

Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung

S. Priebe¹, W. Kaiser², P. Huxley³

¹ Abteilung für Sozialpsychiatrie, Freie Universität Berlin

² Krankenhaus Spandau, Abteilung für Rehabilitation und Allgemeine Psychiatrie

³ Department of Psychiatry, University of Manchester

Zusammenfassung: In der Soziologie und Psychologie ist das Konstrukt der Lebensqualität im Sinne des subjektiven Wohlbefindens seit einigen Jahrzehnten von Bedeutung und Gegenstand empirischer Forschung. Die Resultate dieser Forschung werden resümiert, bevor dann die Befunde der eher pragmatisch ausgerichteten speziellen Untersuchungen zur Lebensqualität psychisch Kranker zusammenfassend dargestellt werden. Subjektive Lebensqualität scheint dabei von manchen Faktoren beeinflusst, aber als eigenständiges Kriterium bedeutsam zu sein. Abschließend wird der weitere Bedarf an empirischer Forschung, an konzeptioneller Arbeit und an gesundheitspolitischer Diskussion aufgezeigt, welche erforderlich sind, bevor die Frage der Brauchbarkeit von Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung endgültig zu beantworten ist.

Quality of Life as a Criterion for Planning and Evaluation of Mental Health Care: In sociology and psychology, quality of life and subjective well-being have been being relevant constructs and subject of empirical research for several decades. Results of this research are reviewed, and findings of the more pragmatic specific studies on quality of life in the mentally ill are summarised. Although subjective quality of life may be influenced by various factors, it stands as an own important criterion. Finally, some open questions for empirical research, for theoretical studies and for public discussion are mentioned. These questions should be addressed before a decision can be made as to which extent quality of life is a useful criterion for the planning and evaluation of mental health care.

Key words: Quality of Life – Mental Health Care – Evaluation

Subjektives Wohlbefinden als Konstrukt in Soziologie und Psychologie

Lebensqualität als Konstrukt zur Beschreibung gesellschaftlicher Zustände und Veränderungen gewann in der Soziologie der Bundesrepublik Deutschland nach beispielgebenden Arbeiten in den USA (Campbell et al. 1976) in den 70er Jahren eine zunehmende Bedeutung. 1978, 1980 und 1984 wurden umfangreiche Erhebungen – sogenannte Wohlfahrts-Surveys – durchgeführt, bei denen ein wesentliches Interesse an subjektiv wahrgenommener Lebensqualität bestand (Glatzer u. Zapf 1984, Glatzer 1991). Subjektives Wohlbefinden wurde in

diesen Studien verstanden als ein Kompositum aus kognitiven Prozessen und aus Gefühlen und Stimmungen.

In der sozialpsychologischen Literatur haben sich drei wesentliche, ergänzende Erklärungshypothesen, meist als Ergebnis experimenteller Befunde, in der differenzierenden Analyse von Zufriedenheitsbewertungen herausgebildet. Diese werden als abhängig betrachtet von komplexen Vergleichsstandards mit anderen Menschen (Social Comparisons, Glatzer u. Zapf 1984), vom individuellen Verhältnis zwischen Ansprüchen und aktuell Erreichtem (Goal Attainment, Brunstein 1993) und von Anpassungsprozessen an äußere Situationen (Adaption Level Theory, Brickmann et al. 1978). Mit Einflüssen auf das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit hat sich eine Vielzahl von Studien beschäftigt. Häufig waren die Ergebnisse allerdings nicht zu generalisieren und durch gruppenspezifische Moderatorvariablen eingeschränkt. Wiederholt wurde festgestellt, daß Alter und soziale Interaktionen einen positiven Einfluß auf die Zufriedenheit haben (Argyle u. Martin 1991, Lewinson et al. 1991). Meist gibt es Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein einer Partnerschaft oder Ehebeziehung und Zufriedenheitsmaßen. Diese können sowohl positiv als auch negativ sein: „... a spouse is the greatest source of conflict as well as of satisfaction“ (Argyle u. Martin 1991, S.87). Das Geschlecht ist mit einigen Ausnahmen nur selten korreliert mit der Zufriedenheit, wohl aber mit Maßen der damit assoziierten Affektintensität (Fujita et al. 1991). Depressivität im Sinne eines unspezifischen Syndroms hat einen starken Zusammenhang zur Zufriedenheit. Unzufriedenheit ist aber nicht auf Depressivität reduzierbar (Lewinson et al. 1991). Persönlichkeitsmerkmale, die eine positive Verbindung mit Zufriedenheitsbewertungen aufweisen, sind Extraversion und interne Kontrollüberzeugungen (Argyle u. Martin 1991, Diener 1984, Lewinson et al. 1991). Bestimmte Typen des Coping-Verhaltens scheinen kausal von Zufriedenheitsbewertungen abhängig. Ein ausschließlicher, direkter und umgekehrter Einfluß ist nicht nachzuweisen (Fillip u. Klauer 1991). Objektive Lebensumstände ergeben in der überwiegenden Zahl der Querschnitterhebungen kaum mehr als 10% gemeinsamer Varianz mit dem subjektiven Wohlbefinden. Das Einkommensniveau scheint dabei immer dann einen positiven Einfluß zu haben, wenn die Befragten einen überdurchschnittlichen Zuwachs im Vergleich zu ihrer Referenzgruppe annehmen (Glatzer 1991).

In Längsschnittstudien erwies sich das Ausmaß individueller Variation als abhängig von Persönlichkeitsmerkmalen, dabei besonders von kognitiven Einflußfaktoren, und schien bei lebensgeschichtlichen Schwellensituationen stärker ausgeprägt (Brunstein 1993, Lewinson et al. 1991, Meulemann 1991). Die

individuelle Fluktuation kann aber überdeckt werden von hoher struktureller Ähnlichkeit – insbesondere in Querschnitts-, aber auch in Längsschnittstudien –, soweit diese sich auf Maße der zentralen Tendenz beschränken: „Strukturveränderungen können im Ergebnis viel geringer sein als die Summe der ihnen zugrundeliegenden Individualveränderungen (die Bruttoveränderung ist kleiner als die Nettoveränderung); oder sie können sich aus der Konstanz eines Teils und des starken Wandels eines anderen Teils der Untersuchungspopulation ergeben.“ (Brachtl u. Zapf 1984, S. 323).

Subjektive Lebensqualität in der Psychiatrie

Vergleichsweise pragmatisch definierten Forschungsinteressen folgend, fand das Paradigma der Lebensqualität Anfang der 80er Jahre auch Eingang in die psychiatrische Forschung (Helmchen 1990). Umstandsloser als in der Soziologie und Psychologie wird subjektive Lebensqualität hier gleichgesetzt mit subjektiver Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt bzw. mit einzelnen Lebensbereichen. Daten zur subjektiven Lebensqualität in psychiatrischen Studien beruhen fast ausschließlich auf den Werten von einfachen Zufriedenheitsskalen, wengleich manche Erhebungsinstrumente auch Messungen von Affekten enthalten (Oliver 1991/92). Zunächst wurde in der Analyse von Deinstitutionalisierungsprozessen in den USA die Frage aufgeworfen, ob gemeindepsychiatrische Versorgung von ehemaligen stationären Langzeitpatienten sich im Hinblick auf objektive und subjektiv wahrgenommene Lebensqualität von der Situation in der Allgemeinbevölkerung und der in psychiatrischen Krankenhäusern unterschied. In einer der ersten Studien, in der das Konzept der subjektiven Lebensqualität in der psychiatrischen Forschung Anwendung fand (Lehman et al. 1982), zeigte sich, daß chronisch psychiatrische Patienten in Heimen in Los Angeles in drei Lebensbereichen signifikant weniger zufrieden als die Allgemeinbevölkerung waren; diese Bereiche waren Freizeit, Arbeit und Beschäftigung sowie Gesundheit. In einer weiteren Vergleichsstudie wurden chronisch psychiatrische Patienten in einem State-Hospital und in gemeindepsychiatrischen Settings in Baltimore (Lehman et al. 1986) untersucht. Die Teilstichproben dieser Studie waren einander allerdings ziemlich unähnlich und von gemischter diagnostischer Zusammensetzung. Der Anteil geistig Behinderter betrug bis zu 19%, und der Anteil schizophrener Patienten schwankte zwischen 54% und 86%. Lehman berichtet, daß signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen aus verschiedenen Settings dann nicht mehr zu belegen waren, wenn demographische und krankheitsbezogene Merkmale als Kovariaten berücksichtigt wurden.

In dem Maße, in dem seither in weiter zunehmendem Umfang eine große Zahl von chronisch psychisch Kranken außerhalb von Krankenhäusern versorgt wird, und in dem Maße, wie evaluative Forschung und Qualitätsbewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen psychiatrischer Behandlung sich seit einigen Jahren nicht mehr allein mit sogenannten objektiven Indizes, wie Wiederaufnahmeraten oder Hospitalisierungsdauern begnügt, gewinnen subjektive Evaluationskriterien und dabei vornehmlich subjektive Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit an Bedeutung (Awad 1992, Gaebel 1995, Gruyters u. Priebe 1994, Priebe et al. 1995). Das Konzept der subjektiven Lebensqualität fand – vorwiegend im englischen Sprachraum – neben dem klassischen Thema der Enthospitalisierung auch in anderen Bereichen Anwendung, wo-

bei z. Z. die Diskussion andauert, ob Lebensqualität insgesamt ausschließlich subjektiv zu definieren ist oder ob neben Zufriedenheitsmaßen auch objektive Merkmale der Lebenssituation zu berücksichtigen sind. Zusammenfassend werden bei psychisch Kranken folgende Befunde berichtet (zur Übersicht vergleiche auch Lauer 1993): Im Zusammenhang mit bestimmten gemeindepsychiatrischen Behandlungskonzepten bessert sich die subjektive Lebensqualität (Huxley u. Warner 1992). Unterschiedliche neuroleptische Substanzen können mit unterschiedlicher Lebensqualität assoziiert sein (Meltzer et al. 1990). Die Befunde zu Unterschieden zwischen Patientengruppen in verschiedenen Behandlungssettings sind uneinheitlich; so erfahren nicht-stationäre Settings eine Präferenz in mehreren Lebensbereichen (Simpson et al. 1989, Kaiser et al. in Vorbereitung), teilweise sind diese Unterschiede aber nicht sehr erheblich oder inkonsistent (Lehman et al. 1986, Warner u. Huxley 1993). Fast immer wird ein Zusammenhang zwischen psychopathologischen Symptomen und subjektiver Lebensqualität in dem Sinne gefunden, daß eine ausgeprägtere Symptomatik mit einem geringeren Maß an Zufriedenheit verbunden ist. Dies betrifft vereinzelt Negativsymptome bei Schizophrenen (Bellack et al. 1990), meist wird der Einfluß aber von diagnose-unspezifischen depressiven Symptomen dominiert (Corrigan u. Buican 1995, Kaiser et al. im Druck), und es wird nur eine insgesamt begrenzte Auswirkung konstatiert, die die Geltung subjektiver Lebensqualität als einem von Depression oder Anhedonie getrennten Konzept nicht tangiert (Corrigan u. Buican 1995, Lehman 1983, Oliver et al. 1996). Auch wenn gelegentlich andere als die hier berichteten Einflußfaktoren gefunden wurden, waren die Zusammenhänge doch nie so eng, als daß die Lebensqualität psychisch Kranker als bloßes Epiphänomen anderer Merkmale betrachtet werden könnte. Gerade jüngere und methodisch exaktere Untersuchungen (Corrigan u. Buican 1995, Kaiser et al. im Druck) zeigen auf, daß die subjektive Lebensqualität als eigenständiges Kriterium von Bedeutung ist.

Erhebungsinstrumente und deren Auswertung

Im englischen Sprachraum existiert inzwischen eine ganze Anzahl von teilweise oder vollständig standardisierten Instrumenten zur Erhebung der Lebensqualität: das Quality of Life Interview (Lehman 1988), das Lancashire Quality of Life Profile (Oliver 1991/92, Oliver et al. 1995), das Quality of Life Self-Assessment Inventory (Skantze et al.), die Quality of Life Scale (Heinrichs et al. 1984), der Quality of Life Questionnaire, zum einen von Thapa u. Rowland (1989) und zum anderen von Bigelow et al. (1991). Im deutschen Sprachraum gibt es das Berliner Lebensqualitätsprofil, das als deutsche Übersetzung und Adaptation des Lancashire Quality of Life Profile entstanden ist (Priebe et al. 1995). Diese Instrumente sind sich alle dahingehend ähnlich, daß in verschiedenen Lebensbereichen einerseits Merkmale der objektiven Lebensqualität erfragt werden und andererseits die globale und bereichsspezifische subjektive Zufriedenheit anhand von zumeist 7stufigen Zufriedenheitsskalen vom Befragten bewertet wird. Diese 7stufigen Zufriedenheitsskalen wiederum ähneln denen, die auch in Wohlfahrts-Surveys bei der allgemeinen Bevölkerung verwendet werden.

Das Berliner Lebensqualitätsprofil umfaßt 11 Teile: persönliche Daten des Befragten, allgemeine Lebenszufriedenheit, Arbeit und Beschäftigung, Freizeit, Religion, Finanzen, Wohnung,

Sicherheit, Familie, Freunde und Bekannte sowie Gesundheit. In jedem Bereich (außer persönliche Daten und allgemeine Lebenszufriedenheit) werden zunächst bis zu sieben einfache Fragen zur objektiven Situation und zu Ereignissen oder Aktivitäten des Betroffenen in den letzten vier Wochen gestellt. Diese Fragen sind zumeist dichotom formuliert und mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Der objektive Teil wird dann von einer Frage abgeschlossen, welche die objektiven Verhältnisse im jeweiligen Bereich über einen längeren Zeitraum bewertend resümiert – z.B. im Bereich Finanzen: „Hatten sie im vergangenen Jahr irgendwann zu wenig Geld, um im Alltag zurechtzukommen?“ In jedem Bereich (außer persönliche Daten und Religion) wird anschließend gefragt, wie zufrieden der Befragte mit diesem Lebensbereich im ganzen oder mit maximal vier Aspekten dieses Bereiches ist. Die Antworten werden anhand einer 7stufigen Zufriedenheitsskala gegeben, die von 1 (= völlig unzufrieden) bis 7 (= völlig zufrieden) reicht, wobei die 4 (= abwechselnd zufrieden und unzufrieden) eine Art neutralen Mittelpunkt bildet. Für die verschiedenen Lebensbereiche können Zufriedenheitswerte errechnet werden, die sich aus Einzelitems oder als Mittelwerte mehrerer Items ergeben.

Die Ergebnisse der Zufriedenheitsskalen des Berliner Lebensqualitätsprofils haben sich sowohl auf Itemebene als auch als bereichsspezifische Skalen mit Werten zwischen 0,71 und 0,86 (Items) und $> 0,75$ (Skalen/Cronbachs Koeffizient Alpha) als hinreichend reliabel im Hinblick auf interne Konsistenz erwiesen (Kaiser et al. im Druck). Dies repliziert Befunde, die eine ähnliche Güte für die oben genannten englischsprachigen Instrumente berichten (Corrigan u. Buican 1985, Lehman et al. 1986, Oliver 1991/92). In der statistischen Auswertung fraglicher Unterschiede der Zufriedenheitswerte zwischen verschiedenen Gruppen ist es angesichts des zwar im Ausmaß nicht dominanten, aber inhaltlich relevanten Einflusses anderer Variablen erforderlich, deren Einfluß multivariat und/oder beispielsweise durch die Berücksichtigung zusätzlicher Faktoren in gruppenvergleichenden Varianzanalysen zu prüfen (Corrigan und Buican 1985, Kaiser et al. in Vorbereitung, Lehman et al. 1986). Neben Unterschieden können aber ebenso Ähnlichkeiten von Gruppen von Interesse sein. Für diesen Zweck können die Ergebnisse der verschiedenen Bereiche zu einem Profil zusammengefaßt werden, das über den Gesamtscore der Einzelergebnisse hinaus in seinen Relationen spezifische Informationen zu einer Gesamtcharakteristik der untersuchten Gruppe enthält. In Anlehnung an Methoden, die Ende der 40er Jahre in der Psychologie entwickelt wurden (Cattell 1949), kann die Ähnlichkeit von Profilen statistisch berechnet werden. So konnte anhand dieser Methode gezeigt werden, daß im Vergleich von Gruppen ambulanter und stationärer Patienten langfristig hospitalisierte Patienten zwar ähnliche Profile wie stationäre Patienten mit kürzerer Aufenthaltsdauer haben, aber gleichzeitig auch jenen aus ambulanten Settings zum Teil ähnlich sind (Kaiser et al. in Vorbereitung).

Brauchbarkeit als Planungs- und Evaluationskriterium

In welcher Weise ist nun angesichts des in den vorigen Abschnitten skizzierten Forschungsstandes die Lebensqualität psychisch Kranker als Kriterium für die Planung und Evaluation psychiatrischer Versorgung brauchbar? Als reines Planungskriterium könnte Lebensqualität verwendet werden, wenn Einzelmerkmale zur Identifikation von Zielgruppen für

besondere Maßnahmen herangezogen werden. Diese Merkmale müßten durch die Versorgungsmaßnahmen nicht notwendigerweise veränderbar sein. Solche Merkmale können einfache objektive Variablen wie Arbeitslosigkeit, soziale Isolation oder Obdachlosigkeit, aber auch subjektive Parameter sein. Möglich ist auch die Verwendung als ausschließliches Evaluationskriterium, wenn z.B. ein bestimmtes Maß an Lebensqualität durch psychiatrische Versorgung erreicht werden soll, ohne daß die inhaltliche Gestaltung dieser Versorgung von der jeweiligen Konstellation der Lebensqualität abhängig gemacht wird. Anzustreben ist jedoch, daß Lebensqualität sowohl für die Evaluation als auch für die Planung als Kriterium berücksichtigt wird. Versorgungsmaßnahmen sollten inhaltlich an der Lebensqualität der betroffenen Patienten orientiert sein, und die Veränderung der Lebensqualität einzelner Patienten oder größerer Gruppen ist dann als Gütekriterium der Versorgung anzusehen. Soll Lebensqualität im letzteren Sinn, d.h. als Planungs- und Evaluationskriterium, verwendet werden, ist empirisch zunächst die Brauchbarkeit für die Evaluation nachzuweisen; inwieweit eine differenzierte Planung von Versorgung anhand von Lebensqualitätsmerkmalen sinnvoll und praktikabel sein kann, ist eine sich daran anschließende Frage. Theoretisch sollte eine aussagekräftige Evaluation stets auch Konsequenzen für die Planung haben.

Noch ist die Frage nach der Brauchbarkeit von Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung – trotz der ermunternden empirischen Befunde – nicht abschließend zu beantworten. Ungeklärt sind verschiedene inhaltliche und methodische Probleme, die in weiterer Forschung bearbeitet werden sollten. Einige mögliche Ansätze hierfür werden im folgenden aufgeführt:

In experimentellen Studien könnte untersucht werden, welchen Einfluß situative und affektive Faktoren bei psychisch Kranken auf die Bewertung ihrer Lebenssituation haben. Evtl. könnte dieser Einfluß auch differenziert und quantitativ abgeschätzt werden. Zu beachten ist allerdings, daß die Durchführbarkeit solcher Untersuchungen – etwa beim künstlichen Herstellen von Frustrationssituationen – durch Grenzen der ethischen Vertretbarkeit und durch die Belastbarkeit mancher Gruppen psychisch Kranker eingeschränkt ist.

In Längsschnittstudien bei möglichst homogenen Gruppen sollte die Sensitivität von Veränderungen der Lebensqualität gegenüber unterschiedlichen Versorgungsbedingungen geprüft werden. Für die Auswertung von Wiederholungsmessungen, die über einen bloßen Prä-Post-Vergleich hinausgehen, müssen adäquate statistische Analysestrategien allerdings noch entwickelt und erprobt werden. Herzustellen ist schließlich auch ein Bezug zu den epidemiologischen Daten der Wohlfahrts-Surveys, um deren Ergebnisse als Interpretationsrahmen für Lebensqualitätsveränderungen bei psychisch Kranken nutzen zu können.

In theoretischen und in empirischen Arbeiten zu leisten ist die konzeptionelle Verbindung des Konstruktes Lebensqualität mit anderen in der psychiatrischen Versorgungsforschung verwendeten subjektiven Evaluationskriterien, insbesondere mit dem Konstrukt der Bedürfnisse (Heinze u. Priebe 1995 und der Behandlungsbewertung (Cruyters u. Priebe 1994). Zu wünschen ist ferner, daß sich eine ähnlich intensive Forschungstätigkeit, wie sie hinsichtlich der subjektiven Lebens-

qualität psychisch Kranker begonnen wurde, auch bezüglich der objektiven Indizes entwickelt. In bisherigen Studien zur Evaluation unterschiedlicher Versorgungsbedingungen wurden objektive Merkmale der Lebenssituation zumeist anhand 4- oder 5stufiger einfacher Wohn- und Arbeitsachsen bewertet (Priebe u. Gruyters 1993). Anzustreben wäre eine differenzierende und evtl. gewichtende Berücksichtigung unterschiedlicher Parameter für eine Gesamtbewertung der objektiven Lebenssituation.

Neben diesen geschilderten Aufgaben für die psychiatrische Evaluationsforschung gibt es aber auch offene Fragen, die nur in einer gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion geklärt werden können. Die Verbesserung der Lebensqualität psychisch Kranker ist ein sehr ehrgeiziges und hohes Ziel für die Versorgung, das zwar einer Gesundheitsförderung im Sinne der WHO-Definition von Gesundheit entspricht, gleichzeitig aber auch für viele Versorgungsansätze und -maßnahmen überfordernd sein oder einen völlig ungerechtfertigten Omnipotenzanspruch medizinischer Versorgung nähren könnte. In jedem Fall hat das erklärte Ziel, die Lebensqualität von Patienten verbessern zu wollen, berufspolitische Konsequenzen: Das medizinische Fachwissen von Psychiatern ist dann nur ein Teil der in der Versorgung erforderlichen Kompetenz, und möglicherweise ist dieser Teil von vergleichsweise geringer Bedeutung im Verhältnis zu den Kenntnissen und Fähigkeiten von Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, Psychologen oder Krankenpflegekräften. Zu bedenken ist weiterhin, daß die zunehmende Berücksichtigung subjektiver Evaluationskriterien wie der subjektiven Lebensqualität zwar die Rolle des Patienten als aktiven Konsumenten psychiatrischer Dienstleistungen stärken mag, gleichzeitig aber auch eine Gefahr in sich birgt: Wenn Entscheidungen über Konzepte und Schwerpunktsetzungen in der psychiatrischen Versorgung vornehmlich von Konsumentenmeinungen abhängig gemacht werden, könnten eigene ethische Wertsetzungen und wissenschaftlich begründete langfristige Strategien zu sehr an Bedeutung verlieren.

Die abschließende – sicherlich unvollständige – Liste offener Fragen und Probleme soll keineswegs die gegenwärtig recht intensiven Forschungsaktivitäten zur Lebensqualität psychisch Kranker kritisieren oder hemmen; sie beschreibt jedoch aus unserer Sicht den Bedarf an weiterer Forschung und öffentlicher Diskussion, bevor Lebensqualität zumindest unter Routinebedingungen als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung allgemein verwendet und anerkannt werden kann.

Literatur

- Argyle, M., M. Martin: The psychological causes of happiness. In: Strack, F., M. Argyle, N. Schwarz (eds): *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Pergamon Press, Oxford (1991) 77–100
- Awad, G. A.: Quality of Life of Schizophrenic Patients on Medications and Implications for New Drug Trials. *Hosp. Com. Psych.* 43 (1992) 262–265
- Bellack, A. S., R. L. Morrison, J. T. Wixted, K. T. Mueser: An Analysis of Social Competence in Schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 156 (1990) 809–818
- Bigelow, D. A., B. H. McFarland, M. M. Olson: Quality of Life of Community Mental Health Program Clients: Validating a Measure. *Community Mental Health J* 27 (1991) 43–55
- Brachtel, W., W. Zapf: Stabilität und Wandel individueller Wohlfahrt: Panelergebnisse. In: Glatzer, W., W. Zapf (Hrsg): *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Campus, Frankfurt (1984) 323–339
- Brickmann, Proband., D. Coates, R. Janoff-Bulman: Lottery Winners and Accident Victims: Is happiness relative? *J. Pers. Soc. Psychol.* 36 (1978) 917–927
- Brunstein, J. C.: Personal Goals and Subjective Well-Being: A Longitudinal Study. *J. Pers. Soc. Psychol.* 65 (1993) 1061–1070
- Campbell, A., P. E. Converse, W. L. Rodgers: *The Quality of American Life*. Russel Sage, New York 1976
- Cattell, R. B.: *rp and other Coefficients of Pattern Similarity*. *Psychometrika* 14 (1949) 279–298
- Corrigan, P. W., B. Buican: The Construct Validity of Subjective Quality of Life for the Severely Mentally Ill. *J. Nerv. Ment. Dis.* 183 (1995) 281–285
- Diener, E.: Subjective well-being. *Psychol. Bull.* 235 (1984) 542–575
- Fillip, S.H., T. Klauer: Subjective well-being in the face of critical life events: the case of successful copers. In: Strack, F., M. Argyle, N. Schwarz (eds): *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Pergamon Press, Oxford (1991) 213–234
- Fujita, F., E. Diener, E. Sandvik: Gender Differences in Negative Affect and Well-Being: The Case for Emotional Intensity. *J. Pers. Soc. Psychol.* 61 (1991) 427–434
- Gaebel, W. (Hrsg): *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Springer, Berlin 1995
- Glatzer, W., W. Zapf (Hrsg): *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Campus, Frankfurt 1984
- Glatzer, W.: Quality of Life in advanced industrialized countries: the case of West Germany. In: Strack F., M. Argyle, N. Schwarz (eds): *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Pergamon Press, Oxford (1991) 261–279
- Gruyters, T., S. Priebe: Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatr. Prax.* 21 (1994) 88–95
- Heinze, M., S. Priebe S.: Zum Bedürfnisbegriff in der psychiatrischen Forschung. *Fundamenta Psychiatrica* 9 (1995) 52–60
- Heinrichs, D. W., T. E. Hanlon, W. T. Carpenter: The Quality of Life Scale: An Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome. *Schizophr. Bull.* 10 (1984) 388–398
- Helmchen, H. (1990): Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Psychiatrie. In: Schölmerich, P., G. Thews, (Hrsg): *„Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin*. G. Fischer, Stuttgart (1990) 93–115
- Huxley, P., R. Warner: Case management, quality of life and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. *Hosp. Com. Psychiatry* 43 (1992) 799–802
- Kaiser, W., S. Priebe, K. Hoffmann, M. Isermann: *Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie*. Nervenarzt im Druck
- Kaiser, W., S. Priebe, W. Barr, K. Hoffmann, M. Isermann, U.-U. Röder-Wanner, P. Huxley: *Quality of Life Profiles in Schizophrenic In- and Outpatients Samples*, in Vorbereitung
- Lauer, G.: Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch Kranken. *Psychiatr. Prax.* 20 (1993) 88–90
- Lehman, A. F., N. C. Ward, L. L. Linn: Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am. J. Psych.* 139 (1982) 1271–1276
- Lehman, A. F.: The effect of psychiatric symptoms on quality of life assessments. *Eval. Program. Plann.* 6 (1983) 143–151
- Lehman, A. F., S. Possidente, F. Hawker: The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hosp. Comm. Psych.* 37 (1986) 901–907
- Lehman, A. F.: A Quality of Life Interview for Chronically Mentally Ill. *Eval. Prog. Plan.* 11 (1988) 51–62

- Lewinsohn, P., J. Redner, J. Seeley: The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: new perspectives. in: Strack, F., M. Argyle, B. Schwarz (eds): Subjective well-being. An interdisciplinary perspective. Pergamon Press, Oxford (1991) 141-169
- Meltzer, H. Y., S. Burnett, B. Bastani, L. F. Ramires: Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp. Com. Psych.* 41 (1990) 892-897
- Meulemann, H.: Lebenszufriedenheit und Lebenserfolg im Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen. *Koe. Z. Soz. Soz. Psych.* 43 (1991) 476-501
- Oliver, J. P. J.: The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Soc. Work. Soc. Sci. Rev.* 3 (1991-1992) 5-45
- Oliver, J. P. J., P. J. Huxley, K. Bridges, H. Mohamad: *Quality of Life and Mental Health Services*. Routledge, London 1996
- Priebe, S., T. Gruyters, M. Heinze, C. Hoffmann, A. Jäkel: Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung - Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatr. Prax.* 22 (1995) 140-144
- Priebe, S., T. Gruyters: The role of helping alliance in Psychiatric Community care: a prospective study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 181 (1993) 552-557
- Simpson, C. J., C. E. Hyde, B. Faragher: The Chronically Mentally Ill in Community Facilities. A Study of Quality of Life. *Br. J. Psych.* 154 (1989) 77-82
- Skantze, K., U. Malm, S. J. Dencker, P. J. A. May, P. W. Corrigan: Comparison of Quality of Life to Standard of Living in Schizophrenic Outpatients. *Br. J. Psych.* 161 (1992) 797-801
- Thapa, K., L. A. Rowland: Quality of Life Perspectives in Longterm Care: Staff and Patients Perceptions. *Acta Psychiatr. Scand.* 80 (1989) 267-271
- Warner, R., P. Huxley: Psychopathology and Quality of Life Among Mentally Ill. Patients in the Community. *Br. J. Psych.* 163 (1993) 505-509

Priv.-Doz. Dr. med. S. Priebe

Freie Universität Berlin

Abteilung für Sozialpsychiatrie

Platanenallee 19

14050 Berlin