

W. Kaiser · Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhaus Spandau, Berlin
S. Priebe · Abteilung für Sozialpsychiatrie, Freie Universität Berlin

Zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten

Zusammenfassung

Die subjektive Lebensqualität einer Gruppe chronisch schizophrener, ambulant behandelter Patienten wurde mit dem Berliner Lebensqualitätsprofil im Abstand von 1 1/2 Jahren ($n=50$) und von 4–6 Wochen ($n=47$) untersucht. Systematische therapeutische Interventionen fanden nicht statt. Stabilität und Konstanz der Werte entsprachen für den längeren Zeitraum Ergebnissen aus der Allgemeinbevölkerung. Die statistischen Kennwerte des kürzeren Intervalls belegten gute methodische Voraussetzungen für Veränderungsmessungen für den Summenscore des Profils und die allgemeine Lebenszufriedenheit. Im Gegensatz zu Querschnittsbefunden und dem längeren Beobachtungszeitraum finden sich für das kürzere Intervall keine bedeutsamen gemeinsamen Veränderungen in der psychopathologischen Bewertung und subjektiven Lebensqualität.

Schlüsselwörter

Evaluation · Lebensqualität · Schizophrenie

Subjektive Lebensqualität ist in vielen Bereichen der Medizin zu einem wichtigen Evaluationskriterium geworden und hat in den letzten Jahren auch in der Psychiatrie an Bedeutung gewonnen [26, 28, 29]. Wie auch bei anderen Erkrankungen fand dieses Konzept in der Psychiatrie in der Hauptsache Anwendung in der Evaluation der Behandlung chronischer Verlaufsformen – u.a. im Vergleich von Patienten in gemeindepsychiatrischen Settings untereinander und mit stationären Patientengruppen sowie im Hinblick auf unterschiedliche therapeutische Interventionen.

Methodisch basieren die meisten Studien auf präexperimentellen [6] Versuchsanordnungen:

- Zwei- oder Mehrgruppenvergleichen [11, 13, 17, 21, 24, 27, 34], bei denen die Zuordnung zu den Teilpopulationen jeweils vorgegeben war, oder
- Eingruppen-Prä-/Posttestdesigns [1, 19].

In einem Fall [30] wurde ein experimentelles Design („pre-test-posttest-control-group-design“) benutzt, welches allerdings dadurch in seiner Gültigkeit eingeschränkt war, daß für das Meßinstrument (Community Adjustment Form) keinerlei psychometrische Analyse vorhanden war [16].

Um Gruppenunterschiede in Vergleichsstudien interpretieren zu können und subjektive Lebensqualität als Evaluationskriterium eventueller Veränderungen im Zusammenhang therapeutischer Interventionen nutzen zu können,

muß zunächst die Stabilität subjektiver Lebensqualität im zeitlichen „Spontan“verlauf bei Patientengruppen ermittelt werden, bei denen *keine* systematischen, spezifischen oder globalen therapeutischen Interventionen während des Untersuchungszeitraumes stattfanden.

Wäre nämlich die zeitliche Stabilität subjektiver Lebensqualität unter dieser Bedingung gering, so wären (ohnehin relativ selten auftretende) Gruppenunterschiede wenig aussagefähig, da sie nur für eine begrenzte und vorübergehende Situation Geltung hätten und darüber hinaus wenig aussagen würden. Ebenso wären etwaige Veränderungen bei Wiederholungsmessungen in Prä-/Posttestdesigns schwer interpretierbar, da per se eine große Variabilität von Meßergebnissen zu erwarten wäre. Eine hinreichende Stabilität subjektiver Lebensqualität über kurz- und langfristige Zeiträume ist demnach eine notwendige Bedingung dafür, daß dieses Merkmal als Erfolgskriterium psychiatrischer Evaluationsstudien sinnvoll interpretiert werden kann.

Fragestellungen

In einem längeren (1 1/2 Jahre) und in einem kürzeren Intervall (4–6 Wochen) haben wir deshalb in einer naturalistischen Verlaufsstudie bei einer Gruppe ambulanter, chronisch schizophrener

Dr. W. Kaiser
Krankenhaus Spandau, ÖB Griesingerstraße,
Erwachsenenambulanz, Griesingerstraße 27–32,
D-13589 Berlin

W. Kaiser · S. Priebe

Measurement of change in the subjective quality of life in chronic schizophrenia patients

Summary

Subjective quality of life in a group of chronic schizophrenia outpatients was assessed within 1 1/2 years ($n=50$) and 4–6 weeks ($n=47$) using the *Berliner Lebensqualitätsprofil* (German version of the *Lancashire Quality of Life Profile*). There had been no systematic therapeutic interventions meanwhile. Stability and constancy for the longer interval was similar to results in the general population. The statistics for the shorter interval justify in particular use of the profile's total score and general well-being for the measurement of change. In contrast to cross-sectional data and the longer observation period, no significant common variation between psychopathological symptoms and subjective quality of life could be found for the shorter period.

Key words

Evaluation · Quality of life · Schizophrenia

Originalien

Patienten Stabilität und Wandel der subjektiven Lebensqualität untersucht und die statistischen Kennwerte der verschiedenen Messungen ermittelt.

Im einzelnen wurden für beide Abstände folgende Fragestellungen untersucht:

1. Welche Stabilität hat die Selbstbeurteilung subjektiver Lebensqualität?
2. Wie hoch ist deren Konstanz?
3. Welche gruppenbezogenen Unterschiede (Mittelwerte) sind zu beobachten? – Wegen der bei Zufriedenheitsskalen notorischen „Ceiling“-/„Floor“-effekte zusätzlich gestuft für Patienten mit niedrigen und hohen Ausgangswerten.
4. Welchen prädiktiven Einfluß haben Lebensereignisse („life-events“), krankheitsbezogene Parameter und die Ausgangsmaße psychopathologischer Symptomatik auf positive und negative Änderungen der subjektiven Lebensqualität?
5. Welchen Zusammenhang haben Änderungen in der Bewertung der psychopathologischen Symptomatik und Veränderungen der subjektiven Lebensqualität?

Methoden

Stichprobe

Untersucht wurde im Abstand von 1 1/2 Jahren und von 4–6 Wochen eine Gruppe chronisch schizophrener Patienten (ICD 10: F20.5) in längerfristiger Behandlung der Psychiatrischen Institutsambulanz des Krankenhaus Spandau in Berlin.

In der Ausgangsstichprobe von 64 Patienten waren 41% Frauen enthalten. Das Durchschnittsalter betrug 51,6 Jahre (s: 11,0). 5 (8%) waren berufstätig, 4 Hausfrauen (6%). Weitere 4 bezogen Arbeitslosengeld oder -hilfe. 20 (31%) lebten von Sozialhilfe und die Mehrzahl – $n=31$ (48%) – war berentet. 63% lebten in einer Mietwohnung, 9% im eigenen Haus, 28% in einem Setting des Betreuten Wohnens (Betreutes Einzelwohnen, Betreute Wohngemeinschaften).

Die mittlere Anzahl früherer stationärer Behandlungen betrug 9,2 (s: 8,0), deren kumulative Dauer im Mittel 39,4 Monate (s: 32,2). – 3 Patienten (5%) waren ohne neuroleptische Medikation. Bei 11 (17%) war die Dosierung sehr

niedrig (bis 100 Chlorpromazinäquivalent nach Jahn u. Mussgay [12]). 9 (14%) hingegen wurden mit einer höheren (500–1000 CPZ-Äquivalent) und 8 (13%) mit einer sehr hohen (>1000 CPZ-Äquivalent) neuroleptischen Dosierung behandelt. Deren Mittelwert betrug insgesamt 418 (s: 405) CPZ-Äquivalent.

Erhebungsinstrumente

Die subjektive Lebensqualität wurde mit dem Berliner Lebensqualitätsprofil, einer deutschen Version des Lancashire Quality of Life Profile, erhoben [20, 22, 25]. Es umfaßt 11 Teile: „Persönliche Daten“, „Allgemeine Lebenszufriedenheit“, „Arbeit und Beschäftigung“, „Freizeit“, „Religion“, „Finanzen“, „Wohnung“, „Sicherheit“, „Familie“, „Freunde und Bekannte“, „Gesundheit“. Erfragt werden die objektive Situation und Ereignisse, Aktivitäten oder Kontakten des Betroffenen in den letzten 4 Wochen. Danach wird jeweils bereichsbezogen (außer: „Religion“) die subjektive Lebensqualität als Selbstbeurteilung ermittelt (1–4 Fragen pro Bereich). Diese erfolgt anhand einer 7stufigen Zufriedenheitsskala mit den Bewertungen: 1=völlig unzufrieden, 2=unzufrieden, 3=eher unzufrieden, 4=abwechselnd zufrieden und unzufrieden, 5=eher zufrieden, 6=zufrieden, 7=völlig zufrieden. Die Dauer des Interviews beträgt zwischen 20 und 30 min. Bereichsspezifische Werte wurden in dieser Studie aufgrund von 2 Items („Freizeit“, „Sicherheit“, „Freunde und Bekannte“), ansonsten auf der Basis von Einzelitems errechnet. Der Summenscore wurde aus 8 Items/Bereichen errechnet („Allgemeine Lebenszufriedenheit“ und alle Bereiche außer „Arbeit und Beschäftigung“).

Das Ausmaß psychopathologischer Symptome wurde mittels der Brief Psychiatric Rating Scale [23] erhoben.

In offenen Fragen wurden die Patienten nach für sie wesentlichen Änderungen in ihrer Lebenssituation für den längeren Abschnitt des Untersuchungszeitraums befragt. Alle Patienten wurden vom Erstautor dieser Studie zu allen 3 Meßzeitpunkten untersucht.

Statistik

Retestrelabilitätskoeffizienten (Pearson's r) wurden für beide Meßabstände ($r_{12}/1\ 1/2$ Jahre, $r_{23}/6$ –8 Wochen) als Stabi-

litätsmaß [7] für die Variablen subjektiver Lebensqualität bestimmt.

Die statistische Bedeutsamkeit individueller Differenzen zwischen den verschiedenen Meßzeitpunkten in Abhängigkeit von der Reliabilität der Messungen wurde nach der bei Lienert ([18], S. 461) angegebenen Formel $d'_{crit} = z_{crit} \delta \sqrt{2(1-r_{tt})}$ für die Profilbereiche und den Summenscore berechnet. Ebenfalls wurde die Reliabilität der Differenzen zwischen den Messungen berechnet ([18], S. 372): $r_{dd} = (r_{tt} - r_{xy}) / (1 - r_{xy})$. Angegeben ist zusätzlich für alle Meßzeitpunkte für das Lebensqualitätsprofil Cronbach's Koeffizient Alpha als Maß interner Konsistenz.

Weil davon ausgegangen werden kann, daß Bewertungsänderungen auf der Zufriedenheitsskala je nach ihrem Ausmaß einer unterschiedlichen Wertigkeit zuzuordnen sind, wurden bereichsspezifische Verteilungen der Bewertungsänderungen berechnet:

- a) im Bezug auf Patienten mit völliger Bewertungskonstanz;
- b) für Patienten mit wesentlicher Bewertungskonstanz, d.h. Differenzen in der Bewertung von bis zu einem Punkt auf der Zufriedenheitsskala;
- c) für den jeweiligen Anteil von Patienten mit einer nach statistischen Kriterien definierten Bewertungskonstanz, d.h. ohne eine d'_{crit} überschreitende Bewertungsänderung.

Verglichen wurden des weiteren die Bewertungsunterschiede für den längeren und kürzeren Meßabstand im Hinblick auf die Mittelwerte der Bewertungsänderungen (t-Tests). Da in einigen Bereichen schon in den Ausgangswerten eine Zusammenballung in den oberen Bereichen zu beobachten ist („Ceiling“effekt), gibt es für eine Anzahl von Patienten keine Chance, eine relevante Bewertungsänderung zu erreichen. (Ausgangswerte von 6 können sich wegen des Endes der Skala bei 7 nicht um mehr als einen Punkt verbessern. Analog können sich Werte von <3 nicht um mehr als einen Punkt verschlechtern: „Floor“effekt). Wir haben deshalb die Gruppen nach dem Median in Patienten mit höherer und niedrigerer Bewertung geteilt und zusätzlich die einseitig formulierten Hypothesen „bessere Bewertungen verschlechtern sich“ und „schlechtere Bewertungen verbessern sich“ geprüft.

Mit den je nach Skalenniveau und Verteilung der Variablen geeigneten Korrelationskoeffizienten (punkt-biseriale, Pearson's oder Spearman's r) wurden Zusammenhänge zwischen der Nennung wesentlicher Lebensereignisse, krankheitsbezogenen Variablen und der Anzahl von Änderungen in der Bewertung subjektiver Lebensqualität in negativer wie positiver Hinsicht im Verlauf von 1 1/2 Jahren berechnet (Prädiktion). Die Ausgangswerte der Skalen/Items der BPRS und des Lebensqualitätsprofils wurden in einer multiplen Regressionsrechnung (schrittweise vorwärts) als Blöcke getrennt einbezogen und deren prädiktive Bedeutung ebenfalls im Hinblick auf die Anzahl positiver wie negativer Änderungen im Lebensqualitätsprofil ermittelt.

Die Kovariation zwischen Änderungen in den Variablen des Lebensqualitätsprofils und Änderungen in den BPRS-Scores wurde in einer multiplen Regressionsrechnung, getrennt für beide Meßintervalle, berechnet.

Ergebnisse

Stichprobe

Von den ursprünglich 64 Patienten konnten nach 1 1/2 Jahren (MW/s: 16,4/2,0 Monate) 50 (78%) erneut untersucht werden. Von den 14 nicht nachuntersuchten Patienten waren 6 in die Praxis eines niedergelassenen Psychiaters gewechselt. Bei einem Pati-

enten war die durchgängige Behandlung in Absprache mit dem Behandler ausgesetzt worden, 5 hatten die Behandlung abgebrochen, 1 Patient war in stationärer Behandlung, und 1 Patientin lehnte ein zweites Interview ab. Bis zu einem weiteren Untersuchungstermin im Abstand von 4–6 Wochen (MW/s: 34,0/10,0 Tage) schieden erneut 3 Patienten aus (einer erkrankte körperlich, einer lehnte ein drittes Interview ab, und bei einem ergab sich ein akutes psychotisches Rezidiv), so daß 47 Patienten (73%) zu allen 3 Meßzeitpunkten untersucht werden konnten. Die „drop-outs“ unterschieden sich in keiner der demographischen und krankheitsbezogenen Variablen von den durchgängig an der Untersuchung beteiligten Patienten, ebenso nicht in den Ausgangswerten subjektiver Lebensqualität.

Die Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik variierte bei den 3 Untersuchungsterminen zwischen einem BPRS-Mittelwert von 32,7 (s: 9,4) und 37,7 (s: 9,7), die neuroleptische Dosierung zwischen einem CPZ-Äquivalent von 418 (s: 405) und 454 (s: 410). (Nur bei einer Patientin kam es zu einem Wechsel der neuroleptischen Präparate.)

Im Verlauf des Untersuchungszeitraumes wurden 9 von 60 Patienten (15%), deren Verlauf über den gesamten Untersuchungszeitraum übersehen werden kann, stationär aufgenommen und wieder entlassen (MW/s: 9/7,5 Wochen).

Tabelle 1
Retestreliabilität

Berliner Lebensqualitätsprofil	Meßabstände	
	1 1/2 Jahre n=50	4–6 Wochen n=47
Allgemeine Lebenszufriedenheit	0,40**	0,71***
Freizeit	0,35*	0,41**
Finanzen	0,46**	0,84***
Wohnen	0,49***	0,56***
Sicherheit	0,53***	0,62***
Familie	0,45**	0,68***
Soziale Beziehungen	0,19	0,58***
Seelische Gesundheit	0,41**	0,45**
Summenscore	0,65***	0,86***

Pearson's r * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Originalien

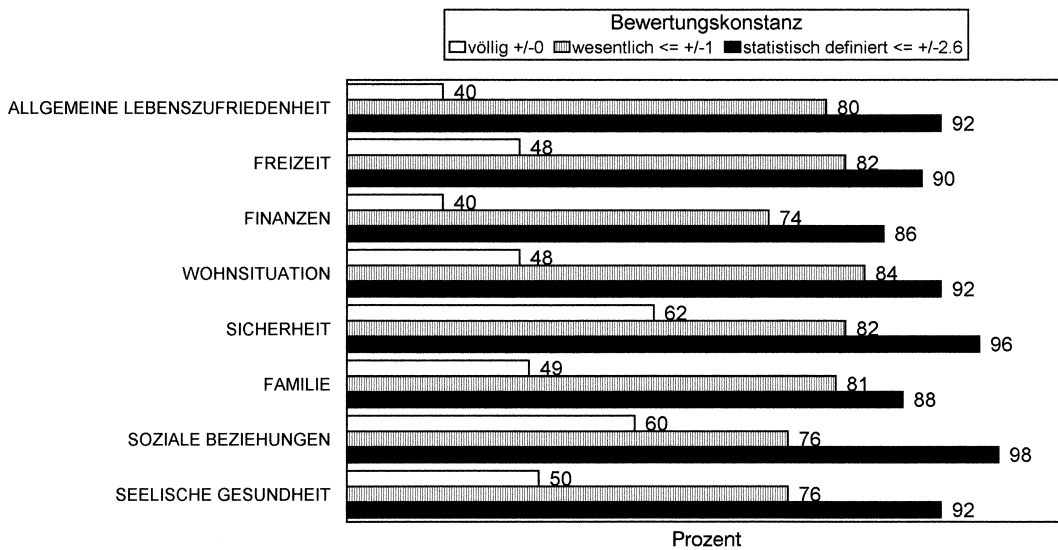


Abb. 1 ◀ **Bewertungskonstanz im Abstand von 1 1/2 Jahren**

Kennwerte subjektiver Lebensqualität zu den drei Meßzeitpunkten (Stabilität)

Tabelle 1 zeigt mittlere Retestreliabilitäten zwischen den Items/Skalen des Lebensqualitätsprofils für den längeren Meßabstand von 1 1/2 Jahren mit Ausnahme des Bereichs der „Sozialen Beziehungen“. Der mittlere Koeffizient (nach Z-Transformation) für das Lebensqualitätsprofil ist 0,42. Die kritische Differenz ($p < 0,05$) zwischen den Messungen ($d_{12}'_{crit}$) beträgt für die Items/Skalen des Profils 2,6.

Die Reliabilität des Summscores (0,65) ist demgegenüber deutlich höher, die kritische Differenz ($p < 0,05$) entsprechend kleiner: $d_{sum12}'_{crit} = 0,95$, die Reliabilität der Differenzmessungen beträgt $r_{sumd12} = 0,38$.

Für den kürzeren Meßabstand von 4–6 Wochen sind die Reliabilitätskoeffizienten erwartungsgemäß höher – mit Ausnahme mittlerer Werte in den Bereichen „Freizeit“ und „Seelische Gesundheit“. Hier beträgt der mittlere Koeffizient des Profils 0,63 (z-transformiert), die kritische Differenz der Messungen ($d_{23}'_{crit}$) 1,9. Die Reliabilität des Summscores (0,86) erreicht den höchsten aller Reliabilitätswerte überhaupt. Die mittlere Reliabilität der Differenzmessungen beträgt $r_{sumd23} = 0,57$.

Die Interne Konsistenz/Cronbach's Koeffizient Alpha variiert zwischen den 3 Meßzeitpunkten kaum: $t_1 = 0,76$; $t_2 = 0,74$; $t_3 = 0,77$.

Konstanz der Bewertungen subjektiver Lebensqualität

Zeitraum 1 1/2 Jahre. Abbildung 1 zeigt, daß eine *völlige Konstanz* der Bewertungen im Abstand von 1 1/2 Jahren je nach Bereich bei 40–62% der Patienten zu verzeichnen war. Eine *wesentliche Konstanz* (± 1) wurde bei 74 bis 84% beobachtet, und zwischen 86 und 98% blieben bei einer konstanten Bewertung nach dem Abzug des Anteils von Patienten mit Änderungen, bei denen der statistisch ermittelte kritische Grenzwert von Bewertungsänderungen ($> 2,6$) überschritten worden war.

Über alle Bereiche zusammen zeigten 4 Patienten (8% von $n = 50$) in keinem Bereich irgendwelche Bewertungsunterschiede, bei 16 Patienten

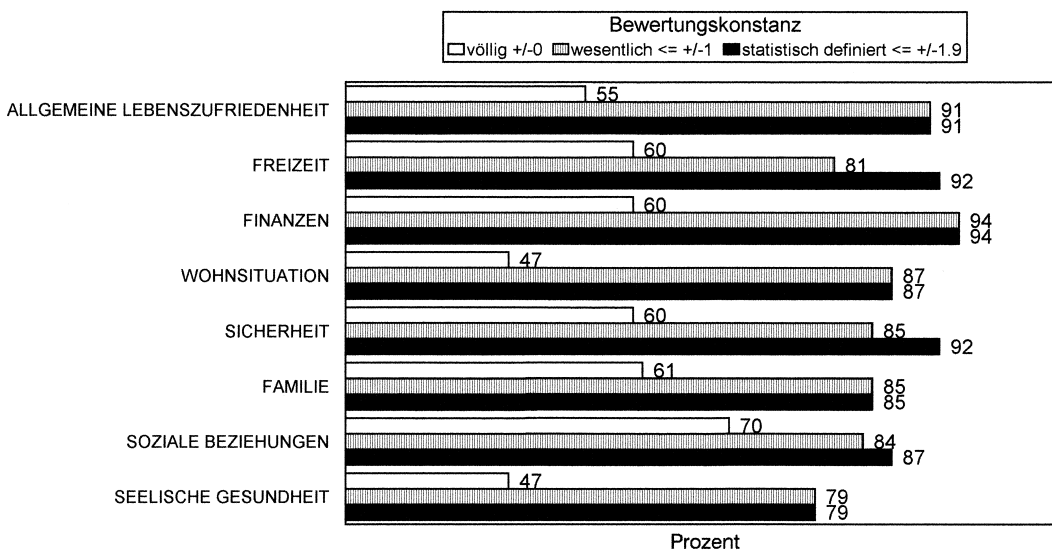


Abb. 2 ◀ **Bewertungskonstanz im Abstand von 4–6 Wochen**

Tabelle 2

Bewertungsunterschiede im Abstand von 1 1/2 Jahren (n=50); d, Mittelwertdifferenzen zwischen den Messungen, NS, nicht signifikant. Nach Bonferroni-Adjustierung bleiben Werte signifikant (p<0,05) mit einem in der Tabelle angegebenen, nicht adjustierten Wert von p<0,006. Diese sind durch Unterstreichung kenntlich gemacht

Berliner Lebensqualitätsprofil	Alle Patienten			Niedrige Ausgangswerte ^a			Hohe Ausgangswerte ^a		
	d	t	p ^b	d	t	p ^c	d	t	p ^c
Allgem. Lebenszufriedenheit	+0,16	-0,82	NS	+0,84	-3,06	<u>0,003</u>	-0,52	2,59	0,008
Freizeit	-0,12	0,72	NS	+0,46	-1,82	0,042	-0,61	3,52	<u>0,001</u>
Finanzen	+0,18	-0,80	NS	+1,00	-2,35	0,015	-0,42	2,46	0,010
Wohnen	+0,02	-0,11	NS	+1,27	-2,97	<u>0,003</u>	-0,33	2,18	0,018
Sicherheit	+0,09	-0,58	NS	+0,56	-2,15	0,022	-0,23	1,42	0,083
Familie	-0,27	1,26	NS	+0,17	-0,31	0,381	-0,45	2,22	0,018
Soziale Beziehungen	-0,22	1,35	NS	+0,64	-2,09	0,029	-0,56	3,41	<u>0,001</u>
Seelische Gesundheit	+0,14	-0,77	NS	+0,92	-3,94	<u>0,001</u>	-0,58	3,11	<u>0,003</u>
Summenscore	0,00	-0,05	NS	+0,19	-1,33	0,099	-0,16	1,89	0,035

^a Aufgeteilt jeweils nach dem Median

^b Zweiseitige Fragestellung (t-Test)

^c Einseitige Fragestellung (t-Test)

(32%) waren keine *wesentlichen* Bewertungsänderungen (± 1) zu beobachten, und für 32 Patienten (64%) ergab sich in keinem Bereich eine statistisch bedeutsame Bewertungsänderung.

Zeitraum 4–6 Wochen. Die analogen Werte für den kürzeren Meßabstand sind der Abb. 2 zu entnehmen. Die Werte für Patienten ohne jegliche Bewertungsänderung sind etwas höher (47–70%). Ebenfalls etwas höher sind die Werte für eine *wesentliche Konstanz* (± 1) (81–94%). Sie liegen wegen der geringeren kritischen Differenz für diesen Meßabstand näher an den Werten für den Anteil der Patienten ohne statistisch relevante Bewertungsänderungen (79–94%).

Über alle Bereiche zusammen gab es für diesen Meßabstand bei 7 Patienten (15% von n=47) keinerlei Bewertungsänderungen, bei 14 (30%) keine *wesentlichen* Bewertungsänderungen und bei 20 (43%) in keinem Bereich eine Änderung, die statistisch relevant war.

Bewertungsunterschiede

Im Vergleich der gruppenbezogenen Werte in einzelnen Bereichen des Lebensqualitätsprofils für den größeren Meßabstand von 1 1/2 Jahren (s. Tabelle 2, ohne „Arbeit und Beschäftigung“ wegen der geringen Anzahl arbeitender Patienten) und den sich daraus ergebenden Summenscores sind unter dem

Gesichtspunkt entweder positiver oder negativer Änderungen (zweiseitige Fragestellung) für die gesamte, in alle drei Messungen einbezogene Patientengruppe nur sehr geringe und keine auch nur annähernd statistische Signifikanz erreichende Unterschiede zu verzeichnen.

Unter der (einseitigen) Fragestellung von Änderungen in der Untergruppe von Patienten mit niedrigen Ausgangswerten ergeben sich in 3 Bereichen („Allgemeine Lebenszufriedenheit“, „Wohnen“ und „Seelische Gesundheit“) statistisch signifikante, positive Bewertungsänderungen, die auch nach der Alpha-Adjustierung Bestand haben. Bei den Patienten mit hohen Ausgangswerten ergeben sich ebenfalls im Bereich der „Seelischen Gesundheit“ signifikante Änderungen im Sinne einer Reduktion der Zufriedenheit – zusätzlich in den Bereichen „Freizeit“ und „Soziale Beziehungen“.

Für den kürzeren Meßabstand von 4–6 Wochen (vgl. Tabelle 3) finden sich bei zweiseitiger Fragestellung ebenfalls keine statistisch relevanten Änderungen. Bei einseitiger Fragestellung gibt es bei den Patienten mit niedrigen Ausgangswerten drei Bereiche („Freizeit“, „Soziale Beziehungen“ und „Seelische Gesundheit“) mit signifikanten Änderungen zum Positiven – bei jenen mit hohen Ausgangswerten bleiben keine der erwartungsgemäß gegenläufig ge-

richteten Änderungen nach Alpha-Adjustierung statistisch signifikant.

Prädiktion von Veränderungen

Bei der offenen Frage nach wesentlichen Änderungen in der Lebenssituation im längeren Untersuchungsintervall antworteten 31 (62%) von 50 nach 1 1/2 Jahren untersuchten Patienten, daß sich nichts wesentliches ihrem Leben geändert habe. Die restlichen 19 nannten als ein für sie bedeutsames Lebensereignis: Neuer Arbeitsplatz (5), Verlust des Arbeitsplatzes (1), Berentung (3), mehr Freunde (1), Tod von Angehörigen (1), Wohnungswechsel (1), neue Partnerin (1), Trennung vom Partner oder Familienangehörigen (4), körperliche Erkrankung (1) und ein Urlaub nach langer Zeit (1). Zwischen der Nennung eines dieser Lebensereignisse und der Anzahl von Änderungen in der subjektiven Lebensqualität ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge.

Auch sind weder für die kumulative Anzahl wie Dauer stationärer Aufenthalte oder die Höhe der neuroleptischen Dosierung signifikante Zusammenhänge zu beobachten. Der Umstand, während des Untersuchungszeitraumes stationär behandelt worden zu sein, steht in einem schwachen, statistischen Zusammenhang zur Anzahl negativer Änderungen in der subjektiven Lebensqualität ($r_{pb} = -0,25$; $p < 0,05$).

Tabelle 3

Bewertungsunterschiede im Abstand von 4–6 Wochen (n=47); d, Mittelwertdifferenzen zwischen den Messungen, NS, nicht signifikant. Nach Bonferroni-Adjustierung bleiben Werte signifikant (p<0,05) mit einem in der Tabelle angegebenen, nicht adjustierten Wert von p<0,006. Diese sind durch Unterstreichen kenntlich gemacht

Berliner Lebensqualitätsprofil	Alle Patienten			Niedrige Ausgangswerte ^a			Hohe Ausgangswerte ^a		
	d	t	p ^b	d	t	p ^c	d	t	p ^c
Allgem. Lebenszufriedenheit	-0,04	0,32	NS	+0,18	-0,78	0,223	-0,24	1,81	0,042
Freizeit	+0,12	-0,77	NS	+0,70	-4,04	<u>0,001</u>	-0,35	1,75	0,046
Finanzen	+0,06	0,52	NS	+0,21	-0,85	0,204	-0,25	2,26	0,016
Wohnen	+0,00	–	NS	+1,13	-2,35	0,026	-0,23	1,86	0,036
Sicherheit	+0,02	-0,16	NS	+0,26	-1,33	0,099	-0,25	1,56	0,067
Familie	+0,34	-2,23	0,033	+1,00	-3,69	<u>0,001</u>	-0,13	1,14	0,133
Soziale Beziehungen	-0,19	1,63	NS	+0,60	-3,02	<u>0,004</u>	-0,14	1,27	0,108
Seelische Gesundheit	-0,23	1,41	NS	-0,04	0,13	0,449	-0,50	2,40	0,013
Summenscore	+0,03	-0,33	NS	+0,11	-1,34	0,096	-0,05	0,80	0,216

^a Aufgeteilt jeweils nach dem Median

^b Zweiseitige Fragestellung (t-Test)

^c Einseitige Fragestellung (t-Test)

Negative Änderungen subjektiver Lebensqualität im Beobachtungszeitraum werden durch die psychopathologische Ausgangsbewertung (BPRS-Subscores und Summenscore) nicht vorhergesagt und von den Ausgangswerten der subjektiven Lebensqualität in vergleichsweise geringem Umfang ($R^2=0,11$; $F=5,47$; $p<0,05$) durch negative Zusammenhänge allein im Bereich „Familie“ (niedrige Zufriedenheit – größere negative Veränderungen; $b=-0,33$) prädictiert. – Deutlicher hingegen ist die Prädiktion der posi-

ven Veränderungen der Lebensqualität: Die psychopathologische Ausgangsbewertung erklärt 31% der Varianz und die Ausgangsbedingungen der subjektiven Lebensqualität ergeben weitere 18%, zusammen 49% erklärter Varianz ($F=13,65$; $p<0,0001$). Hohe Ausgangsbewertungen im Bereich von Angst und Depression ($b=0,56$) und niedrige Zufriedenheitswerte der „Allgemeinen Lebenszufriedenheit“ ($b=-0,34$) und „Freizeit“ ($b=-0,30$) stehen mit größeren positiven Änderungen in einem Zusammenhang.

Kovariation zwischen Änderungen subjektiver Lebensqualität und psychopathologischer Symptomatik

Für den längeren Meßabstand von 1 1/2 Jahren gab es eine Anzahl signifikanter Zusammenhänge zwischen Veränderungen in Variablen der subjektiven Lebensqualität und Änderungen im Ausmaß psychopathologischer Symptome (vgl. Tabelle 4). Bei den meisten Zusammenhängen sind negative Korrelationen zu beobachten, d.h. einer Abnahme psychopathologischer Symptome entspricht ei-

Tabelle 4

Zusammenhänge zwischen Änderungen der subjektiven Lebensqualität und Änderungen der psychopathologischen Bewertung im Verlauf von 1 1/2 Jahren (n=50). Multiple Regression, schrittweise vorwärts. Angegeben sind die Standardpartialkorrelationskoeffizienten (b)

BPRS – Scores	Allgemeine Lebenszufriedenheit	Freizeit	Finanzen	Wohnen	Sicherheit	Familie	Soziale Beziehungen	Seelische Gesundheit	Summenscore
Angst/Depression	-0,38	-0,29							-0,33
Anergie									
Denkstörung									
Aktivierung	-0,28			-0,51	0,36			0,33	
Feindseligkeit									
Summenscore			-0,33						
R ²	0,27	0,09	0,11	0,26	0,13	–	–	0,11	0,11
F	8,65	4,44	6,00	16,62	7,02	–	–	5,71	5,94
p	0,0006	0,0403	0,0180	0,0002	0,0109	NS	NS	0,0209	0,0185

ne Zunahme in der Lebensqualität. Eine Ausnahme liegt in der positiven Korrelation von Änderungen des BPRS-Subscores „Aktivierung“ und Änderungen der Lebensqualitätsbereiche „Sicherheit“ und „Seelische Gesundheit“, die mit einer größeren „Aktivierung“ (BPRS-Items: „Gespanntheit“, „Maniertheit“, „Erregung“) einher gehen.

Die deutlichsten Zusammenhänge zwischen einer Verbesserung der psychopathologischen Bewertung und der subjektiven Lebensqualität liegen in der „Allgemeinen Lebenszufriedenheit“ und der Zufriedenheit mit der Wohnsituation (27 und 26% erklärte Varianz). Geringere Zusammenhängen sind in den Bereichen „Freizeit“, „Finanzen“, „Sicherheit“, „Seelische Gesundheit“ und im „Summenscore“ über alle Bereiche zu beobachten. Keine Einflüsse von Änderungen der psychopathologischen Symptomatik sind auf die kommunikative Zusammenhänge bewertenden Bereiche des Profils („Soziale Beziehungen“ und „Familie“) zu beobachten.

Für den kürzeren Meßabstand von 4–6 Wochen findet sich allein für die „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ ein schwach signifikanter, inverser Zusammenhang mit einem Subscore der psychopathologischen Bewertung ($R^2=0,09$; $F=4,44$; $p<0,05$ /Denkstörung: $b=-0,29$). Für alle der anderen Bereiche des Lebensqualitätsprofils und den Summenscore ist dies nicht der Fall.

Diskussion

Die Stabilitätswerte für den längeren Abstand unserer Messungen (1 1/2 Jahre) entsprechen einem Niveau, das ansonsten für Befunde aus der Allgemeinbevölkerung berichtet wird: Sie sind jenen ähnlich, wie sie in den klassischen Lebensqualitätsstudien beispielsweise im Bereich des Wohnens in der Bundesrepublik Deutschland [8] bei einem Meßabstand von 24 Monaten ($r=0,38$), oder in den Vereinigten Staaten [5] bei einem Meßabstand von 8 Monaten ($r=0,47$) gefunden wurden.

Für die Verteilung von Patienten mit völlig konstanten oder „im wesentlichen“ konstanten Bewertungen ergeben sich ebenso bereichsbezogene Werte, die in einem ähnlichen Spielraum wie jene in der Allgemeinbevölkerung liegen, wo mit einer 10-Punkt-Zufriedenheitsskala eine völlige Konstanz bei

16–34% der Probanden und eine wesentliche Konstanz (± 1) bei 52–75% ermittelt wurden [4, 8].

Die ermittelten Retestreliabilitäten für den kürzeren Abstand von 4–6 Wochen zeigen für die „Allgemeine Lebenszufriedenheit“, den Bereich „Finanzen“ und insbesondere für den Summenscore befriedigende bis gute Reliabilitätswerte ($>0,70$). Der Wert des Summenscores entspricht exakt einem Wert, den Baumann [2] für die Hamilton-Depressions-Skala bei einem Abstand von 20 Tagen berichtet ($r_{tt}=0,86$).

Auch die im Hinblick auf Veränderungsmessungen besonders relevante Reliabilität der Differenzen erreicht für den Abstand von 4–6 Wochen ein in der klassischen Testtheorie gefordertes Niveau ($>0,50$, [18]). Dies ist bei der Verwendung klinischer Skalen ansonsten höchst selten der Fall [31]. Ebenso blieb – entsprechend den testtheoretischen Anforderungen [32] – die innere Konsistenz des Untersuchungsinstruments für alle 3 Meßzeitpunkte auf einem befriedigenden Niveau ($>0,70$) so gut wie konstant.

Die „kritischen Differenzwerte“, die sich aus dieser Reliabilität im Hinblick auf die Interpretation intraindividuell unterschieden ergeben ($\geq \pm 2$) erscheinen auch im Hinblick auf die Kategorien der Zufriedenheitsskala inhaltlich plausibel, beinhalten aber das Problem, daß statistisch bedeutsame Differenzen vollständig nur bei einseitiger Fragestellung identifiziert werden können: Probanden mit einer Ausgangsbewertung von „6=zufrieden“ oder „2=unzufrieden“ haben ja wegen der Endpunkte der Skala (7 und 1) keine Möglichkeit mehr, sich um 2 Punkte zu verbessern oder zu verschlechtern. Somit können Veränderungen vollständig nur mit einseitig formulierten Hypothesen untersucht werden: Ob die „Zufriedenen“ (5–7 Punkte) unzufriedener wurden (oder ihr Niveau halten können) oder die „Unzufriedenen“ (1–3 Punkte) zufriedener geworden sind (oder unzufrieden bleiben). Insofern ist der Befund, daß Bewertungsänderungen insgesamt (bei zweiseitiger Fragestellung) zu keiner relevanten Änderung der auf die Gesamtgruppe bezogenen Kennwerte der Verteilungen (Mittelwerte) führten, zu differenzieren.

Wenn man die wegen des erwähnten „Ceiling“-/„Floor“-effekts gegenüber

einer zweiseitigen Fragestellung zwar begrenzteren, aber voraussetzungsgemäß angemesseneren einseitigen Hypothesenprüfungen betrachtet, so ergeben sich sowohl für den längeren wie für den kürzeren Meßabstand durchgängig Regressionseffekte (extreme Meßwerte tendieren nach Galtons klassischem Befund bei wiederholten Messungen zum Mittelwert der Verteilung; vgl. [3], S. 434 f.), mit einigen statistisch signifikanten Bewertungsänderungen. Mögen diese für einen längeren Meßabstand wie 1 1/2 Jahre plausibel und in gewissem Sinn sogar Nachweis der Sensitivität des Instruments für Veränderungen sein, so wird die Verwendung einzelner Items/Skalen des Profils für Vergleichsmessungen (beispielsweise beim Wechsel zwischen Settings aber auch bei Prä-/Posttestdesigns bei Psychopharmakastudien) durch die signifikante „spontane“ Verbesserung von niedrigen Ausgangswerten in 3 Bereichen innerhalb von 4–6 Wochen zweifelhaft. Wie es schon von den Reliabilitätskoeffizienten her nahegelegt war: Nicht alle Skalen des Lebensqualitätsprofils erfüllen die methodischen Voraussetzungen, die an Meßinstrumente bei Veränderungsmessungen anzulegen sind.

Nach Befunden in der Allgemeinbevölkerung [10] wäre allenfalls ein schwacher Zusammenhang zwischen Lebensereignissen („life-events“) und subjektiver Zufriedenheit zu erwarten gewesen. Unsere Befunde stehen dazu in keinem groben Widerspruch. Der Mangel an statistisch signifikanten Zusammenhängen in unserer Stichprobe scheint auch deshalb verständlich, weil bei den einzelnen von den Patienten genannten Lebensereignissen positive und negative Aspekte sich fast durchgängig vermischen. Eine weiter differenzierende Analyse scheint aber gleichwohl wünschenswert (standardisierte Erhebungsinstrumente, Einbeziehung von Persönlichkeitsmerkmalen).

Die Prädiktion von Veränderungen subjektiver Lebensqualität im gesamten Untersuchungszeitraum scheint über längere Sicht mehr auf die Verbesserungen der Lebensqualität beschränkt zu sein, während Verschlechterungen so gut wie keinen prädiktiven Zusammenhang mit anderen Variablen zeigen.

Die Kovariation von Veränderungen in der psychopathologischen Symptomatik mit Änderungen subjektiver Lebensqualität erreicht für das längere Untersuchungsintervall nur in einzelnen Bereichen des Lebensqualitätsprofils den in Querschnittsvergleichen gefundenen Umfang von 25–30% gemeinsamer Varianz [13–16]. Sie besteht in einigen Bereichen aber gar nicht und ist auch nicht durchgängig in der erwarteten Richtung (Reduktion psychopathologischer Symptome \leftrightarrow größere subjektive Zufriedenheit) zu beobachten.

Für das kürzere Intervall ist keine bedeutsame Kovariation zwischen der Änderung der psychopathologischen Symptomatik und der subjektiven Lebensqualität zu beobachten. Dieses Ergebnis ist angesichts der in den Querschnittsvergleichen ansonsten durchgängig gefundenen (inversen) Zusammenhänge zwischen psychopathologischer Symptomatik und subjektiver Lebensqualität – des beispielsweise bei schizophrenen Ersterkrankungen und der damit verbundenen Akut-Symptomatik besonders markanten Abfalls der Lebensqualität [14] und analoger Zusammenhänge zur Behandlungsbewertung [9] – besonders hervorzuheben. Möglicherweise sind Änderungen im 6 Wochen-Intervall bei einem insgesamt stabilen Remissionsgrad und jahre- bis jahrzehntelangen Verläufen zu gering, um sich in Änderungen der subjektiven Lebensqualität zu manifestieren. Andererseits ist deren auch in kürzeren Zeiträumen in einzelnen Bereichen stattfindende Schwankung erklärungsbedürftig. Im Sinne eines von Lehman vorgeschlagenen „interaktiven Modells zwischen subjektiver Lebensqualität und klinischer Symptomatik“ ([16], S. 86) wäre es allerdings umgekehrt auch denkbar, daß Schwankungen subjektiver Lebensqualität als Prodrumi psychopathologischer Veränderungen erklärbar wären. Zeitreihenanalysen mit wiederholten Messungen könnten darüber weiteren Aufschluß geben.

Schlußfolgerungen

Der Summenscore des Berliner Lebensqualitätsprofils und das Item „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ (zusätzlich die inhaltlich nicht in gleichem Maße relevante Zufriedenheit im Bereich der „Finanzen“) erfüllen bei einer Gruppe chronisch schizophrener, ambulanter Patienten die methodischen Voraussetzungen von Meßinstrumenten, die für Veränderungsmessungen gut geeignet sind.

Im Gegensatz zu Querschnittbefunden und dem längeren Beobachtungszeitraum von 1 1/2 Jahren findet sich über ein Intervall von 4–6 Wochen kaum eine gemeinsame Variation in der Bewertung psychopathologischer Symptome und subjektiver Lebensqualität. Der Zusammenhang zwischen Lebensereignissen und Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bedarf einer weiterer differenzierenden Analyse.

Längsschnittuntersuchungen der subjektiven Lebensqualität (analog: Querschnittvergleiche) erfassen – zumindest bei psychopathologisch (teil)remittierten Patienten – ein grundsätzlich zur Veränderungsmessung nutzbares und entsprechend interpretationsfähiges Merkmal. Die international und auch national zunehmende Berücksichtigung subjektiver Lebensqualität zur Evaluation unterschiedlicher Versorgungsansätze für schizophrene Patienten scheint unter den hier untersuchten methodischen Aspekten gerechtfertigt.

Literatur

- Barry MM, Crosby C (1996) **Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders.** *Br J Psychiatry* 168: 210–216
- Baumann U (1976) **Methodische Untersuchungen zur Hamilton-Depressions-Skala.** *Arch Psychiatr Nervenkr* 222: 359–375
- Bortz J (1984) **Lehrbuch der empirischen Forschung.** Springer, Berlin Heidelberg New York
- Brachtl 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
- Campbell A, Converse PE, Rodgers WL (1976) **The quality of american life.** Sage, New York
- Campbell DT, Stanley JC (1963) **Experimental and quasi-experimental designs for research.** Rand McNally, Chicago
- Cronbach LJ (1947) **Test 'reliability': its meaning and determination.** *Psychometr* 12: 1–16
- Glatzer W, Zapf W (Hrsg) (1984) **Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden.** Campus, Frankfurt New York
- Gruyters T, Priebe S (1992) **Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität.** *Fortschr Neurol Psychiatr* 60: 140–145
- Heady B, Holmström E, Wearing A (1984) **The impact of life events and changes in domain satisfactions on well-being.** *Soc Indicators Res* 15: 203–227
- 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
- Jahn T, Mussgay L (1989) **Die statistische Kontrolle möglicher Medikamenteneinflüsse in experimentalpsychologischen Schizophreniestudien: Ein Vorschlag zur Berechnung von Chlorpromazinäquivalenten.** *Z Klin Psychol Psychother* 18: 257–297
- Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K, Isermann M (1996) **Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie.** *Nervenarzt* 67: 572–582
- Kaiser W, Priebe S, Barr W, Hoffmann K, Isermann M, Röder-Wanner UU, Huxley P (1997) **Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and outpatient samples.** *Psychiatry Res* 66: 153–166
- Lehman AF (1983) **The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill.** *Eval Program Plann* 6: 143–151
- Lehman AF (1996) **Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 31: 78–88
- 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
- Liener G (1969) **Testaufbau und Testanalyse, 3. Aufl.** Beltz, Weinheim
- 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

20. Oliver JPJ (1991–1992) **The social care directive: development of a quality of life profile for the use in community services for the mentally ill.** *Soc Work Soc Sci Rev* 3:5–45
21. Oliver JPJ, Mohamad H (1992) **The quality of life of the chronically mentally ill: a comparison of public, private, and voluntary residential provisions.** *Br J Social Work* 22:391–404
22. Oliver JPJ, Huxley PJ, Priebe S, Kaiser W (1997) **Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32:76–83
23. Overall JE, Gorham DR (1962) **The brief psychiatric rating scale.** *Psychol Rep* 10:799–812
24. Postrado LT, Lehman AF (1995) **Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness.** *Psychiatric Services* 46:1161–1165
25. 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
26. Priebe S, Kaiser W, Huxley P (1996) **Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung.** *Gesundheitswesen* 58, Sonderheft 1:86–90
27. 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
28. Schölmerich P, Thews G (Hrsg) (1990) **„Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin.** Fischer, Stuttgart New York
29. Spilker B (1990) **Quality of life assessments in clinical trials.** Raven, New York
30. Stein LI, Test MA (1980) **Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation.** *Arch Gen Psychiatry* 37:392–397
31. Stieglitz RD (1988) **Klinische Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren.** *Diagnostica* 34:28–57
32. Stieglitz RD, Baumann U, Tobien H, Zerssen D v (1980) **Zur Stichproben- und Zeitinvarianz von Testkennwerten bei einer Beschwerde-liste.** *Z Exp Angew Psychol* 27:631–654
33. Strack F, Argyle M, Schwarz N (eds) (1991) **Subjective well-being. An interdisciplinary perspective.** Pergamon, Oxford New York Beijing
34. Warner R, Huxley P (1993) **Psychopathology and quality of life among mentally ill patients in the community.** *Br J Psychiatry* 163:505–509

V. Arolt
Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten

Heidelberg: Springer 1997

Volker Arolt stellt in seiner Arbeit die Ergebnisse einer umfangreichen Studie über psychische Störungen bei körperlich kranken Patienten vor, die er und seine Mitarbeiter in internistischen und chirurgischen Stationen der Lübecker Universitätsklinik und des Städtischen Krankenhauses Lübeck untersucht haben. Die Arbeit ist für deutsche Verhältnisse bahnbrechend und setzt auch international Maßstäbe, da Arolt und Kollegen eine ausgefeilte Untersuchungsmethodik zur Anwendung gebracht haben. Eingesetzt wurden in einem zweistufigen Verfahren bei ca. 400 Patienten zunächst ein klinisches Interview und ein standardisiertes psychiatrisches Interview (CIDI), an das sich einige weitere Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumente anschlossen, wie z.B. die Beurteilung der psychosozialen Belastung der Patienten und die GAF im Rahmen einer multiaxialen Diagnostik. Von mehreren eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumenten werden in der vorgelegten Arbeit die Ergebnisse der mit der 12-Item-Version des GHQ erhobenen Befunde vorgelegt. Arolt beschreibt eine Gesamtprävalenz psychischer Störungen von ca. 46% bei internistischen und chirurgischen Patienten, wobei organische Psychosyndrome mit ca. 16% führend waren. Chirurgische Patienten sind bislang in der konsiliarpsychiatrischen Literatur eher selten untersucht worden. Von den an der Durchführung der Studie beteiligten erfahrenen Fachärzten für Psychiatrie wurde die Hinzuziehung des psychiatrischen Konsiliars bei 37% der internistischen und bei 56% der chirurgischen Patienten für sinnvoll angesehen. Vor diesem Hintergrund errechnet der Autor z.B. für Abteilungen für Innere Medizin mit einem Patientenaufkommen von 5500–6700/Jahr eine Besetzung des Psychiatrischen Konsiliardienstes in der Höhe von 2,6–3,1 Vollzeitkräften. Er weist zurecht darauf hin, daß amerikanische Erfahrungen, die von bis zu 10 ärztlichen Konsiliarkräften in Krankenhäusern mit 1000 Betten ausgehen, vor diesem Hintergrund auch für deutsche Verhältnisse verständlicher würden. Über die Erhebung und Aufbereitung der Daten hinaus sind aber seine methodischen Erfahrungen für die Planung weiterführender Studien wichtig. So weist Arolt darauf hin, daß CIDI und Fremdbeurteilungsskalen gut angewendet werden konnten, die Selbstbeurteilungsfragebögen jedoch nur von ca. 50% der Patienten beantwortet wurden. Das klinische Interview zeigte gegenüber dem CIDI insbesondere bei depres-

siven Reaktionen und Alkoholismus eine höhere Sensitivität, wobei die Übereinstimmung zwischen beiden Verfahren bei Substanzmißbrauch als schlecht, bei affektiv neurotischen Störungen als nur teilweise befriedigend bezeichnet werden konnte. Der GHQ-12 hat sich insbesondere zur Fallfindung für nichtorganische Störungen mit depressiver Symptomatik als geeignet erwiesen. Kritisch ist anzumerken, daß ab S. 116 die Zuordnung der Tabellen im Text z.T. nicht korrekt ist. Unbefriedigt blieb die Neugier des Rezensenten hinsichtlich einer Aufschlüsselung der 17,1% der „Nicht-Fälle“, für die eine Psychotherapieempfehlung ausgesprochen wurde (S. 86). Beides sollte in einer Neuauflage, die diesem Buch zu wünschen ist, korrigiert bzw. ergänzt werden. Bei der Untersuchung chirurgischer Patienten hat der Autor bewußt nur solche untersucht, die nicht vor einer Operation standen bzw. bei denen mindestens 3 Tage nach der Operation bis zum Untersuchungstermin vergangen waren (S. 34). Dies hat vermutlich dazu beigetragen, daß mit lediglich 2,5% nur ein geringer Anteil an akuten organischen Psychosen festgestellt wurde (S. 77). Dies sollte aber nicht zum Schluß führen, daß kurzfristige leichtere organische Psychosyndrome zu unterschätzen, da sie durchaus mit Spätfolgen einhergehen können. Ebenso sollte daran erinnert werden, daß Angst und Anspannung, die vor einer Operation auftreten, auch Auswirkungen auf den weiteren Behandlungsverlauf haben und somit für Interventionen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsiliardienst interessant sind. Dies macht aber der großen Bedeutung dieser Studie keinen Abbruch, sie ist wegweisend und sollte für jeden konsiliar-liaisonpsychiatrisch Interessierten zur Pflichtlektüre gehören.

A. Diefenbacher (Berlin)