Lebensbereichs für die Allgemeine Lebenszufriedenheit erfaßt werden. Das Verfahren sollte der Forderung genügen, zwischen den verschiedenen Ausprägungen der Gewichtungsvariable gleiche Abstände herzustellen, so daß die Variable als intervallskaliertes Merkmal angesehen und statistischen Verfahren höheren Niveaus zugeführt werden kann. Ausgangsmaterial waren neben der Frage zur Allgemeinen Lebenszufriedenheit die Fragen zur Zufriedenheit mit neun verschiedenen Lebensbereichen, wobei die Antworten aufgrund der in der Interviewsituation gezeigten geringen Differenzierungsfähigkeit bzw. -bereitschaft vieler Befragter in dichotomisierter Form (nicht zufrieden-zufrieden) in die Auswertung eingingen.

### 7.3.1 Beschreibung des Verfahrens zur Bestimmung der Wichtigkeit der einzelnen Lebensbereiche: Wichtigkeitsindex (WI) (s. Berechnungsschema):

Bei Übereinstimmung von Allgemeiner Lebenszufriedenheit und Bereichszufriedenheit wird ein positiver Wert vergeben, bei Nicht-Übereinstimmung ein negativer Wert. Die Höhe des Wertes richtet sich nach dem Antwortverhalten unter Berücksichtigung der Anzahl an Übereinstimmungen in den *restlichen* 8 Lebensbereichen. Wird z. B. die Frage zur Allgemeinen Lebensqualität mit „zufrieden“ beantwortet, dann bekommt der Lebensbereich, der ebenfalls als zufriedenstellend empfunden wird, den Wert 8; allerdings nur dann, wenn der Bewohner in allen übrigen acht Lebensbereichen unzufrieden ist.

**Abbildung 1:** Berechnungsschema zur Konstruktion eines Wichtigkeitsindex und eines gewichteten Zufriedenheitsindex

Anzahl der Übereinstimmungen von Allg. Lebenszufriedenheit u. Einzelbereichen	Wichtigkeitsindex entspr. der Anz. Übereinstimmungen von Allg. Lebenszufriedenheit u. Einzelbereichen	Rekodierter Wichtigkeitsindex zur Vermeidung von negativen Vorzeichen	Gewichteter Zufr.-Index in Abh. von Zufriedenheit (+)/Unzufriedenheit (-) mit Allg. Lebensqualität	Rekodierter gewichteter Zufr.in- dex (wg negativer Vorzeichen)	
				wenn +	Wenn -
1	2	3	4	5	6
1	8	17	± 17	34	1
2	7	16	± 16	33	2
3	6	15	± 15	32	3
4	5	14	± 14	31	4
5	4	13	± 13	30	5
6	3	12	± 12	29	6
7	2	11	± 11	28	7
8	1	10	± 10	27	8
9	0	9	± 9	26	9
Anzahl der Nicht-Übereinstimmungen von Allg. Lebenszufriedenheit u. Einzelbereichen	Wichtigk.-Index entspr. der Anz. Nicht-Übereinst. von Allg. Lebenszufriedenheit u. Einzelbereichen	Rekodierter Indexwert zur Vermeidung von negativen Vorzeichen	Gewichteter Zufr.-Index in Abh. von Zufriedenheit (+)/Unzufriedenheit (-) mit Allg. Lebensqualität	Rekod. gewicht. Indexwert (wg negat. Vorzeichen)	
				wenn +	wenn -
9	0	9	± 9	26	9
8	-1	8	± 8	25	10
7	-2	7	± 7	24	11
6	-3	6	± 6	23	12
5	-4	5	± 5	22	13
4	-5	4	± 4	21	14
3	-6	3	± 3	20	15
2	-7	2	± 2	19	16
1	-8	1	± 1	18	17

Diesen anderen acht Bereichen wird jeweils der Wert -1 zugeordnet wegen Nicht-Übereinstimmung mit der Allg. Lebenszufriedenheit. Dagegen erhalten - als weiteres mögliches Antwortmuster - bei subjektiver Zufriedenheit in zwei Lebensbereichen und Zufriedenheit mit Allgemeiner Lebensqualität diese beiden Lebensbereiche den Wert 7. Alle restlichen sieben Lebensbereiche, in denen der Bewohner unzufrieden ist, den Wert -2. Analog wird mit allen anderen möglichen Kombinationen von Übereinstimmung/Nichtübereinstimmung zwischen Allgemeiner Lebenszufriedenheit und den Einzelbereichen verfahren. Weichen alle Zufriedenheitsangaben der Einzelbereiche von der Allgemeinen Lebenszufriedenheit ab, erhalten

alle Bereiche den Wert Null. Da zur Bestimmung der Wichtigkeit nur der Beitrag des Einzelbereichs zur Allgemeinzufriedenheit von Bedeutung ist, wird im Falle von Unzufriedenheit mit Allgemeiner Lebensqualität und Unzufriedenheit mit Einzelbereichen ebenso verfahren (wie bei Zufriedenheit sowohl mit Allgemeiner Lebensqualität als auch mit Einzelbereich), d.h. bei Unzufriedenheit mit nur einem Lebensbereich erhält dieser den Wert 8, alle anderen acht zufriedenstellenden Bereiche jeweils den Wert -1 usw. Es ergibt sich folglich ein Wertebereich von - 8 bis + 8, der zur Vermeidung von negativen Vorzeichen im nächsten Schritt transformiert wird zu einer Rangreihe von 1 (= - 8) bis 17 (= + 8).

### 7.3.2 Konstruktion eines Gewichteten Zufriedenheitsindex (GZI):

Um nicht nur die Wichtigkeit des einzelnen Bereichs für die Gesamtzufriedenheit festzustellen, sondern darüber hinaus auch die gewichtete Zufriedenheit, wird nunmehr die Ausprägung des Wichtigkeitsindex jedes Lebensbereichs eines Bewohners - in Abhängigkeit von der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der Allgemeinen Lebenszufriedenheit - mit einem positiven (bei Zufriedenheit) bzw. negativen (bei Unzufriedenheit) Vorzeichen versehen, so daß sich eine Rangreihe von - 17 bis +17 ergibt. Auch hier wird wieder - zur Vermeidung negativer Vorzeichen - eine Transformation durchgeführt, so daß letztlich eine Zahlenreihe von 1 (= - 17) bis 34 (= + 17) vorliegt. In diesen Index gehen zwei Dimensionen, nämlich das Zufriedenheitsniveau und die subjektive Wichtigkeit des Bereichs, ein.

### 7.3.3 Interpretation des Gewichteten Lebenszufriedenheitsindex:

Bei hohem Beitrag eines Bereichs zur Allgemeinen Lebensqualität und subjektiv empfundener Lebenszufriedenheit wird ein hoher Indexwert vergeben. Bei geringem Beitrag eines Lebensbereichs zur Allgemeinen Lebenszufriedenheit in Verbindung sowohl mit Zufriedenheit als auch mit Unzufriedenheit werden mittlere Rangplätze vergeben. Bei hohem Beitrag eines Bereichs zur Allgemeinen Lebenszufriedenheit und Unzufriedenheit nimmt der gewichtete Lebenszufriedenheitsindex niedrige Werte an. Die Werte sind Ausgangspunkt der weiteren Analyse. Insbesondere interessiert die Frage, ob im Enthospitalisierungsverlauf Bereiche veränderte Bedeutungszuweisungen erfahren oder sich die Zufriedenheit mit spezifischen Lebensbereichen im Kanon aller Bereiche ändert.

*1. Beispiel:* Betrachtet man das gewählte Verfahren von einem fiktiven Patienten aus, der allgemein mit seinem Leben zufrieden ist und außerdem drei zufriedenstellende und sechs nicht zufriedenstellende Lebensbereiche angibt, so ist im oberen Tabellenteil, erste Spalte, die "3" für die übereinstimmenden, zufriedenstellenden Bereiche, im unteren Tabellenteil, erste Spalte, die "6" für die nicht-übereinstimmenden, nicht-zufriedenstellenden Bereiche zu suchen. Dahinter in der 2. Spalte finden sich jeweils die Wichtigkeitsindizes: Für die "3" ergibt sich der Indexwert 6 bzw. rekodiert (3. Spalte) der Wert 15, für die "6" im unteren Tabellenteil der Indexwert -3 bzw. rekodiert 6.

Bei der weiteren Berechnung des gewichteten Zufriedenheitsindex bekommt der insgesamt mit seinem Leben zufriedene Patient für jeden der drei zufriedenstel-

lenden Lebensbereiche den Wert +15 (Spalte 4) bzw. rekodiert den Wert 32 (Spalte 5). Für die nicht-übereinstimmenden Lebensbereiche ergibt sich jeweils der Wert +6 bzw. rekodiert der Wert 23.

2. *Beispiel* (anhand letzter Tabellenzeile):

Es gibt nur einen Lebensbereich, der mit der Gesamtzufriedenheit nicht übereinstimmt, daraus resultiert für diesen Lebensbereich der Indexwert -8 bzw. der rekodierte Indexwert 1 als Ausdruck extremer Unwichtigkeit dieses Bereichs für die Allg. Lebenszufriedenheit. Für die Spalte 4 müssen zwei Fälle unterschieden werden: Ist die Allg. Lebenszufriedenheit positiv, erhält der Bewohner in diesem Lebensbereich den Wert +1, bei Unzufriedenheit den Wert -1 als gewichteten Zufriedenheitsindex. Nach Rekodierung wird der Wert +1 zur 18, der Wert -1 zur 17. Das bedeutet, daß - bei gegebener geringer Bedeutung dieses Bereichs für die Allg. Lebenszufriedenheit - bei Zufriedenheit ein geringfügig höherer Wert (18) vergeben wird als gewichteter Zufriedenheitsindex im Vergleich zu Unzufriedenheit (17). In beiden Fällen liegen die Werte im mittleren Bereich des Indexes aufgrund der geringen Bedeutung des Lebensbereichs für die Allgemeine Zufriedenheit.

#### 7.4 *Referenzgruppen*

Ein Problem bei der Erhebung der Lebenszufriedenheit ist - wie im Theorieteil angeführt - die relationale Verortung der Zufriedenheitsaussage, d.h. zu welcher Größe der Befragte seine Situation in Beziehung setzt. Es wird implizit ein Maßstab angelegt, der dem Interviewer unbekannt bleibt und in der Regel auch nicht durch einfache Nachfrage in Erfahrung zu bringen ist, da diese Bezugsgröße auch dem Befragten meist unbewußt ist. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß das Ausmaß der eigenen Zufriedenheit bestimmt wird durch die Übereinstimmung bzw. Diskrepanz von faktischen Gegebenheiten und dem, was der einzelne als ihm zustehend empfindet (vgl. Skantze 1992: 797; Ipsen 1978: 51). Letzteres wiederum kann determiniert werden durch die eigene Biographie, die sich daran anknüpfenden Erfahrungen und daraus erwachsenden Erwartungen an das Leben. Es kann zweitens auch Resultat eines Vergleichs mit in ähnlicher Situation lebenden Personengruppen sein (vgl. Glatzer 1984: 234, Ipsen 1978: 47), die für den Befragten sowohl präsent als auch relevant sind und bei denen keine zu große soziale Entfernung wahrgenommen wird. Auch hinsichtlich Schicht- und Generationenlagerung werden eher nähere als entferntere Gruppen als Referenzgruppen gewählt, wobei die Familie - als sog. *membership-group* - häufig keine Referenzgruppe darstellt, da die Altersabstände zu groß und die eingenommenen Rollen zu unterschiedlich sind; eher dagegen wird die *peer-group* Referenzgruppe sein, da die Gruppenmitglieder bei ähnlicher Merkmalskonfiguration starke Affinität zu ihr besitzen.

Der zweite, hier kurz skizzierte Referenzgruppenansatz zur Bestimmung der Bezugsgröße für die Lebenszufriedenheit wurde im vorliegenden Forschungsprojekt bei der Bewohnerbefragung zugrundegelegt und einer Operationalisierung zugeführt. Leitend bei der Wahl des Referenzgruppenansatzes war die Überlegung, daß sich hier am ehesten Veränderungen ergeben müßten, da durch die Enthospitalisierung das soziale Umfeld in Bewegung gerät und Neuorientierungen unver-

meidlich erscheinen. Die eigene Biographie kann dagegen als Bezugsgröße als relativ überdauernd angesehen werden, weshalb sie eher beharrende Kräfte entfaltet. Für Modifikationen individueller Ansprüche bzw. Erwartungen dürfte daher eher die Bezugsgruppe in Betracht zu ziehen sein.

Da - wie erwähnt - eine direkte Abfrage wenig sinnvoll gewesen wäre, wurde ein indirekter Zugang gewählt über Items, anhand derer sich der Befragte über seine Lebenszufriedenheit im Vergleich mit ausgewählten Personengruppen äußern konnte. So wurde etwa die Frage gestellt, ob der Betreffende meint, zufriedener mit dem Leben zu sein als die Mitbewohner des Hauses. Als weitere Vergleichsgruppen wurden Familienangehörige, Mitarbeiter, Freunde und Bekannte innerhalb der Einrichtung sowie Personen, die nichts mit der Psychiatrie zu tun haben, angeboten. Die Analyse baut auf der Annahme auf, daß Personen, die mit ihrem Leben zufrieden sind, sich im Vergleich mit ihrer Referenzgruppe als zufriedener erleben; umgekehrt Personen, die mit ihrem Leben unzufrieden sind, sich unzufriedener erleben als ihre Referenzgruppe. Untersucht man nun für jeden Patienten, inwieweit er sich im Vergleich mit den fünf Vergleichsgruppen zufriedener bzw. unzufriedener erlebt, und setzt dies mit der Beantwortung der Frage zur Allgemeinen Lebenszufriedenheit in Beziehung, so differenzieren sich die Gruppen danach, ob sie als Referenzgruppe gemäß Annahme in Betracht kommen oder nicht. Das Vorgehen ist analog dem bei der Konstruktion des Wichtigkeitsindex bzw. Gewichteten Zufriedenheitsindex. Konkret ist zunächst zu klären, im Vergleich zu welchen Gruppen sich die befragte Person - bei gegebener Allg. Lebenszufriedenheit - zufriedener erlebt, bzw. - bei gegebener Allg. Unzufriedenheit - im Vergleich zu welchen Gruppen sie sich unzufriedener erlebt. Diese Gruppen haben als potentielle Referenzgruppen zu gelten. Bedeutsam ist, bei wievielen der fünf Vergleichsgruppen in eben dieser Weise geantwortet wurde. Handelt es sich um nur eine Gruppe, so ist die Wahrscheinlichkeit, daß es sich um die individuelle Referenzgruppe handelt, ungleich größer, als wenn alle fünf Fragen gleichlautend beantwortet wurden. Entsprechend ist der zugeteilte Wert bei nur einer Übereinstimmung sehr hoch (9), bei den anderen (in diesem Fall vier) Gruppen, die ein abweichendes Antwortmuster haben, sind die Werte niedriger (4). Wurde bei allen fünf Gruppen gleichlautend geantwortet, ergibt sich für alle fünf Gruppen jeweils der mittlere Wert 5 (vgl. Abb. 1).

Auf der Basis dieser Referenzgruppenbestimmung kann nun eruiert werden, inwieweit im Verlauf der Enthospitalisierung, d.h. von der ersten Welle zur zweiten, bzw. auch bei den extramural lebenden Personen versus Heimbewohnern, divergierende Ergebnisse auftreten. Annahme war, wie bei Vorstellung der Hypothesen bereits ausgeführt, daß die Mitarbeiter und die Mitbewohner im Heimbereich häufiger als Referenzgruppe genannt werden, bei den extramural lebenden Personen müßte sich dieser Effekt abschwächen.

Es sei angemerkt, daß das gewählte Verfahren als Kompromiß anzusehen ist. Es berücksichtigt einerseits den unseres Erachtens wichtigen Aspekt der Referenzgruppe. Andererseits ist der Grad der Elaborierung des Instruments gering, um die Interviewdauer und die zusätzliche konzentrierte Beanspruchung des Interviewten



in Grenzen zu halten. Anhand des Gehaltes der Ergebnisse wird die Tauglichkeit dieses Vorgehens zu prüfen sein.

## 8. Empirische Ergebnisse

### 8.1 *Empirische Ergebnisse zur methodischen Problematik der Zufriedenheitsmessung*

Wie im kurzen einführenden Abschnitt zur Problematik der Messung der Zufriedenheit dargelegt, lassen sich verschiedene Varianten des Vorgehens begründen, deren Angemessenheit daher kritisch zu beleuchten ist. Aus diesem Grunde widmen wir uns zunächst mit einer gewissen Ausführlichkeit den oben angedeuteten methodischen Problemen, wobei wir allerdings notwendigerweise immer auch schon ergebnisorientiert vorgehen müssen, so daß sich methodische und theoretisch-inhaltliche Analysen nicht sauber trennen lassen.

Eine der besonders kritischen Fragen war die nach der optimalen Methode der Bestimmung der Wichtigkeit einzelner Lebensbereiche für die Gesamtzufriedenheit, wobei sich hier drei potentielle Vorgehensweisen für einen Vergleich angeboten hätten, nämlich einmal die direkte Frage nach der relativen Wichtigkeit, zweitens die Verwendung des „Kartenspiels“ und letztlich die Konstruktion eines Wichtigkeitsindex durch Prüfung der empirischen Korrelation zwischen Einzelbereich und Gesamtzufriedenheit unter besonderer Gewichtung der Zentralität des jeweiligen Bereichs (s. Abschnitte 7.3 - 7.4).

### 8.2 *Erfassung der Wichtigkeit von Lebensbereichen*

#### 8.2.1 *Methodenvergleich*

Betrachtet man zunächst die Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche für die *Gesamtzufriedenheit* in der *ersten* Welle (vgl. Tab. 3), so ist zunächst eine relativ gute Übereinstimmung von Wichtigkeitsindex (WI; 3. Verfahren) und Kontingenzkoeffizient (CC) festzustellen. Die Rangplatzabweichungen betragen in keinem Fall mehr als zwei Stufen, höchste und niedrigste Rangplätze sind jeweils mit identischen Bereichen (Arbeit bzw. Geld) besetzt.

Es sei angemerkt, daß der Kontingenzkoeffizient ausschließlich die Stärke des Zusammenhangs zwischen Einzelbereich und Allgemeiner Zufriedenheit mißt. Dem Wichtigkeitsindex ist der Vorzug bei der weiteren Analyse einzuräumen, da neben der Stärke des Zusammenhangs zwischen Einzelbereich und Gesamtlebenszufriedenheit (entspricht Kontingenzkoeffizient) die Beiträge der anderen Bereiche zur Allgemeinen Zufriedenheit mit eingehen, so daß sich bei gleichartiger Beantwortung aller Bereiche eine geringe Ausprägung ergibt. Wenn ein Bereich jedoch häufiger als einziger mit der Gesamtlebenszufriedenheit übereinstimmt, resultiert daraus ein höherer Wert.

**Tabelle 3:** Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche für die Gesamtzufriedenheit, Vergleich Wichtigkeitsindex (WI) und Kontingenzkoeffizient (CC) (n=125)

Lebensbereiche	1. Welle				2. Welle			
	Wichtigkeitsindex (WI) MV=3 <sup>1)</sup>	Rang	Kontingenzkoeffizient (CC)	Rang / (M.V.)	Wichtigkeitsindex (WI) Signifik. MV=4 1)	Rang	Kontingenzkoeffizient (CC)	Rang / (M.V.)
Wohnen	9,530	2	0,326	4 (1)	9,487	2	0,312	2 (2)
Familie	8,464	8	0,216	7 (8)	8,560	7	0,200	7 (3)
Freunde	9,124	4	0,354	3 (13)	9,163	6	0,218	6 (6)
Freizeit	9,068	5	0,222	6 (6)	9,191	5	0,242	5 (3)
Gesundheit	8,531	7	0,285	5 (5)	9,489 *)	1	0,400	1 (3)
Geld	8,100	9	0,032	9 (6)	8,381	8	0,169	8 (6)
Betreuung	8,936	6	0,162	8 (9)	9,297	4	0,303	3 (7)
Arbeit	9,799	1	0,450	1 (6)	9,311	3	0,256	4 (11)
Partnerschaft	9,423	3	0,366	2 (17)	8,120**	9	0,048	9 (6)

<sup>1)</sup> Bei Fällen mit M.V. in bis zu 3 von 9 Bereichen wurden Missing-Werte durch Gruppenmittelwerte ersetzt

\*) 5% - \*\*) 1% - Signifikanzniveau hinsichtl. der Veränderung zur 1. Welle; t-Test für abh. Stichpr.

Lenkt man das Augenmerk auf die *zweite* Welle, so fällt unmittelbar die fast vollständige Übereinstimmung der Rangplätze von Wichtigkeitsindex und Kontingenzkoeffizient auf, ein deutlicher Hinweis auf den starken Zusammenhang zwischen beiden Maßzahlen. Nur die Plätze 3 und 4, betreffend die Bereiche Betreuung und Arbeit, sind vertauscht. Ein solcher Einklang der Rangplätze muß nicht zwangsläufig auftreten, wie die erste Welle zeigt. Deren Ergebnisse verweisen auf die unterschiedlichen Akzentuierungen, die beiden Kenngrößen eigen sind. So ist beispielsweise Wohnen häufiger alleine oder mit wenigen anderen Bereichen übereinstimmend mit der Allgemeinen Lebenszufriedenheit beantwortet worden und weniger häufig abweichend von der Allgemeinen Lebenszufriedenheit, verglichen mit den Bereichen auf den nachfolgenden Rangplätzen.

### 8.3 Weitere Verfahren zur Wichtigkeitserfassung

#### 8.3.1 Methodenvergleich

Handelt es sich bei den zuvor präsentierten Methoden um mathematisch-statistische Verfahren, weshalb der hohe Übereinstimmungsgrad zwischen Wichtigkeitsindex (3. Verfahren) und Kontingenzkoeffizient nicht sehr überrascht, so sollen im folgenden Vergleiche des Wichtigkeitsindex mit Ergebnissen der *direkten* Befragung (1. Verfahren) vorgenommen werden (vgl. Tab. 4). Da das Kartenspielverfahren nur bei der zweiten Welle Anwendung fand, begrenzen wir unsere Analyse in diesem Falle auf die Daten der zweiten Welle.

**Tabelle 4:** Vergleich von Wichtigkeitsindex, Gewichtungsfrage und Kartenspielmethode

Lebensbereiche	2. Welle (n=125)					
	Wichtigkeitsindex (WI) MV=3; 1)	Rang	Gewichtungsfrage 2)	Rang (MV)	Kartenspiel 3)	Rang MV=25
Wohnen	9,487	2	91,4	2 (20)	3,850	2
Familie	8,560	7	73,8	7 (22)	4,880	3
Freunde	9,163	6	71,7	8 (26)	5,390	6
Freizeit	9,191	5	84,7	5 (27)	5,970	8
Gesundheit	9,489	1	97,0	1 (24)	2,860	1
Geld	8,381	8	91,1	3 (24)	4,990	4
Betreuung	9,297	4	76,0	6 (25)	5,594	7
Arbeit	9,311	3	86,0	4 (25)	5,010	5
Partnerschaft	8,120	9	51,5	9 (24)	5,980	9

1) Bei Fällen mit M.V in bis zu 3 von 9 Bereichen wurden Missing-Werte durch Gruppenmittelwerte ersetzt

2) Anteil "Sehr wichtig"/"Wichtig"-Antworten in % 3) Arithm. Mittel der Rangplätze

Zwischen den Resultaten des *Wichtigkeitsindex* und der *direkten Gewichtungsfrage* gibt es sehr große Übereinstimmungen. Für die Bereiche Wohnen, Familie, Freizeit, Gesundheit und Partnerschaft ergeben sich völlig identische Rangplätze. Lediglich bei den Bereichen Freunde (Ränge 6 und 8), beim Geld (8 und 3) sowie bei der Betreuung (4 und 6) und bei der Arbeit (3 und 4) ergeben sich Divergenzen. Der Unterschied im Bereich Arbeit ist minimal. Auch im Bereich Freunde fällt er wenig dramatisch aus, wobei das Kartenspiel als 3. Methode in diesem Falle den Wichtigkeitsindex unterstützt. Der Wichtigkeitsindex-Wert des Bereichs Geld

hebt sich dagegen deutlich von den Werten bei der *direkten* Gewichtungsfrage und beim Kartenspiel ab, möglicherweise wirkt sich bei der *direkten Frage* ebenso wie beim Kartenspiel die landläufige Meinung aus, daß Geld eine notwendige Voraussetzung für Zufriedenheit sei, ohne daß sich dieser Bereich faktisch bei der Lebenszufriedenheit stark niederschlägt. Die *Betreuung*, die wohl auch aus Gründen der Orientierung der Befragten an sozialer Erwünschtheit bei direkter Befragung eher als unwichtig eingeschätzt wird (unterstellt, die Patienten haben realisiert, daß das Personal die Reduktion von Betreuung sowohl als Ziel wie auch als Mittel der Verselbständigung bis hin zur Enthospitalisierung als dringend geboten ansieht), scheint dagegen tatsächlich sehr viel mehr zur allgemeinen Zufriedenheit beizutragen. Vermutlich spiegelt dieser Sachverhalt die nicht ohne weiteres abzulegende, über Jahre währende Orientierung der Befragten an der Vollversorgung wider, auf die sich die meisten Bewohner eingerichtet haben.

Beim Kartenspiel (2. Verfahren) zeigen sich im Vergleich mit dem Wichtigkeitsindex ebenfalls zahlreiche Übereinstimmungen, so etwa beim Wohnen (jeweils Rangplatz 2), beim Bereich Freunde (6), bei der Gesundheit (1) und bei der Partnerschaft (9); eine leichte Abweichung ergibt sich für den Bereich Arbeit (3 versus 5). Ein deutlicher Unterschied stellt sich beim Bereich Familie ein (Wichtigkeitsindex-Rang 7 gegenüber Kartenspielrang 3), möglicherweise u.a. ein Tribut an die in der Gesellschaft vorherrschende Konvention, daß Familie per se sehr hohe Wichtigkeit besitzt. Obwohl die direkte Befragung (Gewichtungsfrage) dieser Interpretation zu widersprechen scheint, da Familie hier nur Rang 7 erhält, waren es doch auch bei dieser Frage 73,5%, d.h. annähernd drei Viertel der Befragten, die im Sinne dieser Konvention geantwortet haben. Dabei soll nicht unterstellt werden, daß die soziale Erwünschtheit alleiniger Einflußfaktor bei der Beantwortung der Frage zur Familie war. Vermutlich folgt die Bedeutungszuweisung der Familie noch anderen Gesetzmäßigkeiten und ist möglicherweise deutlich komplexer (und ambivalenter) als andere Bereiche. Im übrigen sind Angehörige bei der hier betrachteten Gruppe mit hohem Durchschnittsalter oft nicht mehr existent, oder es finden sich nur wenige entfernte Verwandte. Eventuell wird die Familie dadurch nicht unmittelbar lebenszufriedenheitsrelevant. Eine weitreichendere Detailbetrachtung scheint zur Klärung dieses, nicht unbedingt erwartbaren und gleichzeitig interessanten Sachverhalts erforderlich. Bei der hier untersuchten Gruppe langzeithospitalisierter Menschen wird jedenfalls die Allgemeine Lebenszufriedenheit durch das Ausmaß der Zufriedenheit mit verwandtschaftlichen Beziehungen überwiegend nicht nachhaltig beeinflußt.

Bei der Freizeit und bei der Betreuung finden sich ebenfalls divergierende Resultate bei Wichtigkeitsindex und Kartenspielmethode. Bei der Betreuung wird das Ergebnis der Kartenspielmethode ebenso wie die direkte Befragung (Gewichtungsfrage) nicht unabhängig von der sozialen Erwünschtheit im Sinne des Negierens der Betreuungsnotwendigkeit sein. Insofern läßt sich die Differenz zwischen den beiden direkten Methoden der Befragung mit Rangplatz 6 bzw. 7 und der indirekten Methode des Wichtigkeitsindex (Rangplatz 4) plausibel erklären. Zudem könnte der Bedeutungszuwachs von Betreuung im Zuge der Enthospitalisierung im Vergleich zur ersten Welle noch nicht bewußt geworden sein. Beim Bereich Frei-

zeit könnte der niedrige Rangplatz im Kartenspiel dadurch zu erklären sein, daß bei hier gegebener konkurrierender Bewertung mit anderen Lebensbereichen sich dieser am ehesten mit Konnotationen wie Müßiggang, Nutzlosigkeit, Langeweile verbindet, die im Vergleich mit Bereichen wie Gesundheit, Wohnen, Arbeit etc. seine nachrangige Bewertung nahelegen. *Faktisch* scheint er nicht so unbedeutend zu sein, wie seine mittleren Rangplätze sowohl bei den Wichtigkeitsindizes der ersten und zweiten Welle als auch bei den entsprechenden Kontingenzkoeffizienten belegen. Beim Geld könnte der umgekehrte Gedankengang beschritten werden: die allgegenwärtige hohe Bewertung monetärer Belange mag sich in den direkten Befragungsmethoden (Rangplätze 3 und 4) niederschlagen. Interessanterweise zeigt sich der Zusammenhang zwischen Geld und allgemeiner Lebenszufriedenheit deutlich schwächer: die indirekten Methoden weisen dem Bereich Geld für beide Wellen entweder den vorletzten (8) oder letzten (9) Rangplatz zu.

#### **8.4 Methodische Bewertung der Verfahren zur Wichtigkeitserfassung**

Anhand dieser ersten Übersicht und auf der Basis der Erfahrungen im Forschungsfeld soll der Versuch einer Bewertung der Verfahren vorgenommen werden. Die mathematische Koppelung der Einzelbereichszufriedenheiten an die Allgemeine Lebenszufriedenheit, wie beim Kontingenzkoeffizienten und - noch feiner abgestuft - beim *Wichtigkeitsindex* vorgenommen, folgt einer klaren Logik, ist keinerlei subjektiven Verzerrungstendenzen, bspw. durch soziale Erwünschtheit, ausgesetzt und schafft keine Konkurrenzsituation der Lebensbereiche um die Rangplätze, wie etwa das Kartenspiel, bei dem jedem Rangplatz genau ein Lebensbereich zugeordnet werden muß. Aufgrund der Ausblendung des individuellen Urteils muß jedoch die Frage der Sinnhaftigkeit aufgeworfen und die Möglichkeit eines statistischen Artefakts reflektiert werden. Hauptproblem in diesem Zusammenhang ist der hohe Anteil der Zufriedenen sowohl bezogen auf die Einzelbereiche als auch im Hinblick auf die Allgemeine Lebenszufriedenheit, wodurch die interindividuellen Unterschiede bei Heranziehung bivariater Zusammenhänge eher gering sind. Andererseits scheinen sie aufgrund der relativ hohen Zahl an Lebensbereichen und einer Fallzahl deutlich über hundert groß genug, um interindividuelle Unterschiede zum Ausdruck zu bringen und Typisierungen vorzunehmen.

Ein weiteres methodisches Problem ist das Erfordernis, daß für die Bewertung jedes einzelnen Bereichs für alle Bereiche Zufriedenheitsangaben vorliegen müssen: ein fehlender Wert in einem Bereich würde zum Ausschluß des Falles bei allen Bereichen führen. In der vorliegenden Untersuchung wurde deshalb - um dem zu begegnen - wie folgt verfahren: Im Falle von bis zu drei Missing-Werten in der Reihe der neun Bereichszufriedenheiten wurde für die verbleibenden Lebensbereiche zwar der Wertebereich (1 bis 17 bei Wichtigkeitsindex und 1 bis 34 bei Gewichtetem Zufriedenheitsindex) beibehalten, allerdings wurden in Abweichung von dem abgebildeten Berechnungsschema die Intervalle in Abhängigkeit von der Anzahl der fehlenden Werte gestreckt. Der eigentliche Missing-Wert in der Zahlenreihe wurde durch den Gruppenmittelwert des Lebensbereichs ersetzt. Ein weiteres Problem ist die aufgrund der Besonderheiten der Befragtengruppe notwendige Di-

chotomisierung der Antworten, die eine differenziertere Indexbildung mit spezifischerer Erfassung des Passungsgefüges von Einzelbereichen und Allgemeiner Lebenszufriedenheit nicht zuläßt.

Andererseits läßt die sehr präzise Bestimmung des Einflusses eines Bereichs zur Gesamtzufriedenheit unter Berücksichtigung der Anzahl gleichgerichteter Antworten anderer Bereiche das Verfahren sehr tauglich erscheinen, wobei die nicht geringe Probandenzahl Verzerrungen, die auf Zufall basieren, minimiert und die Prüfung anhand zweier Wellen und der Vergleich mit anderen Verfahren eine eingehende externe Validierung zulassen.

Die *Methode der direkten Befragung* nach der empfundenen Wichtigkeit der einzelnen Lebensbereiche hat den Nachteil, daß die Tendenz, (nahezu) alle Bereiche als wichtig anzusehen, recht ausgeprägt ist und damit wenig Aufschluß über Abstufungen gibt. So wiesen denn auch bei der direkten Befragung drei Bereiche Wichtigkeitsnennungen von über 90% auf, 8 von 9 Bereichen lagen über 70%, und lediglich der Bereich Partnerschaft wurde nur von 52,0% als wichtig angegeben.

Das *Kartenspiel* bietet neben dem Vorzug der Auflockerung des Interviews durch Einführung eines spielerischen Elements eine relativ gute Abstufung der Wichtigkeiten verschiedener Lebensbereiche aus der subjektiven Sicht des Interviewten. Problematisch sind das rein ordinale Meßniveau und die Möglichkeit der Gleichwertigkeit verschiedener Lebensbereiche, deren Ausschluß zwar die Untersuchungsteilnehmer zu differenzierter Beurteilung zwingt und Pauschalbewertungen vorbeugt, andererseits sich eben faktische Gleichwertigkeit nicht abbilden läßt. Zudem ist diese Methode, wie auch die der direkten Befragung, Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit ausgesetzt. Dieser Einwand kann sicherlich auch in Zusammenhang mit dem erstgenannten auf mathematischer Gewichtung beruhenden Verfahren geäußert werden, da diesem letztlich auch subjektive Angaben (zur Zufriedenheit mit Lebensbereichen) zugrundeliegen. Hierbei tritt der Vergleich der verschiedenen Lebensbereiche miteinander jedoch nicht in Erscheinung, so daß eine Abwägung der Lebensbereiche nach Bedeutungskonventionen vermutlich nicht erfolgt.

Aufgrund dieser Überlegungen haben wir uns entschlossen, im folgenden vor allem den konstruierten Gewichtungsindex und damit einhergehend den gewichteten Zufriedenheitsindex zur Analyse der Bewohnerbefindlichkeit im Enthospitalisierungsverlauf heranzuziehen.

## **8.5 Empirische Prüfung der Hypothesen: Erste Schritte**

### **8.5.1 Lebenszufriedenheit allgemein und in Teilbereichen im Überblick (Hypothese 1)**

Erste zentrale Hypothese unseres Aufsatzes war, daß langzeituntergebrachte psychisch Kranke trotz ihrer objektiv sehr bescheidenen Lebenslage überwiegend Zufriedenheit mit ihrem Leben zeigen, wobei dies einerseits sowohl für die allgemeine Lebenszufriedenheit als auch für die einzelnen Teilbereiche gelten soll, andererseits Unterschiede zwischen verschiedenen Teilpopulationen (z.B. nach Geschlecht, Hospitalisierungsdauer, Diagnose etc.) erwartet werden.

Ein Blick auf Tabelle 5, die die detaillierten Zufriedenheitsangaben für beide bisher erfaßten Zeitpunkte dokumentiert, macht für den ersten Zeitpunkt deutlich, daß diese Hypothese in ihrer allgemeinen Form eindeutig bestätigt wird. Nahezu exakt dreiviertel der Probanden berichten allgemeine Lebenszufriedenheit. Andererseits kann man nicht übersehen, daß die Probanden zwar überwiegend auch mit allen einzelnen Lebensbereichen zufrieden sind, daß sich hier jedoch auch deutliche Differenzen zwischen den Lebensbereichen zeigen.

*Tabelle 5: Gegenüberstellung der Zufriedenheitsangaben aus der ersten und zweiten Befragungswelle*

Lebensbereich	Zufriedenheitsanteil			Veränderung 1994 gegenüber 1993	
	valide Fälle	1993 (%)	1994 (%)	Zunahme (%)	Abnahme (%)
<b>Wohnsituation</b>	125	86,4	84,0		2,4
Verpflegung	122	86,0	81,1		4,9
Privatsphäre	111	91,9	79,3		12,6
Freiheiten	114	89,5	88,6		0,9
Zusammenleben	101	73,3	65,3		8,0
<b>Familie</b>	117	68,4	65,0		3,4
<b>Partnerschaft</b>	23	95,7	91,3		4,4
kein Partner	71	71,8	64,8		7,0
<b>Freunde</b>	110	73,6	80,0	6,4	
<b>Freizeit</b>	119	83,2	82,4		0,8
<b>Gesundheit allgemein</b>	120	61,7	66,7	5,0	
körperliche Gesundheit	101	67,3	67,3	0	0
seelische Gesundheit	99	61,6	67,7	6,1	
Medikamente	100	75,0	73,0		2,0
<b>Arbeitssituation</b>	79	82,3	91,1	8,8	
keine Arbeit	23	60,9	69,6	8,7	
Arbeitsinhalt	72	93,1	95,8	2,7	
Arbeitsleistung	71	90,1	85,9		4,2
Verdienst	74	66,2	48,6		17,6
Arbeitskollegen	67	91,0	94,0	3,0	
Vorgesetzte	69	94,2	92,8		1,4
Arbeitsbedingungen	70	88,6	82,9		5,7
Anerkennung	68	85,3	88,2	2,9	
<b>Finanzielle Situation</b>	116	75,0	65,5		9,5
<b>Betreuung</b>	115	83,5	78,3		5,2
<b>Allgemeine Zufriedenheit</b>	122	76,2	71,3		4,9

So sticht ins Auge, daß zu Beginn der Enthospitalisierung die Bereiche Wohnen, Freizeit, Betreuung und Partnerschaft durch deutlich höhere Zufriedenheit ausgezeichnet sind (wenn man nur die zusammengefaßten Bereichswerte betrachtet), während die Bereiche Gesundheit, Geld, Freunde und Familie *relativ* niedrige Zufriedenheitswerte aufweisen. Insgesamt gesehen ist also Hypothese 1 eindeutig bestätigt. Auf eine differenzierte Betrachtung nach den weiter oben (S. ) in Zusammenhang mit der Formulierung der Hypothese genannten soziodemographischen und „karrierebezogenen“ Variablen sei hier zunächst verzichtet, insbesondere deshalb, weil wir oben zeigen konnten, daß sich aus methodischen Gründen die Verwendung der komplexeren Indizes, also z.B. der Wichtigkeitsindizes, empfiehlt, die wir daher für die folgende Analyse der Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche im Zeitablauf heranziehen wollen.

### 8.6 Bedeutung der Lebensbereiche im Zeitablauf (Hypothese 3)

In unserer *zweiten Hypothese* hatten wir postuliert, daß sich durch die Veränderung der Lebensumstände im Zuge der Enthospitalisierung zunächst- zumindest in bestimmten, elementaren Lebensbereichen- eine Zunahme von Unzufriedenheit einstellen wird, und in unserer *dritten Hypothese* hatten wir die ergänzende Behauptung aufgestellt, daß dieser Prozeß von einem Wechsel der relativen Wichtigkeiten der einzelnen Lebensbereiche begleitet bzw. verursacht wird. Wenden wir uns aus pragmatischen Gründen zunächst den Daten zur Prüfung der *dritten Hypothese* zu.

Wie zuletzt dargelegt, wollen wir zur genaueren Analyse der Entwicklungen auf die von uns entwickelteren komplexeren Indizes zurückgreifen. Zieht man den Vergleich von erster und zweiter Welle unter Verwendung der *Wichtigkeitsindizes* (3. Verfahren) heran und greift dazu wieder auf Tabelle 3 zurück, so fällt im *oberen* Teil der Tabelle, der die Lebensbereiche Wohnen, Familie, Freunde und Freizeit umfaßt, eine weitgehende Übereinstimmung der ermittelten Wichtigkeiten zwischen beiden Zeitpunkten auf - mit sehr geringen Rangplatzunterschieden. Die größte Differenz besteht im Bereich Freunde (Rangplätze 4 und 6); dies ist jedoch auf Verschiebungen anderer Bereiche zurückzuführen. Die numerische Differenz der Wichtigkeitsindizes beträgt lediglich 0,039. Generell kann die relative Konstanz neben den Rangplätzen auch den Ausprägungen der Wichtigkeitsindizes entnommen werden, die von der 1. zur 2. Welle um nicht mehr als 0,2 differieren.

In der unteren Hälfte der Tabelle kommt es dagegen zu erheblichen Verschiebungen. Der Beitrag, den *Gesundheit* zur allgemeinen Lebenszufriedenheit leistet, nimmt im Laufe des Enthospitalisierungsprozesses deutlich zu; die Veränderung ist auf dem 5%-Niveau signifikant (gemessen mittels t-Test für abh. Stichproben). Zu vermuten ist, daß im Zuge des Enthospitalisierungsprozesses der gesundheitliche Zustand als wichtiges Kriterium herangezogen wird für eine eventuelle Verlegung bzw. Entlassung oder die Einleitung anderer Enthospitalisierungsmaßnahmen. Insofern wird für die Bewohner an diesem Bereich deutlich spürbar, wo ihre Grenzen liegen und mit welchen Barrieren sie sich auseinandersetzen haben bei der Übernahme von Verantwortung und Ausweitung ihrer Handlungsspielräume - bis hin zur Lösung aus dem Anstaltskontext. Ebenso wie bei dem Bereich Gesundheit



nimmt - allerdings nicht signifikant - die Bedeutung der *Betreuung* zu. Zum einen mag sich hier die Befürchtung ablesen lassen, durch die Enthospitalisierung Betreuungsqualitäten zu verlieren und Versorgungsansprüche reduzieren zu müssen, wodurch deren subjektiv wahrgenommene Bedeutung folgerichtig ansteigt. Zum anderen - aber eng damit verknüpft - wird durch die Thematisierung der Enthospitalisierung die Notwendigkeit und damit auch die individuelle Abhängigkeit von Betreuung deutlicher, weshalb ebenfalls eine Zuweisung größerer Bedeutung nahe liegt.

Für den Bereich *Arbeit* ist ein - wenn auch nicht-signifikanter - Bedeutungsverlust zu verzeichnen. Ein Erklärungsversuch kann dahin gehen, Arbeit als sehr stark der Anstalt verhaftet anzusehen, findet doch die Arbeit bis zum Beginn des Enthospitalisierungsprogramms ausschließlich anstaltsintern in WfB-Werkstätten oder auf Prämienarbeitsplätzen der Einrichtung statt.

Der signifikante Rückgang der Bedeutung des Bereichs *Partnerschaft* mag damit zusammenhängen, daß die ohnehin seltenen Partnerschaften bis auf wenige Ausnahmen innerhalb der Anstalt mit anderen Bewohnern eingegangen wurden. Nur vereinzelt hatten Paare gemeinsame Enthospitalisierungsperspektiven, so daß ein Rückgang der Wichtigkeit in diesem Bereich für diese Personengruppe nachvollzogen werden kann. Da die Ergebnisse auf der Aggregatebene angesiedelt sind, können einzelne Paare, die gemeinsam ihren Auszug/ihre Verlegung planen, dieser Übersicht nicht ihren Stempel aufdrücken. Für die zahlreichen Bewohner ohne Partnerschaft mögen im Zuge von Enthospitalisierung resp. Klärung der Zukunftsperspektive andere Lebensbereiche bedeutsamer geworden sein, als eine von vielen möglicherweise gewünschte, aber von den meisten als nicht realisierbar eingeschätzte Partnerschaft.

Der Bereich *Geld* bleibt zwar in beiden Wellen von nachgeordneter Wichtigkeit, doch ist der Wichtigkeitsindex der zweiten Erhebung heraufgesetzt: der Rangplatz steigt vom neunten und letzten Platz auf den achten, vielleicht ein - allerdings schwacher - Hinweis auf die *Normalisierung* der Lebensverhältnisse, die notwendigerweise auch die Problematik des Umgangs mit dem eher knappen Geld - bei Sozialhilfebezügen - aufscheinen läßt und damit seinen Stellenwert heraufzusetzen vermag. Da die meisten Bewohner noch in beschützten Settings betreut werden mit entsprechender finanzieller Absicherung, dürfte die vorhandene Tendenz noch nicht stärker zum Tragen kommen.

Wir können mithin eine sehr eindeutige Bestätigung der dritten Hypothese bestätigen, wobei die beobachteten Relevanzverschiebungen sich vor dem Hintergrund unserer allgemeinen theoretischen Überlegungen in der Regel plausibel interpretieren lassen. Dieser Umstand spricht dafür, daß unser theoretischer Bezugsrahmen grundsätzlich geeignet sein dürfte, den Prozeß der Enthospitalisierung angemessen zu deuten.

### 8.6.1 *Einfache und Gewichtete Zufriedenheit im Zeitablauf (Hypothese 2)*

Unsere methodischen Analysen hatten deutliche Hinweise darauf gegeben, daß es sinnvoll sein dürfte, die Veränderungsanalyse mit den komplexeren Indizes durch-

zuführen. Im folgenden werden wir daher zur Überprüfung der *zweiten* Hypothese entsprechend vorgehen, wobei wir angesichts der obigen methodischen Befunde besonderes Gewicht auf die differenzierte Betrachtung der einzelnen Lebensdomänen legen. So betrachten wir nun die Veränderungen der Zufriedenheiten mit den einzelnen Lebensbereichen in Tabelle 6, indem die Häufigkeitsverteilungen der Zufriedenheitsaussagen auf die einzelnen Lebensbereiche auf der Basis der einfachen Häufigkeiten der Zufriedenheit mit Einzelbereichen den auf der Basis des Wichtigkeitsindexes gebildeten *Gewichteten Zufriedenheitsindizes (GZI)* gegenübergestellt werden. Letztere berücksichtigen neben der Zufriedenheit als solcher auch den Beitrag, den der einzelne Lebensbereich für die Gesamtzufriedenheit leistet. Er enthält mithin - wie erwähnt - zwei Dimensionen: die Bedeutung des Bereichs und die Zufriedenheit mit diesem.

**Tabelle 6:** *Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen; Vergleich von Zufriedenheitsangaben zu Einzelbereichen (in %) und Gewichtetem Zufriedenheitsindex (GZI) (n=125)*

Lebensbereiche	1. Welle				2. Welle			
	Zufriedenheit in %	Rang/ (MV)	Gew. Zufriedenh.- Index (GZI) (MV=31)	Rang	Zufriedenheit in %	Rang/ (MV)	Gew. Zufriedenh.- Index (GZI) (MV=4 1)	Rang/ sign. Veränderung
Wohnen	86,4	1 (0)	23,859	5	84,0	2 (0)	23,273	3
Familie	67,8	8 (7)	23,537	6	65,9	8 (2)	21,777	9 *)
Freunde	72,6	7 (12)	23,483	7	81,8	4 (4)	23,408	1
Freizeit	83,3	2 (5)	24,570	1	82,1	3 (2)	23,122	4 *)
Gesundheit	61,2	9 (4)	22,324	9	67,7	7 (1)	22,834	6
Geld	74,2	6 (5)	23,392	8	64,5	9 (4)	22,349	8 *)
Betreuung	82,9	3 (8)	23,993	4	76,7	5 (5)	22,889	5
Arbeit	76,7	5 (5)	24,243	3	84,3	1 (10)	23,391	2
Partner-schaft	79,8	4 (16)	24,502	2	72,5	6 (5)	22,548	7**)

1) Bei Fällen mit M.V. in bis zu 3 von 9 Bereichen wurden Missing-Werte durch Gruppenmittelwerte ersetzt.

\*) 5% - \*\*) 1% - Signifikanzniveau hinsichtl. Veränderung zur 1. Welle; t-Test für abh. Stichpr.

Während der Bereich *Wohnen* bei den reinen Zufriedenheitsangaben weit vorne liegt (Rangplatz 1 bzw. 2), d.h. von sehr vielen Befragten als zufriedenstellend angegeben wird, zeigt die Gewichtete Zufriedenheit nicht ganz so hohe Rangplätze, nämlich 5 in der ersten Welle und 3 in der zweiten Welle. An dieser Stelle sei angemerkt, daß ein Vergleich der Rangfolgen beider Wellen nichts über das Ausmaß der Veränderung des Einzelbereichs von der Erst- zur Zweiterhebung aussagt. So

kann der Wert, den ein Bereich in der ersten Welle hat, dem der zweiten Welle sehr ähnlich sein, durch Veränderungen bei den anderen Bereichen kann sich der Rangplatz dieses Bereichs dennoch deutlich verschieben. Das bedeutet, daß etwas über das Verhältnis des Einzelbereichs im Kontext aller Lebensbereiche gesagt werden kann. Für den Grad der Veränderung des Einzelbereichs im Zeitablauf sind dagegen die Mittelwertvergleiche der jeweiligen Bereiche von t1 zu t2 vonnöten. Im vorliegenden Fall z.B. geht ein Rückgang in der Ausprägung des Gewichteten Zufriedenheitsindex bei Wohnen (von 23,537 auf 21,777) mit einem Anstieg der Rangplätze (von 5 auf 3) einher. Da der Unterschied nicht gravierend bzw. signifikant ist, soll an dieser Stelle die Diskussion über die Diskrepanz nicht weiter vertieft werden.

Konvergent verhalten sich die Maßzahlen bei dem Bereich *Familie*; sowohl der Gewichtete Zufriedenheitsindex als auch der Rangplatz zeigen eine Abnahme (von 23,537 auf 21,777 bzw. von Rangplatz 6 auf 9). Diese Veränderung erweist sich als signifikant und spricht für eine Abnahme der Zufriedenheit mit den familiären Bezügen, die im Zuge des Enthospitalisierungsprozesses stärker aktualisiert (daher leicht erhöhter Wichtigkeitsindex) und in ihren teilweise negativen Facetten spürbar werden dürften.

Obwohl sich im Bereich *Freunde* der Gewichtete Zufriedenheitsindex der beiden Wellen kaum unterscheidet (23,483 versus 23,408), erfährt dieser Bereich eine erhebliche Rangplatzanhebung von 7 auf 1. Erklären läßt sich dies durch die drastische Zufriedenheitsreduktion anderer Bereiche, wodurch manche Bereiche bei gleichbleibender Wichtigkeit eine Rangplatzterhöhung erfahren (s.o.). Wiewohl eine faktische Anhebung der Zufriedenheit damit nicht verbunden ist, gehört der Bereich Freunde zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung zu den Bereichen, die die meiste Zufriedenheit hervorrufen.

Ähnlich verhält es sich mit dem Bereich *Arbeit*, der trotz leicht herabgesetzter Zufriedenheit einen höheren Rangplatz (2, vorher 3) einnimmt. Deutliche Abstriche in der Zufriedenheit erfahren die Bereiche *Betreuung*, *Freizeit*, *Geld* und *Partnerschaft* - die Bereiche Freizeit und Geld auf dem 5%-Niveau signifikant, der Bereich Partnerschaft gar auf dem 1%-Niveau.

Eine Sonderstellung nimmt der Bereich *Gesundheit* ein, der, obwohl gemäß Gewichtetem Zufriedenheitsindex nur leicht verändert (22,324 versus 22,834), einige Ränge gewinnt (von 9 auf 6), dabei jedoch beim Wichtigkeitsindex, wie beschrieben, einen deutlichen Anstieg der Bedeutung im Hinblick auf die Allgemeine Zufriedenheit (von Rangplatz 7 auf 1) erfährt. Da Gesundheit ursprünglich der Bereich mit der niedrigsten Zufriedenheitsquote war (61,2%; vgl. Tab 3, Spalte 'Zufriedenheit' 1. Welle), erklärt sich die relative Konstanz beim Gewichteten Zufriedenheitsindex - bei gleichzeitigem Anstieg der Wichtigkeit - durch die Zunahme der Zufriedenheit von erster zu zweiter Welle (von 61,2 auf 67,7; vgl. Tabelle 3, Spalte 'Zufriedenheit' 2. Welle). Das bedeutet, daß im Zuge der Enthospitalisierung nicht nur das Thema Gesundheit stärker ins Blickfeld gerückt ist und eine größere Bedeutung auch für die individuelle Perspektive erhalten hat, sondern auch subjektiv mehr Zufriedenheit mit der Gesundheit wahrgenommen wird. Letztgenannter Effekt ist allerdings deutlich schwächer (keine Signifikanz) als erstgenannter Ef-

fekt der stärkeren Fokussierung des Gesundheitsthemas - evident durch die Erhöhung der Wichtigkeit von Gesundheit für die Gesamtzufriedenheit. Offensichtlich gerät in der Einschätzung der Gesundheit einiges in Bewegung. Möglicherweise werden neben dem bereits angesprochenen Effekt der deutlicheren Wahrnehmung gesundheitsbedingter Barrieren im Enthospitalisierungsprozeß noch positive Akzente gesetzt durch die Bewußtwerdung eigener Kräfte, Energien und Handlungsmöglichkeiten, wodurch eventuell auch die Beurteilung der Gesundheit etwas günstiger ausfällt.

Es kann konstatiert werden, daß einige Bereiche, die im Rahmen der Enthospitalisierungsvorgänge stärker ins Blickfeld gerückt werden bzw. im Enthospitalisierungsgeschehen größere Bedeutung erhalten, im Zeitablauf zunächst eher unzufriedener erlebt werden. Dies sind vor allem die *Familie*, die *Betreuung* und der Bereich *Finanzen*.

Da bei Enthospitalisierung immer auch die Möglichkeit der heimatnahen Versorgung bzw. Intensivierung der Angehörigenkontakte geprüft wird, führt die Aktualisierung der oft problematischen Familienverhältnisse zu vermehrter Unzufriedenheit mit diesem Bereich. Im Zuge der Enthospitalisierung soll Betreuung mehr und mehr zurückgeschraubt werden, um dem Bewohner mehr Autonomie zu gewähren und seine alltagspraktische Kompetenz zu fördern. Dies führt verständlicherweise zunächst zu Verunsicherung und zu dem Gefühl des Vorenthaltens liebgewordener Versorgungsgepflogenheiten. Die Abnahme der Zufriedenheit mit den verfügbaren Geldmitteln verwundert nicht angesichts der oft erstmaligen Konfrontation mit Fragen der Haushaltsführung und Unterhaltssicherung.

Der Rückgang der Zufriedenheit mit dem Lebensbereich *Freizeit* wirft Fragen auf. Ein möglicher erster Erklärungsansatz könnte in die Richtung gehen, daß sich zum einen das Personal zunehmend aus der Freizeitgestaltung der Bewohner herausnimmt, damit diese den Lebensbereich selbständig gestalten lernen, andererseits Verlegungen und Entlassungen bisher praktizierte Freizeitgewohnheiten aufheben und ein Vakuum in diesem Bereich schaffen, das erst mit neuen Inhalten gefüllt werden muß.

Hinsichtlich des deutlichen Rückgangs der Zufriedenheit mit der *Partnerschaft* stellt sich ebenfalls die Frage nach der Ursache, die nicht unmittelbar einsichtig ist. Da der überwiegende Teil der Bewohner ohne Partnerschaft ist, kann gemutmaßt werden, daß die mit der Enthospitalisierung einhergehende Normalisierung auch Bedürfnisse wachruft, die lange Zeit latent geblieben sind und denen nunmehr Ausdruck verliehen wird, indem z.B. das Fehlen einer Partnerschaft stärker wahrgenommen und artikuliert wird.

Generell kann dieses Phänomen als ursächlich angesehen werden für die deutlich herabgesetzte Zufriedenheit über alle Bereiche hinweg von der ersten zur zweiten Erhebung. So ergibt sich ein höherer Mittelwert der gewichteten Zufriedenheit aller Bereiche in der ersten Welle von 23,767 im Verhältnis zur zweiten Welle, bei der das Mittel 22,843 beträgt.

Auch in bezug auf die zweite Hypothese können wir also von einer weitgehenden Bestätigung sprechen. Dies gilt uneingeschränkt für die postulierte globale

Steigerung der Unzufriedenheit in der ersten Phase der Enthospitalisierung und teilweise auch in bezug auf die vermuteten Schwerpunkte der Zunahme der Unzufriedenheit. Die genauere Betrachtung dieser Veränderungen läßt erkennen, daß diese mehrheitlich ex post theoretisch plausibel gedeutet werden können.

In unseren erläuternden und ergänzenden Kommentaren zu den von uns entwickelten Hypothesen haben wir mehrfach darauf hingewiesen, daß aus einer Reihe von theoretischen Überlegungen bestimmte Vermutungen über die Relevanz von Drittvariablen für die Ausprägung der in den Hypothesen formulierten Beziehungen resultieren. Der Kürze wegen seien im folgenden nur für die Hypothesen 2 und 3 auszugsweise einige Kontrollen für Drittvariablen dargestellt.

### **8.7 Zufriedenheit mit Lebensbereichen in Abhängigkeit von Drittvariablen**

Als Ausgangsmaterial für die Analyse der Beziehungen der Lebenszufriedenheit mit theoretisch erwartbar relevanten Drittvariablen wurden der Wichtigkeitsindex, der Gewichtete Zufriedenheitsindex, beide jeweils zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt, sowie die einfache Differenz beider Indizes zwischen erster und zweiter Welle herangezogen. Dabei können nur ausgewählte Befunde tabellarisch dokumentiert werden.

#### *8.7.1 Geschlecht*

Beim Geschlecht zeigen sich nur sehr geringfügige Unterschiede, und zwar hinsichtlich der *Wichtigkeit* des Lebensbereichs *Wohnen*, der - zumindest zum ersten Erhebungszeitpunkt - von den weiblichen Untersuchungsteilnehmern deutlich höher gewichtet wird; die entsprechenden Mittelwerte liegen bei 10,75 für die Frauen und 9,447 für die Männer. Der t-Test weist bei 119 Freiheitsgraden einen t-Wert von -2,05 und eine Signifikanz von  $p=0,042$  auf. Auch die *gewichtete Zufriedenheit* der weiblichen Befragten mit diesem Bereich ist mit 26,16 höher als die der Männer mit 23,04 - ein Unterschied, der auf dem 1%-Niveau signifikant ist (t-Wert = -2,46,  $df = 72,10$  bei Varianzheterogenität). Schließlich zeigt sich eine Geschlechterdivergenz noch bei der Zufriedenheit mit dem Bereich *Partnerschaft*. Die weiblichen Bewohner sind mit diesem Bereich zum Zeitpunkt t1 deutlich zufriedener als die Männer (26,45 versus 23,81; t-Wert - 2,96,  $df = 104,57$  bei Varianzheterogenität).

#### *8.7.2 Krankheitsbild und Psychopathologie*

Beim Krankheitsbild zeigt sich bei Personen mit oligophrener Erkrankung über alle Lebensbereiche hinweg ein deutlicher Anstieg der Zufriedenheit. Damit setzt sich diese Diagnosegruppe deutlich von den anderen Gruppen, insbesondere der mit nicht-organischen Psychosen, ab. Konkret weisen folgende Bereiche bei der durchgeführten Varianzanalyse hohe F-Werte mit geringer Irrtumswahrscheinlichkeit auf: Betreuung, Freizeit, Freunde, Geld, Partnerschaft und Wohnen. Es zeigen sich allerdings keine signifikanten Unterschiede der Zufriedenheit zu den beiden Erhebungszeitpunkten. Die Mittelwerte, F-Werte und Signifikanzniveaus der als signi-

fikant ausgewiesenen Gruppenunterschiede beim Zufriedenheitszuwachs von t1 nach t2 sind nachfolgender Tabelle (Tab.7) zu entnehmen:

**Tabelle 7:** *Zufriedenheit mit Lebensbereichen in Abhängigkeit von Diagnosegruppen; Varianzanalyse*

Differenzwerte t1-t2/ Bereich	Nicht-org. Psychosen (n=65)	Oligo- phrenie (n=26)	F-Wert	Signifikanz
Betreuung	29,63	34,96	7,7248	0,0066
Freizeit	29,99	34,23	6,5564	0,0121
Freunde	31,53	35,38	4,4762	0,0372
Geld	30,56	33,58	4,1651	0,0442
Partnerschaft	29,29	33,84	7,5315	0,0073
Wohnen	30,29	34,62	6,2522	0,0142

Auffällig bei der Drittvariable Diagnosegruppen erscheint noch die Wichtigkeitszumessung. Die Gruppe derer mit organischen Psychosen, epileptischen Erkrankungen und neurologischen Diagnosen weist einen starken Anstieg der Bedeutung von Geld auf. Sie liegt zum Zeitpunkt t1 deutlich unter dem der anderen Gruppen, nimmt aber aufgrund des Zuwachses zum zweiten Erhebungszeitpunkt die Spitzenposition ein. Der Sachverhalt erweist sich laut Varianzanalyse mit einem F-Wert von 4,7655 bei  $p=0,0026$  beim Bedeutungszuwachs (Differenzwert t1 zu t2) und einem F-Wert von 3,2549 bei  $p=0,0242$  bei der Ausprägung zum Zeitpunkt t2 als bedeutsam. Da die Gruppe relativ klein und hinsichtlich der Krankheitsbilder heterogen zusammengesetzt ist, kann an dieser Stelle noch keine abschließende Würdigung des Tatbestandes vorgenommen werden, eine differenzierte Sichtung der individuellen Verläufe scheint erforderlich.

Weiterhin auffällig ist der Befund, daß Personen mit oligophrener Erkrankung den Bereich Betreuung zu beiden Erhebungszeitpunkten wichtiger einschätzen als andere Krankheitsgruppen, allerdings ist die Beziehung nicht signifikant. Mitverantwortlich dafür dürfte die meist objektiv größere, weil permanente Abhängigkeit der oligophrenen Patienten sein, die denselben durchaus bewußt zu sein scheint.

Im Hinblick auf die Psychopathologie, erhoben über das BPRS, ergeben sich signifikante Beziehungen zwischen einzelnen Syndromen und der Zufriedenheit, insbesondere im Hinblick auf zwei Merkmale: die Hostilität (Feindseligkeit/ Mißtrauen) und die Denkzerfahrenheit (Thought disturbance). Diese setzen sich deutlich von den anderen Syndromen ab, im Hinblick auf die Stärke des Zusammenhangs und die Vielfalt der Beziehungen zu verschiedenen Bereichen. So weist das Merkmal Hostilität in der zweiten Welle einen starken negativen Zusammenhang zur Zufriedenheit mit der Betreuung und einen - weniger starken ( $p=0,051$ ) - mit

der Familie auf, weiterhin zwei hochsignifikante negative Korrelationen mit den Bereichen Freunde und Freizeit. Darüber hinaus läßt sich - auf dem 5%-Niveau - eine Beziehung mit Gesundheit nachweisen. Denkerfahrenheit scheint ebenfalls einen sehr deutlichen und nachhaltigen Einfluß auf die Zufriedenheit auszuüben. So korrespondiert dieses Syndrom in der ersten Welle negativ mit Arbeit, Geld und Wohnen, in der zweiten Erhebung mit Freunden und Freizeit (beide hochsignifikant), Partnerschaft, Gesundheit (5%-Niveau) und Familie, wobei bei letzterer knapp die 5%-Marke verfehlt wird. Die genannten Zusammenhänge bedürfen der krankheitsspezifischen Differenzierung insofern, als die signifikanten Korrelationen mit Hostilität überwiegend auf Personen mit schizophrenen Erkrankungen zurückzuführen sind, die entsprechenden Korrelationen mit Denkerfahrenheit dagegen überwiegend auf die Gruppe der Oligophrenen.

Hinsichtlich der Wichtigkeit von Einzelbereichen fällt auf, daß zum Zeitpunkt t2 die Personen mit hohen Ausprägungen auf der Anergia-Skala den Bereich Gesundheit deutlich höher gewichteten als die Personen mit unauffälligen Werten. Dahinter mag sich das Phänomen verbergen, daß Bereiche oft dann als gewichtig erlebt werden, wenn sie defizitär empfunden werden, d.h. von ihnen ein gewisser Leidensdruck ausgeht. Bei Personen mit hohen Hostilitätswerten, bei denen oft auch die Krankheitseinsicht gering ist, zeigt sich demgemäß beispielsweise keine auffällige Bedeutungszuweisung dieses Bereichs.

Je höher die Werte bei Denkerfahrenheit und Hostilität, desto weniger wichtig wird der Bereich Geld (1. Welle) empfunden, das gleiche gilt für den Bereich Wohnen (2. Welle). Es ist denkbar, daß insbesondere bei Personen mit erhöhten Hostilitätswerten - gewissermaßen als krankheitsinhärentes Geschehen - der Fokus in ihrem Leben eher auf soziale Bezüge gerichtet ist, die im Sinne einer Gegenabhängigkeit als symptomkonstituierend angesehen werden können. Andere Lebensbereiche treten demgegenüber an Bedeutung zurück, auch wenn - als Überstrahlungseffekt - andere Bereiche ebenfalls unbefriedigend erlebt werden. Die hohen Unzufriedenheitswerte der Befragten mit hoher Hostilität, insbesondere im Sozialkontakt, könnten für diese Annahme sprechen.

### 8.7.3 *Hospitalisierung*

Die Untersuchung der Zusammenhänge von Bereichszufriedenheiten und Hospitalisierungsvariablen, erfaßt durch die Verweilzeit in der untersuchten Einrichtung, die kumulierte Hospitalisierungsdauer und das Alter bei Ersthospitalisierung, erbrachten keinerlei nennenswerte Befunde. Mit anderen Worten: es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und der Wichtigkeit einzelner Lebensbereiche auf der einen Seite und den Hospitalisierungsvariablen auf der anderen. Mit einer weitgehenden Interpretation sollte man jedoch sehr vorsichtig sein, könnte das Ergebnis doch unter Umständen darauf zurückgeführt werden, daß die untersuchten Probanden durchweg schon so lange hospitalisiert waren, daß eine *weitere* Steigerung von Hospitalisierungseffekten innerhalb der Population durch besonders lange Hospitalisierungsdauer nicht mehr nachweisbar ist (Deckeneffekt).

#### 8.7.4 Persönlichkeitsmerkmale, insbes. Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugung

Sehr interessante Resultate ergeben sich bei Betrachtung der Persönlichkeitsvariablen, und hier insbesondere der zwei Merkmale *Kontrollüberzeugung* und *Selbstwertgefühl*. Die Kontrollüberzeugung resp. Externalität/Internalität korreliert - zumindest zum Zeitpunkt t2 - mit nahezu allen Lebensbereichen (ausgenommen der Bereich Arbeit). Das bedeutet, daß bei internaler Kontrollüberzeugung deutlich mehr Zufriedenheit empfunden wird als bei externaler Kontrollüberzeugung. Nachfolgend die Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus zu den einzelnen Bereichen.

**Tabelle 8:** *Korrelation von Internalität und Bereichszufriedenheiten*  
(corr/Pearson; n=125)

Bereich	Betreuung	Familie	Freunde	Freizeit	Geld	Gesundheit	Partnerschaft	Wohnen
Korr.koeffizient								
Internalität mit ...	,2646	,2858	,2765	,2719	,3005	,2976	,2604	,2838
Signifikanz	0,017	0,010	0,012	0,014	0,006	0,007	0,019	0,010

In ähnlicher Weise verhält es sich mit dem *Selbstwertgefühl*. Auch hier ergibt sich ein deutlicher und stringenter Zusammenhang mit der Zufriedenheit. Generell kann gesagt werden, daß bei hohem Selbstwertgefühl eher Zufriedenheit wahrgenommen wird. Dieser Sachverhalt kann sowohl in der ersten als auch in der zweiten Welle beobachtet werden. So zeigen sich signifikante Beziehungen zwischen dem Selbstwertgefühl zum *Zeitpunkt t1* und dem Bereich Freunde (0,2165, p=0,027), der Freizeit (0,2139; p=0,029) und dem Wohnen (0,2413, p=0,014). Ebenso finden wir signifikante Relationen zwischen dem Selbstwertgefühl zum *Zeitpunkt t2* und den Bereichen Arbeit (0,2149, p=0,035), Betreuung (0,2590, p= 0,011), Freunde (0,2607, p=0,010), Freizeit (0,2680, p=0,008), Geld (0,2705, p=0,008), Gesundheit (0,2282, p=0,025) und Wohnen (0,2953, p=0,003).

Die Werte der *Einsamkeitsskala* korrelieren ebenfalls signifikant - allerdings wie zu erwarten negativ - mit der Zufriedenheit, und zwar zum Zeitpunkt t1 mit den Bereichen Betreuung, Freunde, Geld, Partnerschaft und Wohnen, zum Zeitpunkt t2 mit Ausnahme von Arbeit und Familie mit allen Bereichen. Interessant ist hinsichtlich des Wichtigkeitsindex, daß bei hohem Wert auf der Einsamkeitsskala der Bereich Gesundheit als besonders wichtig erachtet wird; bei einem niedrigen Wert auf der Einsamkeitsskala werden eher die Bereiche Partnerschaft und Freizeit für bedeutsam gehalten. Diese Beziehung könnte als Hinweis auf eine Tendenz zur Reduzierung kognitiver Dissonanzen interpretiert werden, in dem - spannungsmindernden - Sinne, daß bei Abwesenheit von Einsamkeit soziale Lebensbereiche höher gewichtet werden, bei Einsamkeitsgefühlen eher nicht-soziale Bereiche zufried-



denheitskonstituierend sind (vgl. ausführlichere Darstellung, allerdings auf der Basis etwas anderer Skalierungen, Kimpel 1995).

#### 8.7.5 *Selbständigkeitsniveau der betreuenden Häuser*

Wird die Veränderung der Wohnmilieus, erfaßt über ein Expertenrating zum Selbständigkeitsniveau der betreuenden Häuser, in Verbindung zu den Zufriedenheitswerten gebracht, so ergeben sich einige wenige, aber möglicherweise sehr aufschlußreiche Befunde. So geht eine Zunahme des Selbständigkeitsniveaus der betreuenden Häuser mit einer größeren Unzufriedenheit im *familiären* Bereich einher. Ein Zusammenhang zwischen Familie und Selbständigkeitsniveau stellt sich auch her, wenn die Veränderung der Zufriedenheit mit der Familie von der ersten zur zweiten Welle in Beziehung gesetzt wird zu dem Selbständigkeitsniveau des Hauses zum Zeitpunkt der zweiten Welle. Hier ergibt sich eine eindeutige negative Beziehung, d.h. bei hohem Selbständigkeitsniveau geht die Zufriedenheit tendenziell zurück; ein möglicher Hinweis auf die Desillusionierung der selbständigeren Bewohner, wenn sie im Zuge der Enthospitalisierung Erwartungen an ihr familiäres Umfeld richten.

Ein sehr interessantes Phänomen ist schließlich noch, daß mit steigendem Selbständigkeitsniveau des betreuenden Hauses die Wichtigkeit von *Gesundheit* deutlich zunimmt. Möglicherweise zeigt sich auch hier, wie an anderer Stelle bereits ausgeführt, daß die Bewohner, die im Enthospitalisierungsprozeß am weitesten vorangeschritten sind, am deutlichsten die Barrieren wahrnehmen, die ihnen der gesundheitliche Zustand setzt.

#### 8.8 *Empirische Ergebnisse zur Referenzgruppenbildung (Hypothese 4)*

In unserer vierten Hypothese hatten wir behauptet, daß sich im Zuge der Enthospitalisierung ein Wechsel in der Relevanz bzw. Dominanz der Bezugsgruppen einstellt, der von kausaler Bedeutung für die empfundene subjektive Zufriedenheit der Patienten sein dürfte.

Wie weiter oben erläutert, wurde zur Ermittlung der Referenzgruppenbeziehungen ein Index gebildet, der für die beiden Erhebungswellen folgende Verteilung zeigt (vgl. Tab.8): Die *Mitbewohner* stellen in beiden Erhebungen die bedeutsamste Referenzgruppe dar; die Werte differieren dabei von der ersten zur zweiten Welle nur minimal. Zum Zeitpunkt der *Ersterhebung* werden die *Mitarbeiter* als nächstwichtige Bezugsgruppe ausgewiesen, gefolgt von Freunden und Bekannten innerhalb der Einrichtung, externen Personen und der Familie. Die Familie hat den letzten Rangplatz auch in der zweiten Erhebung inne - bei fast identischen Indexwerten. Verschiebungen ergeben sich im *mittleren* Bereich der Rangreihe. So fällt die Gruppe der Mitarbeiter - trotz nur geringfügiger Indexwertunterschiede - von dem zweiten auf den dritten Platz, bedingt durch ein Ansteigen der Bedeutung der externen Personen als Referenzgruppe von Rangplatz 4 auf Rang 2. Aus dem gleichen Grund verlieren die Freunde und Bekannte einen Rangplatz, obwohl der Indexwert annähernd konstant bleibt. Ein t-Test für gepaarte Stichproben weist die

Veränderungen zwar als nicht signifikant aus, dennoch kann der Tabelle zumindest als leichte *Tendenz* entnommen werden, daß *externen* Personen zunehmend *größere* Bedeutung als Referenzgruppe zukommt und sie den Mitarbeitern in dieser Hinsicht zumindest ebenbürtig sind. Es kann weiterhin festgestellt werden, daß die Mitbewohner eine überdauernde zentrale Rolle als Referenzgruppe einnehmen, die Familie dagegen diesbezüglich nur minimale Bedeutung hat.

**Tabelle 9:** *Referenzgruppenindex (RGI)*

Vergleichsgruppe	t1		t2	
	Indexwert	Rang	Indexwert	Rang
Mitarbeiter	5,20	2	5,19	3
Familie	4,54	5	4,46	5
Bewohner	5,45	1	5,42	1
Freunde/Bekannte	5,03	3	5,16	4
Externe Personen	4,69	4	5,42	2

Die vierte Hypothese kann also nur insofern als bestätigt angesehen werden als die Mitarbeiter leicht an Boden verlieren und die externen Personen tendenziell an Relevanz gewinnen. Global gesehen bleiben während der ersten Phasen des Enthospitalisierungsprozesses „revolutionäre“ Umstrukturierungen in der erwarteten Richtung aus, bei erkennbarer Entwicklung in die postulierte Richtung.

Zieht man in einem nächsten Schritt das Selbständigkeitsniveau der Häuser als Treatmentvariable hinzu, so ergeben sich für den Zeitpunkt t1 statistisch bedeutsame Zusammenhänge: zum einen - negativ korreliert - zwischen dem Selbständigkeitsniveau und der Relevanz der Mitarbeiter als Referenzgruppe (d.h. mit höherem Selbständigkeitsniveau verliert die Mitarbeiterschaft als Bezugsgruppe an Bedeutung), zum anderen - positiv korreliert - mit den externen Personen, die bei höherem Selbständigkeitsniveau als Vergleichsgruppe an Wichtigkeit gewinnen. Der Zusammenhang bleibt zwar in der zweiten Welle der Tendenz nach bestehen, wird allerdings sehr schwach und erreicht kein akzeptables Signifikanzniveau. Dieser Sachverhalt könnte so gedeutet werden, daß - nach einer anfänglichen Umorientierung in Richtung auf andere Referenzgruppen - die Referenzgruppenbindungen eher diffuser werden und in Abhängigkeit von den im Zuge der Enthospitalisierung gesammelten, sehr individuell geprägten Erfahrungen heterogene Referenzgruppenwahlen vorgenommen werden. Diese Befunde sind jedoch noch durch Rückgriff auf weitere Variablen zu substantiieren und sollen daher nicht vertieft diskutiert werden. Grundsätzlich erscheint die vierte Hypothese tendenziell bestätigt, wenn auch in deutlich modifizierter Form.

## 9. Schlußfolgerung und Ausblick

Zum Abschluß sollen die zentralen Befunde und Schlußfolgerungen zusammengefaßt aufgelistet werden:

### 9.1 *Zur Methodik*

Das gewählte Verfahren erfaßt zentrale Einflußfaktoren bei der Entstehung von Lebenszufriedenheit. Nicht nur die sozialen Bezugsgrößen in Form der Referenzgruppen, sondern auch die personspezifische Bedeutung verschiedener Lebensbereiche im Hinblick auf die Allgemeine Lebenszufriedenheit können abgebildet und in die Analyse einbezogen werden.

Der Vergleich mit direkten Methoden der Erfassung von subjektiven Bedeutungszuweisungen zeigt, daß hierbei nur teilweise übereinstimmende, teilweise jedoch abweichende, vermutlich durch Phänomene wie Orientierung an Sozialer Erwünschtheit beeinflusste Befunde zu gewärtigen sind.

Da unseres Wissens ein derartiges Verfahren bislang noch nicht angewendet wurde, kann die Methode nicht den Anspruch auf vollständige Elaborierung haben. In einem fortgesetzten fachlichen Diskurs müßten Vor- und Nachteile sowie mögliche Modifikationen erörtert werden.

Ließe man den bisherigen zwei Erhebungswellen noch weitere folgen, dürfte die Validität der Untersuchung deutlich zu erhöhen sein. Tatsächlich ist die vorgestellte Studie als Langzeitstudie angelegt und sieht von daher noch wenigstens eine weitere Welle vor, so daß die gewählte Methode weiteren Prüfungen auf Zuverlässigkeit, Gültigkeit und Tauglichkeit ausgesetzt wird.

### 9.2 *Zur Empirie*

Hervorzuheben ist zum einen der Bedeutungszuwachs des Lebensbereichs Gesundheit im Enthospitalisierungsverlauf sowie das relativ geringe Ausmaß an Zufriedenheit mit diesem Lebensbereich. Die aus diesem Lebensbereich resultierenden Einschränkungen sind damit als stärkste wahrgenommene Barriere bei der Rückkehr in die Normalität zu interpretieren.

In den Bereichen Familie, Freizeit, Geld und Partnerschaft zeigt sich vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt ein signifikanter Rückgang der Zufriedenheit. Eine Abnahme der Zufriedenheit läßt sich ebenso für die Bereiche Wohnen, Betreuung und Arbeit belegen. Dies spricht für eine Aktualisierung bislang latent vorhandener Bedürfnisse im Zuge der Enthospitalisierungs- und Normalisierungsbemühungen.

Während der Hospitalisierungsgrad keinen Einfluß auf die Lebenszufriedenheit zu haben scheint, erweisen sich Persönlichkeitsvariablen, wie Selbstwertgefühl und Ausmaß an Internalität, als starke Prädiktoren für Zufriedenheit. Auch psychopathologische Faktoren, vor allem Hostilität (Mißtrauen, Feindseligkeit) und Denkerfahrenheit, scheinen Zufriedenheit nachhaltig zu beeinflussen, hier: zu beeinträchtigen.

Bei den Personen, die im Enthospitalisierungsverlauf in Wohnformen mit höherem Selbstständigkeitsanspruch umziehen, erhöht sich in besonderer Weise die Unzufriedenheit mit den familiären Bezügen, ein möglicher Hinweis auf eine Diskrepanz von Vorstellungen hinsichtlich zukünftiger Lebensformen und des zukünftigen Wohnortes bei Langzeitpatienten hier und Angehörigen dort.

Im Verlauf des Enthospitalisierungsprozesses ergibt sich eine Dynamik der Referenzgruppenbezüge. Während die Mitbewohner und die Mitpatienten im Enthospitalisierungsprozeß relativ stabile Bezugsgrößen für Lebenszufriedenheit bleiben, scheinen externe Personen im Zeitablauf mehr und mehr als Referenzgruppe neben sie zu treten. Die Familienangehörigen dagegen dürften als Maßstab für Lebenszufriedenheit nur eine sehr geringe Bedeutung besitzen. Insbesondere die Zunahme der Wichtigkeit externer Personen kann als ein erstes Zeichen von Normalisierung gewertet werden.

Abschließend kann festgehalten werden, daß es verfehlt wäre, an Enthospitalisierungsbemühungen den Anspruch heranzutragen, die betroffenen Patienten kurzfristig zufriedener zu stimmen. Offensichtlich führt die Herausbildung neuer Vergleichsmaßstäbe, hier insbesondere die Entstehung neuer Referenzgruppenbezüge, sowie daraus folgend die Divergenz von Lebensbedingungen und individuellen Erwartungshaltungen vielfach zu einem Anstieg von Unzufriedenheit. Genauso verfehlt wäre es jedoch, daraus den Schluß zu ziehen, das Votum der Bewohner würde Enthospitalisierung als untauglich disqualifizieren. Aus den bisherigen Befunden spricht vielmehr das Erfordernis, mittels einer längerfristigen Perspektive die Zufriedenheitsdynamik sowohl im Zeitablauf zu erfassen, als auch eine angemessene Beurteilung 'konsolidierter' (Un-)Zufriedenheit nach einer Phase äußerer und eventuell innerer Instabilität, d.h. am Ende des Anpassungsprozesses, vorzunehmen.

## Anmerkungen

- 1 Wir bedanken uns nachdrücklich bei jenen Kollegen, die uns in den letzten Jahren mit großer Geduld beraten haben. Erwähnt seien insbesondere Niels Pörksen und Reinhold Kilian.
- 2 Zu einer sehr gründlichen Diskussion der Vorteile eines qualitativen Zugangs vgl. Kilian 1995.
- 3 Da für die deutsche Fassung der Brief Psychiatric Rating Scale, einer weit verbreiteten Skala zur Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten, noch keine Normwerte vorliegen, wurden Vergleiche mit anderen Studien gezogen, die den erhaltenen Wert als sehr hoch ausweisen.

## Literatur

- Aaronson, N.K./Bullinger, M./Ahmedzai, S., 1988: A Modular Approach to Quality-of- Life Assessment in Cancer Clinical Trials. S. 231-249 in: H. Scheurlen/R. Kay/M. Baum (Hrsg.), Cancer Clinical Trials: A Critical Appraisal. Berlin: Springer.
- Agnew, R., 1992: Foundation for a General Strain Theory of Crime and Delinquency. *Criminology* 30: 47-87.
- Agnew, R./White, H.R., 1992: An Empirical Test of General Strain Theory. *Criminology* 30: 475-499.

- Albrecht, G., 1994: Anomie und Kriminalität. Unveröffentl. Msk., Fakultät für Soziologie, Universität Bielefeld 1994 (auszugsweise in W. Heitmeyer, Hrsg., *Das zerrissene Band*, Bd. 1, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1996).
- Albrecht, G./Ingenleuf, H.-J./Wilm, B./Vieten, B./Günther, C./Kimpel, S., 1996: Abschlußbericht des Projektes „Fünf-Jahres-Verlaufsstudie zur Enthospitalisierung. chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten.“. Bielefeld 1996.
- Albrecht, G./Ingenleuf, H.-J./Wilm, B./Vieten, B./Zamora, P. /Günther, C., 1994: Theoretischer Bezugsrahmen zur Untersuchung der Enthospitalisierung von chronisch psychisch kranken Langzeitpatienten. *Soziale Probleme* 5: 196-228.
- Arbeitsbericht vBAB, 1992: Arbeitsbericht von Bodelschwingsche Anstalten Bethel. Bielefeld.
- Bohle, H. H., 1975: Soziale Abweichung und Erfolgchancen. Die Anomietheorie in der Diskussion. Neuwied-Darmstadt : Luchterhand.
- Bradburn, N.M., 1969: *The Structure of Psychological Well-being*. Chicago: Aldine.
- Bullinger, M., 1990: Concepts and Methods of Quality of Life Assessment. S. 73-91 in: G.M. Füllgraff/H. Franke/H. Lenau/H. Rode (Hrsg.), *Klinisch-Pharmakologisches Kolloquium IV*, Titisee 1989. Freiburg i.B.: Clinical Research Foundation.
- Campbell, A./Converse, P.E./Rodgers, W.L., 1976: *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*. New York: Russell Sage.
- Cumming, E./Dean, L.R./Newell, W.E., 1958: What is „Morale“? A Case History of a Validity Problem. *Human Organization* 17: 3-8.
- Engel, R.R./Knab, B./Dobhoff-Thun, C.v., 1983: *Stationsbeurteilungsbogen. Manual*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Fend, H./Helmke, A./Richter, P., 1984: *Inventar zu Selbstkonzept und Selbstvertrauen*. Universität Konstanz, SFB 23.
- Festinger, L., 1954: A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations* 7: 117-140.
- Festinger, L., 1957: *A Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston, Ill.: Row-Peterson.
- George, L.K., 1981: Subjective Well-being: Conceptual and Methodological Issues. S. 345-382 in: C. Eisdorfer (Hrsg.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, Bd. 2. New York: Springer.
- George, L.K./Bearon, L.B., 1980: *Quality of Life in Older Persons - Meaning and Measurement*. New York: Human Sciences Press.
- Ginsberg, R. B., 1980: *Anomie and Aspirations. A Reinterpretation of Durkheim's Theory*. New York: Arno Press.
- Glatzer, W., 1984: Determinanten der Zufriedenheit. In: Glatzer, W./Zapf, W. (Hrsg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik - Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt/M.-New York: Campus.
- Günther, C., 1995: *Struktureller Wandel am Arbeitsplatz und Arbeitszufriedenheit im Zuge der Enthospitalisierung. Eine empirische Untersuchung bei Mitarbeitern im Psychiatrie-Langzeitbereich*. Diplomarbeit Fak. f. Soziologie. Bielefeld 1995.

- Hyman, H. H./Singer, E. (Hrsg.), 1968: Readings in Reference Group Theory and Research. New York- London: The Free Press-Collier-Macmillan.
- Ipsen, D., 1978: Das Konstrukt Zufriedenheit. *Soziale Welt* 29: 44-53.
- Kilian, R., 1995: Ist Lebensqualität meßbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. In: *Psychiatrische Praxis* 22: 97-101.
- Kimpel, S., 1995: Zufriedenheit und Hospitalisierung. Die gesellschaftliche Konstruktion der Selbst- und Umweltwahrnehmung am Beispiel von chronisch psychisch kranken Langzeitpatienten. Diplomarbeit an der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld. Bielefeld 1995.
- Krampen, G., 1981: IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Kutner, B./Fanshel, D./Togo, A./Langner, T.S., 1956: Five Hundred over Sixty. New York: Sage.
- Lauer, G., 1993: Fragebogen zur Lebensqualität (FZLQ) - autorisierte Übersetzung des QLI von Lehman, 4. dt. Version. Heidelberg .
- Lawton, M.P., 1972: The Dimensions of Morale. In: D. Kent/R. Kastenbaum/S. Sherwood (Hrsg.), *Research, Planning, and Action for the Elderly*. New York: Behavioral Publications.
- Lawton, M.P., 1975: The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology* 15: 85-89.
- Lehman, A., 1982: Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue. *American Journal of Psychiatry* 139: 1271-1276.
- Lerner, M. J., 1970: The Desire for Justice and Reactions to Victims. In: J. Macaulay/ L. Berkowitz (Hrsg.), *Altruism and Helping Behavior*. New York: Academic Press.
- Lerner, M.J., 1980: *The Belief in a Just World: The Fundamental Delusion*. New York: Plenum.
- Levenson, H., 1972: Distinctions within the Concept of Internal-External Control: Development of a New Scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7.
- Liang, J., 1985: A Structural Integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A. *Journal of Gerontology* 40: 552- 561.
- Ling, M., 1967: Die Konstruktion einer Lügenskala. Unveröffentlichte Zulassungsarbeit. Hamburg.
- Mayring, P., 1991: *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Merton, R.K., 1995: *Soziologische Theorie und soziale Struktur*. Berlin-New York: Walter de Gruyter.
- Merton, R.K., 1957: *Social Theory and Social Structure*, Glencoe, Ill: The Free Press .
- Moos, R.H., 1974: *Ward Atmosphere Scale: Manual*. Palo Alto.
- Neugarten, B.L./Havighurst, R.J., 1969: Disengagement Reconsidered in a Crossnational Context. S. 138-146 in R.J. Havighurst/J.M. Munnichs/B.L. Neugarten/ H. Thomae (Hrsg.), *Adjustment to Retirement*. Assen: Van Gorcum.

- Neugarten, B.L./Havighurst, R.J./Tobin, S.S., 1961: The Measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology* 16: 134-143.
- Overall, J.E./Gorham, D.R., 1976: 047 BPRS. Brief Psychiatric Rating Scale. S. 157-169 in: W. Guy (Hrsg.), *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rev. Maryland.
- Rodman, H., 1963/64: The Lower-Class Value Stretch. *Social Forces* 42: 203-215.
- Rosenberg, M., 1965: *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton; N.J.: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., 1981: The Self-Concept: Social Product and Social Force. S. 593- 624 in: M. Rosenberg/ R.H. Turner (Hrsg.), *Social Psychology: Sociological Perspectives*. New York: Basic Books.
- Rupprecht, R., 1993: *Lebensqualität. Theoretische Konzepte und Ansätze zur Operationalisierung*. Phil. Diss. Erlangen-Nürnberg .
- Russell, D./Peplau, L.A./Cutrona, C., 1980: The Revised UCLA-Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* 39: 472-480.
- Ruta, D. A./Garratt, A. M., 1994: Health Status to Quality of Life Measurement. S. 138-159 in: C. Jenkinson (Hrsg.), *Measuring Health and Medical Outcomes*. London: UCL Press.
- Skantze, K./Malm, U./Dencker, S./May, P./Corrigan, P., 1992: Comparison of Quality of Life with Standard of Living in Schizophrenic Out-patients. *British Journal of Psychiatry* 161: 797-801.
- Stephan, E./Fäth, M., 1989: Zur Validität der deutschen Fassung der UCLA-Einsamkeitsskala. *Diagnostica* 35(2): 153-166.
- Stock, W.A./Okun, M.A./Benin, M., 1986: Structure of Subjective Well-Being Among the Elderly. *Psychology and Aging* 1/2: 91-102.
- Taylor, S.E./Brown, J.D., 1988: Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective On Mental Health. *Psychological Bulletin* 103: 193-210.
- Thomas, J.A./Stock, W. A., 1988: The Concept of Happiness: A Multidimensional Scaling Investigation. *International Journal of Aging and Human Development* 27: 141-154.
- Walster, E./Berscheid, E./Walster, G. W., 1973: New Directions in Equity Research. *Journal of Personality and Social Psychology* 25: 151-176.
- Walster, E./Walster, G.W./Berscheid, E., 1978: *Equity: Theory and Research*. Boston: Allyn & Bacon.
- Zamora, P., 1995: „Lebensqualität“ als Evaluationskriterium in der Psychiatrie: Auswirkungen eines Enthospitalisierungsprojektes auf die Lebenszufriedenheit chronisch psychisch Kranker. Diplomarbeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Bielefeld 1995.