

Zusammenfassung

Ausgehend von bisherigen Ergebnissen soziologischer und sozialpsychologischer Lebensqualitätsforschung und von Befunden aus psychiatrischen Studien zur subjektiven Lebensqualität wurden chronisch schizophrene Patienten ($n = 318/ICD 10 : F20$) in verschiedenen Behandlungssettings untersucht: Die Konsistenzkoeffizienten der Zufriedenheitsskalen in dem benutzten Untersuchungsinstrument (Berliner Lebensqualitätsprofil) waren hinreichend. Psychopathologische Variablen dominierten in ihrem Einfluß auf die Zufriedenheit gegenüber demographischen und krankheitsbezogenen Merkmalen und solchen objektiver Lebensqualität. Ein spezifischer Einfluß schizophrener Negativsymptome ergab sich nicht. Angst-Depression-Scores hatten keinen Einfluß auf Zufriedenheitsbewertungen unterschieden nach Settings. In 2 von 9 Bereichen („Wohnen“ und „Seelische Gesundheit“) und in Gesamtscores ergaben sich Unterschiede zwischen Patienten aus unterschiedlichen Settings. Die Ausprägung der Kontraste zwischen stationären und ambulanten Gruppen war abhängig von der aktuellen, stationären Behandlungsdauer der stationären Patienten. Um Unterschiede subjektiver Lebensqualität und die Beeinflussung durch Behandlungsmaßnahmen besser aufklären zu können, wird über die Durchführung von Querschnittstudien hinaus für Längsschnittstudien nach der Panelmethode plädiert.

Schlüsselwörter

Subjektive Evaluationskriterien
– Subjektive Lebensqualität

Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie

W. Kaiser¹, S. Priebe³, Karin Hoffmann³ und Margarete Isermann²

¹ Abteilung für Rehabilitation und Allgemeine Psychiatrie, Krankenhaus Spandau, Berlin

² 3. Psychiatrische Abteilung, Krankenhaus Spandau, Berlin

³ Abteilung für Sozialpsychiatrie, Freie Universität, Berlin

Subjektives Wohlbefinden („subjective well-being“) als Konstrukt in Soziologie und Psychologie

Lebensqualität als Konstrukt zur Beschreibung gesellschaftlicher Prozesse und Fakten gewann in der Soziologie der Bundesrepublik Deutschland nach beispielgebenden Arbeiten in den USA [7] in den 70er Jahren eine zunehmende Bedeutung. 1978, 1980 und 1984 wurden umfangreiche Erhebungen (Wohlfahrtsurveys) durchgeführt, bei denen von Anbeginn ein wesentliches Interesse an subjektiv wahrgenommener Lebensqualität bestand [13, 14]. Subjektives Wohlbefinden/individuelle Wohlfahrt wurde in diesen Studien verstanden als ein Kompositum, zusammengesetzt aus kognitiven Prozessen (Lebenszufriedenheit), Gefühlen und Stimmungen.

Drei wesentliche, sich ergänzende Erklärungshypothesen, häufig als Ergebnis sozialpsychologischer Experimente, haben sich in der differenzierteren Analyse von Zufriedenheitsbewertungen herausgebildet. Diese werden als abhängig betrachtet von

- komplexen Vergleichsstandards („social comparisons“) mit anderen Menschen [13];

- dem individuellen Verhältnis zwischen Ansprüchen und aktuell Erreichtem („goal attainment“) [6];
- Anpassungsprozessen an äußere Situationen („adaption level theory“) – häufig belegt mit dem Befund, daß Gewinner in Lotterien nach einiger Zeit kaum zufriedener, z. T. sogar unzufriedener als die Allgemeinbevölkerung waren und Menschen mit schweren Lähmungen nach Unfällen im Hinblick auf die Bewertung von Alltagsaktivitäten und ihre Erwartungen an die Zukunft nach einiger Zeit wieder ein relatives Zufriedenheitsniveau erreicht hatten [5].

Eine Vielzahl von Studien hat sich mit Einflüssen auf das subjektive Wohlbefinden/die Zufriedenheit beschäftigt. Nicht selten waren die Ergebnisse allerdings nicht zu generalisieren und durch gruppenspezifische Moderatorvariablen eingeschränkt: Häufig wurde festgestellt, daß Alter und soziale Interaktionen einen positiven Einfluß auf die Zufriedenheit haben [1, 28]. Meist gibt es Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein einer Partner-/Ehebeziehung und Zufriedenheitsmaßen. Diese können sowohl positiv wie negativ sein: „... a spouse is the greatest source of conflict as well as of satisfaction“ ([1], S 87). Das Geschlecht hat mit einigen Ausnahmen nur wenig Einfluß auf die Zufriedenheit, wohl aber auf Maße der damit assoziierten Affektintensität [11]. Depressivität (als diagnoseunspezifisches Syn-

Dr. W. Kaiser, Krankenhaus Spandau, örtlicher Bereich Griesingerstraße, Erwachsenenambulanz, Griesingerstraße 27–33, D-13589 Berlin

Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia

W. Kaiser, S. Priebe,
K. Hoffmann and M. Isermann

Summary

The main results of quality of life research in sociology and social psychology and the findings of psychiatric studies on subjective quality of life are summarized. The present study examined subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia in different treatment settings ($n = 318$ /ICD 10 : F20). The satisfaction scales of the instrument used (*Berliner Lebensqualitätsprofil*) are shown to have adequate consistency coefficients. Psychopathological variables accounted for more variance than demographic and illness-related characteristics and features of objective quality of life. Negative schizophrenic symptoms were not of particular concern, and anxiety/depression scores did not interact with satisfaction ratings in different settings. Two of nine domains (living situation and mental health) and the total scores showed significant differences between patients in different settings. The degree of contrast between in- and out-patients seemed to be influenced by the current length of stay of the in-patients. In addition to cross-sectional studies, there is a need for further examination of differences in subjective quality of life and in treatment effects in longitudinal studies, which should make use of panel designs.

Key words

Subjective criteria for evaluation
- Subjective quality of life

drom) korreliert hoch mit Zufriedenheit. Unzufriedenheit ist aber nicht auf Depressivität reduzierbar [28]. Persönlichkeitsmerkmale, die einen positiven Zusammenhang zu Zufriedenheitsbewertungen haben, sind Extraversion und interne Kontrollüberzeugungen [1, 8, 28]. Bestimmte Typen des Copingverhaltens scheinen kausal von Zufriedenheitsbewertungen abhängig. Ein ausschließlicher, direkter und umgekehrter Einfluß ist nicht festzustellen [10]. Objektive Lebensumstände ergeben in Querschnitterhebungen kaum mehr als 10% gemeinsamer Varianz mit dem subjektivem Wohlbefinden. Das Einkommensniveau scheint immer dann einen positiven Einfluß zu haben, wenn die Befragten einen überdurchschnittlichen Zuwachs im Vergleich zu ihrer Referenzgruppe unterstellen [14].

Das Ausmaß individueller Variation in Längsschnittstudien erwies sich als abhängig von Persönlichkeitsmerkmalen, dabei besonders von kognitiven Einflußvariablen und schien bei lebensgeschichtlichen Schwellensituationen stärker ausgeprägt [6, 28, 30].

Die individuelle Fluktuation kann aber überdeckt werden von hoher struktureller Ähnlichkeit besonders in Querschnittstudien – 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“ ([4], S 323).

Subjektive Lebensqualität („subjective quality of life“) – Entwicklungen in der Psychiatrie

Vergleichsweise pragmatisch definierten Forschungsinteressen folgend, fand die Thematik der Lebensqualität anfangs der 80er Jahre auch Eingang in die psychiatrische For-

schung [16]. Anders als in Soziologie und Psychologie wird subjektive Lebensqualität („subjective quality of life“/„subjective well-being“) hier gleichgesetzt mit subjektiver Zufriedenheit („life satisfaction“). Daten zur subjektiven Lebensqualität in psychiatrischen Studien beruhen fast ausschließlich auf den Werten von Zufriedenheitsskalen, wenngleich manche Erhebungsinstrumente auch Messungen von Affekten enthalten [31].

Zunächst wurde in der Analyse der Deinstitutionalisierung (Enthospitalisierung) 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 dem Maße, in dem seitdem in weiter zunehmendem Umfang eine große Zahl von chronisch psychiatrisch Kranken außerhalb von Krankenhäusern behandelt wird und in dem Maße, in dem evaluative Forschung und Qualitätsbewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen psychiatrischer Behandlung überhaupt sich seit einigen Jahren nicht mehr alleine mit sogenannten objektiven Indizes wie Wiederaufnahmeraten, Hospitalisierungsdauern, Nebenwirkungen etc. begnügte, gewannen subjektive Evaluationskriterien (vornehmlich subjektive Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) zunehmend an Bedeutung [2, 12, 34]. Das Konzept der subjektiven Lebensqualität fand – vorwiegend im englischen Sprachraum – neben dem „klassischen“ Thema der Enthospitalisierung – auch in anderen Bereichen Anwendung, und in Lebensqualitätsstudien bei psychisch Kranken werden folgende Befunde berichtet (als Übersicht vgl. auch [22]): Chronisch psychisch Kranke erleben eine geringere Lebensqualität als die Allgemeinbevölkerung [23]. Im Zusammenhang mit bestimmten gemeindepsychiatrischen Behandlungskonzepten bessert sich die Bewertung der subjektiven Lebensqualität [18]. Unterschiedliche neuroleptische Sub-

stanzen sind mit unterschiedlicher Lebensqualität assoziiert [29]. Die Befunde zu Unterschieden zwischen Settings (stationär vs. gemeindepsychiatrisch) sind uneinheitlich: z.T. erfahren nichtstationäre Settings eine Präferenz in mehreren Bereichen [37], z.T. sind die Unterschiede aber nicht sehr erheblich oder inkonsistent [26, 39]. Fast immer wird ein Zusammenhang zwischen psychopathologischen Symptomen, auch Negativsymptomen bei Schizophrenen [3] und subjektiver Lebensqualität gefunden. Meist wird aber nur eine begrenzte Auswirkung konstatiert [25, 31, 37].

Die Kritik an dem Gebrauch subjektiver Evaluationskonzepte in der Psychiatrie [15, 21, 22, 27] bemängelt in theoretischer Hinsicht eine als unzureichend erachtete Fundierung der Konstrukte und einen häufig naiven Empirismus, vor dem schon in der eingangs erwähnten soziologischen Diskussion gewarnt worden war und bei dem Zufriedenheitswerte als einfaches „Legitimationsbarometer“ interpretiert werden – mit der dahinter stehenden „... einfachen Hypothese, daß gute Situationen, Verhältnisse und Dinge zu Zufriedenheit führen, und man demnach umgekehrt aus dem Vorhandensein von Zufriedenheit auf die Qualität der Zustände schließen kann“ ([19], S 44). Methodologisch werden gegen psychiatrische Studien zur subjektiven Zufriedenheit hauptsächlich die folgenden Einwände erhoben:

- Die Erhebungsinstrumente seien schlecht untersucht;
- Settings und Patientenpopulationen seien schlecht beschrieben, beliebig und heterogen;
- die Ergebnisse seien v.a. mit der psychiatrischen Diagnose und Symptomatik, aber auch anderen demographischen Variablen und dem Setting konfundiert.

Fragestellungen

Längsschnittstudien scheinen nahegelegt, da eine fast ubiquitäre Tendenz zur Restabilisierung einer im Mittel über dem Durchschnitt lie-

gende Zufriedenheit auch nach einschneidenden Ereignissen zu beobachten ist und konstant bleibende Unzufriedenheitspositionen die Ausnahme und auf „spezielle Problemgruppen“ beschränkt sind [13, 14]. Meist zeitlich begrenzte Effekte von Ereignissen und Kontexten auf Zufriedenheitsmaße und die betroffenen Subgruppen können oft nur auf diese Weise sichtbar gemacht werden. Die Daten der ersten Querschnittvergleiche einer als prospektive Längsschnittstudie längerfristig angelegten Untersuchung werden hier aber nicht nur deshalb präsentiert, weil sie ohnehin Bestandteil eines Längsschnittsdesigns sind. Die Prognose scheint nicht vermessen, daß Querschnittstudien (auch unabhängig von Längsschnittstudien) wegen ihrer leichteren Machbarkeit und wegen des Aktualitätsdrucks evaluativer Fragestellungen immer wieder durchgeführt werden und quantitativ weiter dominieren werden. Ihre Erkenntnismöglichkeiten und -grenzen sollten deshalb im Bezug auf die Besonderheiten psychiatrischer Stichproben bekannt sein.

Die vorliegende Studie enthält die Daten des Querschnittvergleiches in einer großen, diagnostisch homogenen Stichprobe psychiatrischer Patienten aus unterschiedlichen, definierten Settings ($n = 318$). Dabei wurde ein im englischen Sprachraum verbreitetes, unterdessen in 17 Ländern benutztes Erhebungsinstrument, das Lancashire Quality of Life Profile [31, 32] in seiner deutschen Version, dem Berliner Lebensqualitätsprofil [34], benutzt. Im einzelnen sind wir den folgenden Fragen nachgegangen:

- Wie verlässlich sind die mit dem Erhebungsinstrument Berliner Lebensqualitätsprofil erhobenen Werte zur subjektiven Zufriedenheit?
- Welche psychopathologischen, krankheitsbezogenen und demographischen Variablen und welche Merkmale objektiver Lebensqualität haben einen Zusammenhang zu subjektiver Lebensqualität? Unterscheiden sich die gefundenen Zusammenhänge bei einer Stichprobe schizophrener Patienten von jenen, die für

nichtpsychiatrische Stichproben berichtet werden?

- Lassen sich settingspezifische Unterschiede (bei stationären Patienten zusätzlich differenziert nach der aktuellen, stationären Behandlungsdauer) zwischen diagnostisch homogenen Gruppen finden und welche Bedeutung haben dabei gleichzeitige Unterschiede in anderen Variablen, insbesondere das Ausmaß der psychopathologischen Symptomatik?

Stichproben

Alle in die Studie eingeschlossenen Patienten ($n = 318$) hatten eine ICD-10-Diagnose „Schizophrenie“ (F20). Die stationären Patienten bestehen aus im Rahmen der Berliner Enthospitalisierungsstudie [35] untersuchten Patienten mit längerfristigem, zum Zeitpunkt der Untersuchung gegenwärtigem, stationärem Aufenthalt aus 3 Berliner Bezirken (Charlottenburg, Spandau, Wilmersdorf), die im ersten Halbjahr 1994 Patienten Psychiatrischer Krankenhäuser¹ waren.

Diese wurden für die Zwecke der Studie aufgeteilt in Patienten mit einer aktuellen Behandlungsdauer von 6 Monaten bis 2 Jahren (A) und über 2 Jahren (B). – Die beiden ambulanten Patientengruppen sind: (C) Längerfristige Patienten der Institutsambulanz der Nervenklinik Spandau und (D) ambulante Patienten der Abteilung für Sozialpsychiatrie an der Freien Universität Berlin, die im Bezirk Charlottenburg ein gemeindepsychiatrisches, nach dem Bezugstherapeutesystem arbeitendes, modellhaftes Versorgungssystem mit teilstationären, komplementären und ambulanten Einrichtungen betreibt.

Demographische Merkmale

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, sind die Patienten der gemeindepsychiatrischen Modelleinrichtung und stationäre Patienten mit kürzerem Aufenthalt im Mittel jünger und die Patienten der beiden stationären Patientengruppen häufiger ledig als die ambulanten Patienten.

¹ Der pflichtversorgenden Psychiatrischen Klinik: Nervenklinik Spandau (seit 1.1.95: Krankenhaus Spandau, örtlicher Bereich Griesingerstraße) und von Psychiatrischen Krankenhäusern für chronisch Kranke im Bezirk Berlin-Charlottenburg: Erlengrund, Hospital, Kastanienallee, Klinik Phönix (Rot-Kreuz-Krankenhäuser)

Tabelle 1

Demographische Charakteristika

	A	B	C	D	F, χ^2	p
	Stationäre Patienten 6 Monate – 2 Jahre (n = 76)	Stationäre Patienten > 2 Jahre (n = 99)	Ambulante Patienten Institutsambulanz (n = 64)	Ambulante Patienten Gemeindepsychiatr. Modell (n = 79)		
Alter in Jahren	43,4 ± 13,3	53,4 ± 14,0	49,0 ± 11,0	42,4 ± 10,1	13,9	< 0,001 ^a
Frauenanteil	47 %	46 %	41 %	44 %		NS
Derzeitige Wohnsituation						NS ^b
Psychiatrisches Heim			2 %	3 %		
Obdach			2 %	1 %		
Betreutes Wohnen ^c			28 %	18 %		
Privathaus			8 %	1 %		
Mietwohnung			61 %	75 %		
Krankenhausstation	100 %	100 %	–	–		
Familienstand					26,0	< 0,001
Verheiratet	9 %	5 %	28 %	29 %		
Ledig	61 %	63 %	48 %	47 %		
Verwitwet	4 %	12 %	3 %	3 %		
Geschieden	21 %	17 %	20 %	17 %		
Getrennt	5 %	3 %	–	4 %		

NS, nicht signifikant

^a ANOVA; Bonferroni-adjustierte multiple Mittelwertvergleiche (wenigstens: $p < 0,05$): Gruppe B > A und D, C > D

^b Vergleich nur für die Stichproben C und D

^c Betreute(s): Einzelwohnen, Wohngemeinschaft, Gemeinschaftswohnen (d. h. separate Wohnungen in einem Haus)

Krankheitsbezogene Merkmale

Tabelle 2 zeigt, daß die stationären Patienten mit über 2 Jahren aktueller stationärer Behandlung und die Patienten der Institutsambulanz länger erkrankt sind als die anderen Patienten. Es fällt weiterhin besonders die vergleichsweise hohe kumulative stationäre Behandlungsdauer der auch aktuell längerfristig behandelten Patienten auf. Erwartungsgemäß unterscheiden sich stationäre und ambulante Patienten im Ausmaß psychopathologischer Symptome und in der Höhe der neuroleptischen Dosierung.

Methoden

Instrumente und Datenerhebung

Lebensqualität wurde mit dem Berliner Lebensqualitätsprofil erhoben. Es umfaßt 11 Teile: „Persönliche Daten“ des Befragten, „Allgemeine Lebenszufriedenheit“, „Arbeit und Beschäftigung“, „Freizeit“, „Religion“, „Finanzen“, „Wohnung“, „Sicherheit“, „Familie“, „Freunde und Bekannte“, „Gesundheit“. In jedem Bereich (außer: „Persönliche Daten“ und „Allgemeine Lebenszufriedenheit“) werden zunächst bis zu 7 einfache Fragen zur objektiven Situation und zu Ereignissen, Aktivitäten oder Kontakten des Betroffenen in den letzten 4 Wo-

chen gestellt (dichotome Bewertung: ja/nein). Diese werden von einer Frage, die die objektiven Verhältnisse im jeweiligen Bereich über einen längeren Zeitraum resümiert, abgeschlossen – z. B. „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/die Befragte mit diesem Lebensbereich im ganzen oder/und mit maximal 4 Aspekten dieses Bereiches ist. Die Antworten werden anhand einer 7stufigen Zufriedenheitsskala gegeben: 1 = völlig unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = eher unzufrieden, 4 = abwechselnd zufrieden und unzufrieden, 5 = eher zufrieden, 6 = zufrieden, 7 = völlig zufrieden. (Die Berechnung bereichsspezifischer Werte der subjektiven Lebensqualität in der vorliegenden Studie beinhaltet für 5 Bereiche – „Allgemeine Lebenszufriedenheit“, „Arbeit und Beschäftigung“, „Finanzen“, „Wohnsituation“, „Seelische Gesundheit“ – einen Wert und für 4 Bereiche – „Freizeit“, „Sicherheit“, „Familie“, „Freunde und Bekannte“ – einen Mittelwert aus 2 Werten der mit den Zufriedenheitsskalen von den Patienten beurteilten Fragen.) Das Ausmaß psychopathologischer Symptome wurde mittels der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) [33] erhoben. Anzahl und Dauer der stationären Aufnahmen sowie die Dia-

gnosen wurden den Krankengeschichten entnommen. Neuroleptische Dosierungen wurden nach Jahn u. Mussgay [20] transformiert. Die Datenerhebung wurde durchgeführt von Psychiatern (D) oder klinisch erfahrenen und in psychopathologischen Ratings trainierten Psychologen (A, B, C).

Statistik

Für das globale Zufriedenheitsitem und die bereichsspezifischen Werte subjektiver Zufriedenheit wurden zunächst in Anlehnung an Horst [17] Konsistenzkoeffizienten auf Item-/Skalenebene berechnet, um deren Leistungsfähigkeit als einzelne Meßgrößen zu ermitteln. Für das Profil subjektiver Lebensqualität als Ganzes wurde im Hinblick auf die interne Konsistenz und die Validität des Konstruktes Cronbach's Alpha bestimmt und Faktorenanalysen nach dem Hauptkomponentenmodell gerechnet. Weiter wurden Einzelkorrelationen (Pearson's r und punktbiseriale Koeffizienten r_{pb}) berechnet zwischen „Allgemeiner Lebenszufriedenheit“/bereichsspezifischen Werten subjektiver Zufriedenheit und:

- psychopathologischen Variablen: BPRS-Gesamtwert und Subscores;
- anderen krankheitsbezogenen Variablen: kumulative Dauer und Anzahl stationärer Aufenthalte, Krankheitsdauer;

Tabelle 2
Krankheitsbezogene Charakteristika

	A	B	C	D	F	p
	Stationäre Patienten 6 Monate –2 Jahre (n = 76)	Stationäre Patienten > 2 Jahre (n = 99)	Ambulante Patienten institutsambulanz (n = 64)	Ambulante Patienten Gemeindepsychiatr. Modell (n = 79)		
Alter bei 1. stationärer Aufnahme	28,1 ± 12,5	27,3 ± 11,4	27,7 ± 8,1	28,9 ± 8,3		NS
Erkrankungsdauer ¹ in Jahren	14,6 ± 12,1	23,5 ± 11,9	21,5 ± 10,2	12,7 ± 9,4	15,7	< 0,001 ^a
Stationäre Aufenthalte (kumulativ)						
Anzahl	10,7 ± 14,0	9,2 ± 8,6	9,2 ± 8,0	5,4 ± 5,1	5,6	< 0,001 ^b
Dauer in Jahren	3,4 ± 3,1	14,6 ± 11,3	3,3 ± 3,3	1,1 ± 1,5	72,7	< 0,001 ^c
BPRS						
Gesamtwert	45,3 ± 17,1	48,6 ± 15,9	37,7 ± 9,7	38,6 ± 15,2	10,1	< 0,001 ^d
Neuroleptische Behandlung	96 %	96 %	97 %	93 %		NS
Chlorpromazin-mg-Äquivalente ^e	718 ± 750	641 ± 620	419 ± 404	352 ± 282	6,9	< 0,001 ^e

NS, nicht signifikant. Die Signifikanzwerte außer „Neuroleptische Behandlung“ (χ^2) sind Resultate von ANOVA mit Bonferroni-adjustierten multiplen Mittelwertvergleichen (wenigstens: $p < 0,05$):

^a B und C > A und D

^d A und B > C und D

¹ Seit erster stationärer Aufnahme

^b A und B > D

^e A > C und D, B > D

⁹ Nach Jahn u. Mussgay [20]

^c B > A, C, D

• demographischen Variablen: Alter und Geschlecht;

• Merkmalen objektiver Lebensqualität: a) Einkommenshöhe; b) soziale/Freizeitaktivität – positive Bewertung, wenn von 3 Items (Teilnahme an Sport oder Sportveranstaltung, Besuch eines Restaurants/Gaststätte, Besuch von Kino/Theater/Museum) im letzten Monat mindestens 2 erfüllt sind; c) Bestehen einer Ehe/Partnerschaft; d) „Eine(n) gute(n) Freund/in, den/die man um Hilfe bitten kann.“

Diese 4 Variablen sets wurden schrittweise in eine multiple Regressionsrechnung als Blöcke einbezogen, um ihre jeweilige Erklärungsgüte und den konsekutiven Zuwachs gemeinsamer Varianz mit globalen und bereichsspezifischen Zufriedenheitswerten zu bestimmen.

Für die Vergleiche zwischen den Gruppen wurden Varianzanalysen (ANOVA) durchgeführt mit dem Setting als erstem Faktor und dem Ausprägungsgrad relevanter Einflußvariablen als fakultativem, zweitem oder drittem (einstufigem) Faktor und globaler Zufriedenheit und den Bereichswerten als abhängigen Variablen. Dabei sind Haupt- und Interaktionseffekte bezüglich aller anderen Effekte korrigiert und die Signifikanzwerte der Gruppenvergleiche aller Bereiche sowie Post-hoc-Gruppenvergleiche innerhalb der Bereiche Bonferroni-adjustiert. Zusätzlich wurden Unterschiede von Summenscores geprüft, die sich aus der Aufsummierung der individuellen Bereichswerte ergeben.

Tabelle 3
Ergebnisse der Faktorenanalysen (PCA)

Items/Skalen:	1–7	1–7,8	1–7,9	1–9		
Berliner Lebensqualitätsprofil	F1	F1	F2	F1	F1	F2
Bereiche						
1 „Lebenszufriedenheit“	0,74	0,73	0,03	0,75	0,72	0,05
2 „Freizeit“	0,60	0,62	– 0,18	0,55	0,62	– 0,25
3 „Finanzen“	0,53	0,57	– 0,46	0,53	0,56	– 0,44
4 „Wohnen“	0,70	0,67	– 0,03	0,72	0,69	– 0,07
5 „Sicherheit“	0,52	0,45	0,54	0,52	0,46	0,61
6 „Freund und Bekannte“	0,76	0,74	0,25	0,75	0,75	0,17
7 „Seelische Gesundheit“	0,53	0,54	0,46	0,59	0,49	0,40
8 „Arbeit und Beschäftigung“		0,53	– 0,58		0,53	– 0,54
9 „Familie“				0,53	0,50	0,19
Eigenwerte	2,89	3,01	1,15	3,11	3,23	1,14
Varianzaufklärung	41,3 %	37,7 %	14,4 %	38,9 %	35,8 %	12,7 %

PCA, „principal components analysis“, Hauptkomponentenanalyse; F1, F2, Faktor 1 und Faktor 2

Ergebnisse

In den beiden stationären Patientengruppen konnten wegen der Schwere der psychopathologischen Gestörtheit 12 % der Patienten nicht am Interview teilnehmen (ambulante Gruppen: 5 %–10 %). Von vorneherein lehnten 7 % der stationären, aber nur 1 der ambulanten Patientinnen das Interview ab. Ergebnisse subjek-

tiver Zufriedenheit beinhalteten für den Bereich „Arbeit“ für die meisten Patienten die Bewertung der Situation, arbeitslos oder berentet zu sein (50 %), da insgesamt nur wenige Patienten über ein reguläres oder geschütztes Arbeitsverhältnis verfügen (zusammen: 17 %). Ebenso konnte die Zufriedenheit im Bereich „Familie“ für einen Teil der Stichproben nicht ermittelt werden, da 22 % der

Tabelle 4

Einzelkorrelationen psychopathologischer, krankheitsbezogener, demographischer Variablen und von Merkmalen objektiver Lebensqualität mit allgemeiner und bereichsspezifischer Zufriedenheit (Pearson's r und punktbiseriale Koeffizienten r_{pb})

	Allgemeine Lebenszufriedenheit	Freizeit	Finanzen	Wohnen	Sicherheit	Freunde und Bekannte	Seelische Gesundheit	Arbeit und Beschäftigung ^a	Familie ^b
1) Psychopathologische Variablen (BPRS Gesamtwert BPRS-Subscores):	-0,17***	-0,27***	-0,16**	-0,19***	-0,14**	-0,24***	-0,26***		-0,26***
• Angst/Depression	-0,36***	-0,34***	-0,23***	-0,26***	-0,29***	-0,39***	-0,48***	-0,17**	-0,34***
• Angergie		-0,13*							
• Denkstörung		-0,21***				-0,16***	-0,15***		-0,19***
• Aktivierung		-0,11*							
• Feindseligkeit	-0,16***	-0,14**	-0,16**	-0,26***	-0,20***	-0,17***	-0,12***	-0,14**	-0,29***
2) Krankheitsbezogene Variablen:									
• Dauer stationäre(r) Aufenthalt(e)									
- aktuell ^c	0,19*		0,19*	0,21**	0,17*		0,22***	0,28***	
- kumulativ									
• Anzahl stationärer Aufenthalte					-0,13*		-0,24***		
• Krankheitsdauer					-0,17*			0,19**	
3) Demographische Variablen:									
• Alter			0,16**					0,23***	
• Geschlecht									
4) Objektive Lebensqualität:									
• Soziale Aktivitäten									
• Einkommenshöhe			0,22***	0,18***			0,13*	0,22***	
• Ehe/Partnerschaft									
• Gute Freunde/in(nen)						0,17**			

^a Die Bewertung betrifft die Zufriedenheit damit, arbeitslos oder berentet zu sein ($n = 159$)

^b $n = 70$ haben keinerlei Kontakt zu Familienangehörigen

^c nur für die aktuell auch stationären Patienten (Gruppe A und B)

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

Patienten keine Familienmitglieder mehr haben und daher keinerlei familiäre Kontakte bestehen. Im folgenden sind deshalb manche Werte separat je nach der Anzahl der einbezogenen Bereiche berichtet.

Kennwerte des Erhebungsinstruments

Auf Item-Skalen-Ebene ergaben sich im Hinblick auf die subjektive Zufriedenheiten folgende Konsistenzwerte für die einzelnen Bereiche: „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ 0,78; „Freizeit“ 0,77; „Finanzen“ 0,84; „Wohnung“ 0,81; „Sicherheit“ 0,71; „Freunde und Bekannte“ 0,72; „Seelische Gesundheit“ 0,79; „Arbeit“ 0,86; „Familie“ 0,76. Die Werte für Cronbach's Alpha betragen a) ohne die Einbeziehung von „Arbeit und Familie“ (7 Items/Skalen) 0,75; b) ein-

schließlich „Arbeit“ 0,75; c) einschließlich „Familie“ 0,76; d) einschließlich beider Bereiche 0,76.

Die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalysen mit entsprechender Einbeziehung der Bereiche als abhängige Variablen (Kaiser-Meyer-Olkin-Maß der Sampleadäquatheit für alle Analysen $> 0,8$, $p < 0,00001$) sind in Tabelle 3 zusammengestellt. Durch die Hinzunahme des Bereichs „Arbeit“ zur ersten 7-Item Skalen-Lösung ergibt sich eine 2- statt einer 1-Faktor-Lösung, ebenso, wenn „Arbeit“ und „Familie“ zusammen zusätzlich eingeschlossen werden. Auch bei den 2-Faktor-Lösungen laden die Markiertvariablen des jeweils 2. Faktors aber auf dem Faktor 1 hoch. Dieser (Zufriedenheits)-faktor zeigt für alle Lösungen ähnliche Faktorladungen.

Einzelkorrelationen

Die in Tabelle 4 aufgeführten Einzelkorrelationen ergeben für die psychopathologischen Variablen zu jedem Bereich und für die „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ inverse Einzelkorrelationen – d.h. höhere Zufriedenheit entsprach jeweils einer geringeren psychopathologischen Gestörtheit. Besonders ausgeprägt war dieser Zusammenhang für den Bereich der „Freizeit“, am wenigsten für den der „Arbeit“. Durchgängig zeigten die BPRS-Subscores „Angst/Depression“ und „Feindseligkeit“ signifikante inverse Zusammenhänge mit den Zufriedenheitswerten.

Für die Dauer des aktuellen stationären Aufenthaltes ergab sich bei den stationären Patienten ein positiver Zusammenhang zur Zufriedenheit in der Mehrzahl der Bereiche,

Tabelle 5

Multiple Regression psychopathologischer (Block 1), krankheitsbezogener (Block 2), demographischer Variablen (Block 3) und von Merkmalen objektiver Lebensqualität (Block 4) auf allgemeine und bereichsspezifische Zufriedenheiten (Methode: schrittweise vorwärts)

	„Allgemeine Lebenszufriedenheit“	„Freizeit“	„Finanzen“	„Wohnen“	„Sicherheit“	„Freunde und Bekannte“	„Seelische Gesundheit“	„Arbeit und Beschäftigung“ ^a	„Familie“ ^b
Block 1									
R ²	0,16	0,13	0,06	0,08	0,06	0,16	0,26	NS	0,16
„Angst/Depression“ ^c	-0,41	-0,35	-0,18	-0,29	-0,26	-0,38	-0,49		-0,30
„Feindseligkeit“ ^c	-0,21								-0,17
+ Block 2									
R ²	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0,28	0,06	NS
Stationäre Aufenthalte, kumulativ Krankheitsdauer							-0,15		
+ Block 3									
R ²	NS	NS	0,08	NS	NS	NS	NS	0,09	NS
Alter			0,11					0,18	
+ Block 4									
R ²	0,18	NS	0,12	NS	NS	0,20	NS	0,16	NS
Einkommenshöhe	0,13		0,20					0,26	
Gute/n Freund/in						0,18			

Die Beta-Gewichte (Standardpartialkorrelationskoeffizienten) sind angegeben für die jeweils kompletteste Einbeziehung von Blöcken in das Regressionsmodell und für Variablen $p < 0,05$. NS, keine der Variablen dieses Blocks erreicht das Einschlußkriterium ($F = p < 0,05$)

^a Die Bewertung betrifft die Zufriedenheit damit, arbeitslos oder berentet zu sein ($n = 159$)

^b $n = 70$ haben keinerlei Kontakt zu Familienangehörigen

^c BPRS – Subscores

die kumulative Anzahl der Aufenthalte korrelierte hingegen in zwei Bereichen („Sicherheit“ und „Seelische Gesundheit“) negativ. Für das Alter zeigten sich in 2 Bereichen („Finanzen“ und „Arbeit“) positive Zusammenhänge, für die Variable Geschlecht keinerlei signifikante Korrelationen.

Von den objektiven Merkmalen der Lebensqualität hat die Einkommenshöhe einen gewissen Einfluß auf die Bereiche „Finanzen“, „Wohnen“, „Seelische Gesundheit“ und „Arbeit“. Im Bereich „Freunde und Bekannte“ wirkte es sich positiv aus, wenn die Patienten und Patientinnen über die Existenz eines guten Freundes oder einer guten Freundin berichteten.

Multiple Korrelationen

Bei der Analyse des gleichzeitigen Einflusses der Variablen auf die subjektive Lebensqualität (vgl. Tabelle 5) zeigte sich erwartungsgemäß

mit 26 % im Bereich der „Seelischen Gesundheit“ die größte Varianzaufklärung durch die psychopathologischen Variablen allein. Danach kommen die „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ und die Bereiche „Freizeit“, „Freunde und Bekannte“ und „Familie“ mit mittleren Werten (13–16 %). Für den Rest („Finanzen“, „Sicherheit“, „Wohnen“) betrug die gemeinsame Varianz unter 10 %.

Nur für den Bereich „Seelische Gesundheit“ führte die Hinzunahme der anderen krankheitsbezogenen Variablen zu einem geringfügigen Erklärungszuwachs. Separat machte dieses Set von Variablen im Bereich „Arbeit“ 6 % der gemeinsamen Varianz mit den Zufriedenheitswerten aus.

Demographische Variablen führten nur in den Bereichen „Finanzen“ und „Arbeit“ zu einem, allerdings geringfügigen Zuwachs der Erklärungsgüte. Objektive Merkmale der Lebensqualität hatten ebenfalls nur eine geringe zusätzliche Bedeutung

in der „Allgemeinen Lebenszufriedenheit“, etwas deutlicher in den Bereichen „Finanzen“ und „Freunde und Bekannte“ und von zusätzlich 7 % im Bereich „Arbeit“. – Die Einzelvariable mit dem größten durchgängigen Einfluß in der multiplen Regressionsrechnung war der BPRS-Subscore „Angst/Depression“.

Vergleiche zwischen Gruppen

Zur Prüfung von Interaktionseffekten wurde deshalb neben dem Gruppenvergleichsfaktor „Setting“ ein zweiter, einfach gestufter Faktor aus den Werten des BPRS-Subscores „Angst/Depression“ gebildet (Median: 11) für die Vergleiche der Summenscores und in den Bereichen, wo dies nach den Ergebnissen der Regressionen relevant war – d.h. alle außer „Arbeit“ und „Beschäftigung“. In diesem Bereich bestand der zweite Faktor neben dem „Setting“ aus der Variable „Krankheitsdauer“ (Median: 16 Jahre). Soweit im Regres-

Tabelle 6

Berliner Lebensqualitätsprofil/Zufriedenheiten

	A Stationäre Patienten 6 Monate-2 Jahre	B Stationäre Patienten > 2 Jahre	C Ambulante Patienten Institutsambulanz	D Ambulante Patienten Gemeindepsychia- trisches Modell	F	p ^a
Bereiche						
1	„Lebenszufriedenheit“	4,3 ± 1,7	4,5 ± 1,5	5,0 ± 1,4	4,8 ± 1,4	NS
2	„Freizeit“	4,7 ± 1,5	4,9 ± 1,3	5,1 ± 1,2	4,9 ± 1,4	NS
3	„Finanzen“	4,0 ± 1,9	4,6 ± 1,6	5,0 ± 1,6	4,4 ± 1,7	NS
4	„Wohnen“	4,3 ± 1,9	4,7 ± 1,6	5,6 ± 1,5	5,1 ± 1,5	9,2 < 0,001 ^b
5	„Sicherheit“	4,9 ± 1,4	5,2 ± 1,2	5,1 ± 1,2	5,0 ± 1,2	NS
6	„Freunde und Bekannte“	4,8 ± 1,3	4,8 ± 1,2	5,3 ± 1,1	4,9 ± 1,2	NS
7	„Seelische Gesundheit“	4,0 ± 1,8	4,5 ± 1,6	4,9 ± 1,5	5,2 ± 1,1	8,1 < 0,001 ^c
8	„Arbeit“ ^d	4,0 ± 1,8	4,8 ± 1,4	5,1 ± 1,7	4,7 ± 1,6	NS
9	„Familie“	4,8 ± 1,8	5,0 ± 1,6	5,4 ± 1,2	4,9 ± 1,4	NS
Summenscore für Bereiche						
I)	1-7	30,9 ± 6,5	33,8 ± 6,2	35,9 ± 6,3	34,1 ± 6,3	7,2 < 0,001 ^e
II)	1-7, 8	35,0 ± 6,6	38,1 ± 7,1	40,0 ± 7,3	39,4 ± 7,0	4,7 < 0,01 ^f
III)	1-7, 9	35,1 ± 7,3	40,0 ± 7,1	40,1 ± 6,7	39,0 ± 7,3	6,9 < 0,001 ^g
IV)	1-9	39,1 ± 6,9	43,1 ± 8,2	45,1 ± 7,5	44,2 ± 8,0	4,6 < 0,01 ^h

Alle Werte sind Mittelwerte und Standardabweichungen, Werte der Zufriedenheitsskala: 1 = völlig unzufrieden bis 7 = völlig zufrieden.

Die Werte für die Bereiche 1-7 beziehen sich auf: A: n = 76, B: n = 99, C: n = 64, D: n = 79;

für den Bereich „Arbeit“: A: n = 49, B: n = 53, C: n = 44, D: n = 67;

für den Bereich „Familie“: A: n = 58, B: n = 65, C: n = 57, D: n = 64.

Die Summenscores I-IV beinhalten individuell aufsummierte Zufriedenheitswerte der angegebenen Bereiche. Je nach Anzahl der einbezogenen Bereiche ändert sich die Spannweite der möglichen Werte: I: 7-49; II: 8-56; III: 8-56; IV: 9-63.

^a ANOVA - Haupteffekte des Faktors „Setting“; die Signifikanzwerte für die Bereiche sind Bonferroni adjustiert, ebenso die Werte für die Gruppenvergleiche (wenigstens: p < 0,05).

^b Gruppe(n) C und D > A, C > B

^c Gruppe(n) B, C, D > A, D > B

^d Bewertet ist die Zufriedenheit mit Arbeitslosigkeit oder Berentung

^e Gruppe(n) B, C, D > A

^f Gruppe(n) C und D > A

^g Gruppe(n) B, C, D > A

^h Gruppe(n) C und D > A

sionsmodell weitere Variablen noch relevante zusätzliche Varianzaufklärung (> 5%) mit sich gebracht hatten, wurden sie als dritter Faktor einbezogen - „Einkommenshöhe“ (Median: 600 DM) im Bereich „Arbeit und Beschäftigung“.

Aus Tabelle 6 ist ersichtlich, daß Gruppenunterschiede als Haupteffekte des Faktors „Setting“ in den Bereichen „Wohnen“ und „Seelische Gesundheit“ auch nach der Alpha-Adjustierung hochsignifikant Bestand hatten. - Im einzelnen unterscheiden sich im Bereich „Wohnen“:

- die beiden ambulanten Gruppen (C und D) von der stationären Gruppe mit kürzerer Behandlungsdauer (A) und
- die Patienten der Institutsambulanz (C) auch von jener mit längerer, aktueller stationärer Behandlungsdauer (B).

Im Bereich „Seelische Gesundheit“ sind die ambulanten Gruppen und die Gruppe mit längerer stationärer Behandlungsdauer (B, C, D) der Gruppe A überlegen. Hier übertrifft die ambulante Gruppe D zusätzlich die über 2 Jahre stationären Patienten (B).

Die Summenscores I und III zeigen hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen B, C, D und der stationären Patientengruppe A. Die Summenscores II und IV ergeben nur Unterschiede zwischen den ambulanten Gruppen (C, D) und einer stationären Gruppe (A).

Gruppenunterschiede des 2. Faktors zwischen mehr oder weniger ängstlich-depressiven Patienten waren in allen Bereichen außer dem „Wohnen“ und der „Arbeit“ sehr signifikant oder signifikant. Interaktionseffekte zwischen dem Faktor „Setting“ und dem Faktor „Angst/

Depression“ (BPRS-Subscore) erreichten hingegen in keinem Bereich und auch nicht bei den Summenscores ein nur annähernd signifikantes Niveau.

Auch für den Bereich „Arbeit und Beschäftigung“ war dies weder für den Haupteffekt des Faktors „Krankheitsdauer“ noch für die Interaktionseffekte „Setting × Krankheitsdauer“ und „Setting × Krankheitsdauer × Einkommenshöhe“ der Fall.

Diskussion

Das Berliner Lebensqualitätsprofil erwies sich in unserer Studie als gut anwendbar. Es konnte von klinisch erfahrenen Interviewern bei ungefähr 90% der Patienten in verschiedenen ambulanten und stationären Settings durchgeführt werden.

Die interne Konsistenz, als Kennwert instrumenteller Reliabilität, so-

wohl der einzelnen Items/Skalen als auch des gesamten Profils ist hinreichend. Möglicherweise sind die etwas geringeren Konsistenzwerte im Bereich „Freunde und Bekannte“ darauf zurückzuführen, daß der bei 2 aufeinanderfolgenden Fragen implizierte Perspektivenwechsel die Umstellungsfähigkeit krankheitsbedingt kognitiv gestörter Patienten oft überfordert, was zu einer geringeren Varianz der Bewertungen führen könnte. Multiitemzufriedenheitsskalen, die ansonsten als vorteilhaft geschildert werden [9], scheinen sich bei schizophrenen Patienten demnach als eher nachteilig zu erweisen. Die gleiche Ursache könnte für die geringeren Konsistenzwerte im Bereich „Sicherheit“ gelten neben dem simplen Validitätsproblem, daß die reale Varianz der öffentlichen Sicherheit in Berlin geringeren Schwankungen unterliegen dürfte als beispielsweise jene in Los Angeles.

Die Werte für Cronbach's Koeffizient Alpha ergeben für alle Varianten der Vollständigkeit eingeschlossener Items/Skalen ebenfalls eine hinreichende Homogenität des Konstrukts. Diese kann entsprechend auch aus den Hauptkomponentenanalysen geschlossen werden, bei denen die bereichsspezifischen Items/Skalen mit wenig unterschiedlicher Ladungsstruktur jeweils einen generellen Zufriedenheitsfaktor (F1) ergeben.

Die durch diesen Faktor insgesamt nur in mäßigem Umfang aufgeklärte Varianz der Variablen läßt allerdings noch erheblichen Raum für die Analyse anderer Einflußfaktoren auf die Zufriedenheitsbewertungen. Der 2. Faktor (F2), der sich beim Einschluß des Bereichs „Arbeit“ mit negativen Ladungen von „Finanzen“ und „Arbeit“ ergibt, scheint hauptsächlich von finanziellen Einflüssen gekennzeichnet.

Bei der Analyse der Einzelkorrelationen dominieren die psychopathologischen Variablen eindeutig gegenüber einem geringeren Zusammenhang zu anderen Variablen. Von letzteren ist die Dauer der aktuellen stationären Behandlung mit einem positiven Zusammenhang hervorzuheben. (Diese wurde bei der Grup-

penbildung der derzeit stationären Patienten berücksichtigt.) Daneben hat die Einkommenshöhe als Merkmal objektiver Lebensqualität einen relativen Einfluß, besonders in spezifischen Bereichen („Finanzen“, „Wohnen“, „Arbeit“ = Berentung für die meisten Patienten).

Bei der Berücksichtigung des simultanen Einflusses der psychopathologischen Variablen überwogen unerwarteterweise nicht für schizoforme Residualsymptomatik spezifische Beeinträchtigungen (Negativsymptomatik). Dagegen war – wie bei nichtpsychiatrischen Stichproben auch – ein fast durchgängiger Zusammenhang zu Depression-Angst-Scores festzustellen. In fast allen Bereichen führte der Unterschied zwischen mehr oder weniger depressiv-ängstlichen Patienten auch zu unterschiedlichen Zufriedenheitswerten – interessanterweise mit Ausnahme der Bewertung der derzeitigen Wohnsituation, die ja für die stationären Patienten das mittel-/langfristige Wohnen in der Klinik zum Gegenstand hatte. Es waren vor allem auch keinerlei Interaktionseffekte zwischen der Bewertung subjektiver Lebensqualität durch die Patienten in verschiedenen Settings und den Depressions-Angst-Werten festzustellen.

Mit Ausnahme der Zufriedenheit mit der Berentung/Arbeitslosigkeit war neben den psychopathologischen Variablen ein (zusätzlicher) nennenswerter Einfluß auf die subjektive Zufriedenheit weder durch demographische Variablen (Alter, Geschlecht) noch durch die von uns berücksichtigten Merkmale der objektiven Lebensqualität zu erkennen.

Im Vergleich zu den Ergebnissen aus nichtpsychiatrischen Stichproben hat das Alter zwar einen gleichgerichteten, aber geringer ausgeprägten, positiven Bezug zur Zufriedenheit.

Hinsichtlich des fehlenden Einfluß der Partnerschaft/Ehe in den subjektiven Maßen ist der objektiv ins Auge fallende Unterschied, nach dem sich durch das Vorhandensein einer Partnerschaft/Ehe stationäre und ambulante Patienten erheblich unterscheiden, zusätzlich in Rechnung zu stellen. Dennoch ergeben

sich keinerlei signifikante Zusammenhänge.

Der bereichsspezifische Einfluß der Einkommenshöhe unter psychiatrischen Patienten, bei denen nur wenige ein nennenswertes Einkommen haben, scheint – wie sonst auch – von Kontrasteffekten generiert zu sein. – Ähnlich zur Normalbevölkerung ist der mangelnde Einfluß des Geschlechts auf die Zufriedenheitsmaße – v.a. und unerwarteterweise aber im Bereiche der „Seelischen Gesundheit“ der dominierende Einfluß von Angst-Depressionswerten.

Auf die Bewertung subjektiver Lebensqualität durch die Patienten, unterschieden nach verschiedenen Settings und Bereichen, hatten diese Depressions-/Angstwerte aber wiederum keinen interagierenden Einfluß. Hier waren es 2 („Wohnen“ und „Seelische Gesundheit“) von 9 Bereichen, in denen signifikante Unterschiede Bestand hatten. Im Bereich des „Wohnens“ unterschieden sich dabei nur die stationären Patienten mit kürzerem aktuellem Aufenthalt von *beiden* ambulanten Gruppen. Ein Unterschied von jenen mit längerem, aktuellem Aufenthalt (B) war nur zu *einer* der ambulanten Gruppen (C) festzustellen.

Ein ähnlicher Effekt zeigt sich auch im Bereich der „Seelischen Gesundheit“, wo sich die beiden ambulanten Gruppen und die längerfristig stationären Patienten sogar gemeinsam signifikant von denen der Gruppe A unterscheiden und wiederum für die Gruppe B nur zu einer der ambulanten Gruppen (D) ein signifikanter Unterschied besteht.

Dieses Kontrastmuster zeigte sich ebenfalls im Hinblick auf die verschiedenen Summenscores, bei denen die meisten Unterschiede zwischen ambulanten Patienten und der Gruppe der kürzer stationär behandelten Patienten bestehen, einige Male die längerfristig stationären Patienten Gemeinsamkeiten mit den ambulanten teilen, zwischen diesen untereinander keinerlei signifikante Unterschiede existieren und nur separat zu Gruppe B.

Die Deutlichkeit des Kontrastes zwischen ambulanten und stationären Gruppen in der Gesamtbewer-

tung der subjektiven Lebensqualität ändert sich mit der Einbeziehung des Bereichs „Arbeit“, der bei dieser Teilstichprobe die Zufriedenheit mit Berentung oder Arbeitslosigkeit beinhaltet. Es bestehen dann keine sonstigen Gemeinsamkeiten zwischen längerfristig stationären und ambulanten Patienten mehr.

Weiter ist zu vermuten, daß mit der Zeit der stationären Behandlung wachsende Anpassungsprozesse an das Gegebene für die insgesamt geringere als von uns erwartet ausgeprägten Kontraste in der Zufriedenheit zwischen stationären und ambulanten Patienten in Rechnung zu stellen sind, da die Mehrzahl nur zu den Patienten mit kürzerer Behandlungsdauer besteht.

Ähnlich zu anderen Studien ist die insgesamt relativ geringe Zahl von Unterschieden im Hinblick auf die einzelnen Bereiche („Wohnen“, „Seelische Gesundheit“). Dabei hat sich der Bereich der Gesundheit auch in der Normalbevölkerung als ein Bereich erwiesen, der besonders sensibel für Unterschiede ist [4]. Daß eine Station eines psychiatrischen Krankenhauses für die Mehrzahl der Patienten als dauerhafte Alternative zu einer eigenen Wohnung schlechter bewertet wird als ambulante Patienten ihre Wohnsituation bewerten, liegt nahe.

Prinzipiell zeigt sich aber an der Ähnlichkeit der Befunde unter bereichsspezifischer Perspektive die Grenze von Querschnittsdaten. Generell können durch Selektionsprozesse im Versorgungssystem sowohl Unterschiede zwischen den Gruppen verwischt werden wie artifiziell bedingt sein. Insofern ist die Trennschärfe des Gruppierungskriteriums „Setting“ in naturalistischen Studien ohnehin schwer festzulegen.

Des weiteren kann die Summe der individuellen Unterschiede – entsprechend die Mittelwerte – sich aus großer Konstanz im einen Teil der Stichprobe und einer Vielzahl von Veränderungen im anderen Teil zusammensetzen. Eine bessere Aufklärung über die Größe und Eigenart der Differenz zwischen Brutto- und Nettoveränderungen können deshalb – neben der Berücksichtigung zusätz-

licher auch kognitiver Variablen, deren Einfluß auf die Zufriedenheit bei psychisch Kranken bisher nicht ermittelt wurde – nur Untersuchungen nach der Panelmethode mit sich bringen, bei denen identische Personen in regelmäßigen Abständen mit einem identischen Untersuchungsinstrumentarium untersucht werden.

Querschnittstudien dürften trotz dieses nicht neuen Postulats angesichts der vielfältigen Schwierigkeiten in der Durchführung von Längsschnittstudien und des Aktualitätsdrucks von Bewertungen in der Evaluation aber immer wieder durchgeführt werden. Ergebnisse zum Zusammenhang zu anderen Variablen und begrenzte Gruppenunterschiede lassen sich auch auf dieser Basis finden.

Schlußfolgerungen

- Subjektive Lebensqualität wurde bei einer großen Gruppe chronisch schizophrener Patienten mit dem Berliner Lebensqualitätsprofil mit einer Verlässlichkeit erhoben, die üblichen Kriterien genügt. In einzelnen Bereichen ist eine Verbesserung des Instruments wünschenswert.

- Wie auch in nichtpsychiatrischen Stichproben konnte kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und den Zufriedenheitswerten ermittelt werden. Der Einfluß anderer Merkmale (Alter, Partnerbeziehung, Freundschaften, Einkommenshöhe) war begrenzt.

- Psychopathologische Variablen haben einen durchgängigen Einfluß auf die subjektive Zufriedenheit. Dabei gibt es keinen dominanten Einfluß diagnosespezifischer Negativsymptomatik, sondern nur von Angst-/Depressionswerten wie auch bei anderen nichtpsychiatrischen Studien. Es war aber keine Interaktion zwischen Patienten in verschiedenen Settings (ambulant und stationär) und den Angst-/Depressionswerten im Hinblick auf bereichsspezifische subjektive Lebensqualität und daraus zusammengesetzten Gesamtwerten festzustellen.

- Die Unterschiede zwischen Patientengruppen aus ambulanten und stationären Settings sind bezogen auf die Anzahl der Bereiche eher gering. Sie haben aber im Hinblick auf Gesamtbewertungen Bestand. Die Dauer des aktuellen, stationären Aufenthaltes hat offenbar einen Einfluß auf die Ausprägung der Kontraste zwischen ambulanten und stationären Patienten.

- Querschnittsuntersuchungen sind in ihrer Aussagekraft begrenzt. Neben der Kontrolle zusätzlicher, auch kognitiver Einflußfaktoren sollten Längsschnittuntersuchungen nach der Panelmethode durchgeführt werden, um die individuelle Fluktuation der Bewertungen zu ermitteln und differenziertere Aussagen über Ausmaß und Konstanz von Treatmenteffekten auf die subjektive Lebensqualität treffen zu können.

Die Autoren möchten an dieser Stelle dem damaligen Ärztlichen Leiter der Nervenambulanz Spandau, Dr. E. Jung, dem Verwaltungsleiter, H. Koeppel, sowie dem Ärztlichen Leiter der in die Studie einbezogenen Rot-Kreuz-Krankenhäuser in Berlin-Charlottenburg, Dr. W.W. Bolm, ihren Dank für die Ermöglichung und Unterstützung der Studie aussprechen.

Literatur

1. Argyle M, Martin M (1991) The psychological causes of happiness. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N (eds) Subjective well-being. An interdisciplinary perspective. Pergamon, Oxford New York, pp 77-100
2. Awad GA (1992) Quality of life of schizophrenic patients on medications and implications for new drug trials. *Hosp Community Psychiatry* 43: 262-265
3. Bellack AS, Morrison RL, Wixted JT, Mueser KT (1990) An analysis of social competence in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 156: 809-818
4. Bracht W, Zapf W (1984) Stabilität und Wandel individueller Wohlfahrt: Panelergebnisse. In: Glatzer W, Zapf W (Hrsg) Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Campus, Frankfurt New York, S 323-339
5. Brickmann P, Coates D, Janoff-Bulman R (1978) Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *J Pers Soc Psychol* 36: 917-927

6. Brunstein JC (1993) Personal goals and subjective well-being: a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol* 65: 1061-1070
7. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL (1976) *The quality of american life*. Sage, New York
8. Diener E (1984) Subjective well-being. *Psychol Bull* 235: 542-575
9. Diener E, Emmons RE, Larsen RJ, Griffin S (1985) The satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 49: 71-75
10. Phillip SH, Klauer T (1991) Subjective well-being in the face of critical life events: the case of successful copers. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N (eds) *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Pergamon, Oxford New York Beijing, pp 213-234
11. Fujita F, Diener E, Sandvik E (1991) Gender differences in negative affect and well-being: the case for emotional intensity. *J Pers Soc Psychol* 61: 427-434
12. Gaebel W (Hrsg) (1995) *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Springer, Wien New York
13. Glatzer W, Zapf W (Hrsg) (1984) *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Campus, Frankfurt New York
14. Glatzer W (1991) Quality of life in advanced industrialized countries: the case of West Germany. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N (eds) *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Pergamon, Oxford New York Beijing, pp 261-279
15. Heinze M, Priebe S (1995) Zum Bedürfnisbegriff in der psychiatrischen Forschung. *Fundam Psychiatr* 9: 52-60
16. Helmchen H (1990) Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Psychiatrie. In: Schölmerich P, Thews G (Hrsg) *„Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin*. Fischer, Stuttgart New York, S 93-115
17. Horst AP (1954) The estimation of immediate retest reliability. *Educ Psychol Measmt* 14: 702-708
18. Huxley P, Warner R (1992) Case management, quality of life and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 43: 799-802
19. Ipsen D (1978) Das Konstrukt Zufriedenheit. *Soz Welt* 29: 44-53
20. Jahn T, Mussgay L (1989) Die statistische Kontrolle möglicher Medikamenteneinflüsse in experimentalpsychologischen Schizophreniestudien. *Z Klin Psychol Psychother* 18: 257-297
21. Kilian R (1995) Ist Lebensqualität messbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. *Psychiatr Prax* 22: 97-101
22. Lauer G (1993) Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch Kranken. *Psychiatr Prax* 20: 88-90
23. Lehman AF, Ward NC, Linn LL (1982) Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry* 139: 1271-1276
24. Lehman AF (1983a) The well-being of chronic mental patients. *Arch Gen Psychiatry* 40: 369-375
25. Lehman AF (1983b) The effect of psychiatric symptoms on quality of life assessments. *Eval Program Plann* 6: 143-151
26. Lehman AF, Possidente S, Hawker F (1986) The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hosp Community Psychiatry* 37: 901-907
27. Leimkühler AM (1995) Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel W (Hrsg) *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Springer, Wien New York, S 163-172
28. Lewinsohn P, Redner J, Seeley J (1991) The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: new perspectives. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N (eds) *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Pergamon, Oxford New York Beijing, pp 141-169
29. Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, Ramires LF (1990) Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry* 41: 892-897
30. Meulemann H (1991) Lebenszufriedenheit und Lebenserfolg im Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen. *Koc Z Soz Psych* 43: 476-501
31. Oliver JPJ (1991-1992) 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: 5-45
32. Oliver JPJ, Huxley PJ, Bridges K, Mohamed H (1996) *Quality of life and mental health services*. Routledge, London
33. Overall JE, Gorham DR (1962) The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 10: 799-812
34. Priebe S, Gruyters T, Heinze M, Hoffmann C, Jäkel A (1995) Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung - Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatr Prax* 22: 140-144
35. Priebe S, Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W (1996) *Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten - Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie*. *Psychiatr Prax* 23: 15-20
36. Schwarz N, Strack F (1991) Evaluating one's life: a judgement model of subjective well being. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N (eds) *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Pergamon, Oxford New York Beijing, pp 27-47
37. Simpson CJ, Hyde CE, Faragher B (1989) The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life. *Br J Psychiatry* 154: 77-82
38. Strack F, Argyle M, Schwarz N (eds) (1991) *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Pergamon, Oxford New York Beijing.
39. Warner R, Huxley P (1993) Psychopathology and quality of life among mentally ill patients in the community. *Br J Psychiatry* 163: 505-509