

Zur Kurzerfassung subjektiver Lebensqualität

Ergebnisse der Erprobung einer Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP-KF)

Zusammenfassung: In einer Stichprobe von 36 schizophrenen Ambulanzpatienten (DSM III R) war die Übereinstimmungsvalidität zwischen dem Berliner Lebensqualitätsprofil (BELP) und einer daraus neu entwickelten, ökonomischeren Kurzform (BELP-KF) sehr hoch. Ein größerer Halo-Effekt im Sinne einer Angleichung der Zufriedenheitswerte kam durch eine weitgehende Beschränkung auf Fragen zur subjektiven Lebensqualität in der Kurzversion nicht zustande. Der Zusammenhang zur Bewertung psychopathologischer Symptome war für beide Interviewversionen fast deckungsgleich. Dies war ebenfalls für die faktorielle Struktur der Zufriedenheitswerte der Fall. Dabei waren auch zwei in die Kurzversion als optionale Zusatzfragen neu aufgenommene Items zur Zufriedenheit mit dem Sexualleben und zur Zufriedenheit mit der Behandlung mit Psychopharmaka einer generellen Zufriedenheitsdimension zuzuordnen. Die Zufriedenheit mit der Behandlung mit Psychopharmaka war die Variable (von insgesamt 14) mit der zweithöchsten Ladung auf einem sich in den Faktorenanalysen ergebenden generellen Zufriedenheitsfaktor.

Short Assessment of Subjective Quality of Life. Application and Results of a Short-Form of the Berliner Lebensqualitätsprofil (BELP-KF). The concurrent validity between the Berliner Lebensqualitätsprofil (BELP) and a new developed short form (BELP-KF) was tested in a sample of schizophrenia outpatients (N = 36) and turned out to be very high. The restriction to subjective quality of life questions did not lead to a greater halo-effect in the sense of an increasing similarity of single item values. Correlations with psychopathological symptoms were almost identical for both interview-versions. The same is true concerning the factorial structure of the satisfaction items which was nearly congruent. Two optional items on satisfaction with sexual life and with psychopharmacological treatment, which had been included into the short interview version, were attributable to an underlying general satisfaction dimension. Among 14 variables satisfaction with psychopharmacological treatment had the second highest factor-loading on the resulting general satisfaction factor.

W. Kaiser¹, M. Isermann¹, K. Hoffmann², P. Huxley³, S. Priebe⁴

¹ Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhaus Spandau Berlin (Chefarzt: Dr. J. Nast)

² Abteilung für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin (Komm. Leiter: Prof. A. Pietzcker)

³ Department of Psychiatric Social Work, School of Psychiatry and Behavioural Sciences, University of Manchester, UK

⁴ St. Bartholomew's and the Royal School of Medicine, Queen Mary and Westfield College, University of London, UK

Einleitung

Das Konstrukt Lebensqualität hat in den letzten 15 Jahren auch auf dem Gebiet der Psychiatrie zunehmend als Evaluationskriterium an Popularität gewonnen [18,21,29,31]. Ursprünglich angewandt, um die Effekte der Deinstitutionalisierung einer wissenschaftlichen Evaluation zugänglich zu machen [19,20], hat dieses Konstrukt auch mit der Einführung einer neuen Generation antipsychotisch wirksamer Medikamente wieder an Aktualität gewonnen [1–3]. Der Schwerpunkt des Interesses hat sich dabei von einer eher unsystematischen und interkulturell in ihrer Wertigkeit differierenden Erfassung von Indikatoren „objektiver Lebensqualität“ (sozialer Status, soziale Kontakte, Freizeitverhalten, Betroffenheit von Gewaltkriminalität etc.) als einem wesentlichen, komplementären Teil des ursprünglichen Konstrukts (vgl. Abb.1) zunehmend auf die „subjektive Lebensqualität“ verlagert [26].

In der Erfassung subjektiver Lebensqualität haben sich sowohl das im englischen Sprachraum weit verbreitete Lancashire Quality of Life Profile (LQOP) [23] als auch sein deutsches Äquivalent, das Berliner Lebensqualitätsprofil (BELP) [28], bei denen die subjektive Lebensqualität sowohl global wie in einzelnen Lebensbereichen (domains) in einem standardisierten Interview mit Zufriedenheitsskalen vom Likert-Typ erfaßt wird, als hinreichend reliable Instrumente erwiesen [14,15,16,24]. Sie haben zudem ihre diskriminative Validität im Hinblick auf die Unterscheidung zwischen verschiedenen Behandlungssettings bewiesen [12,14,15,37] und sich als sensitiv für Veränderungen und Behandlungsinterventionen gezeigt [8,9,10].

Angesichts des inzwischen häufig vorrangigen Interesses für die subjektiven Indikatoren der Lebensqualität stellte sich die

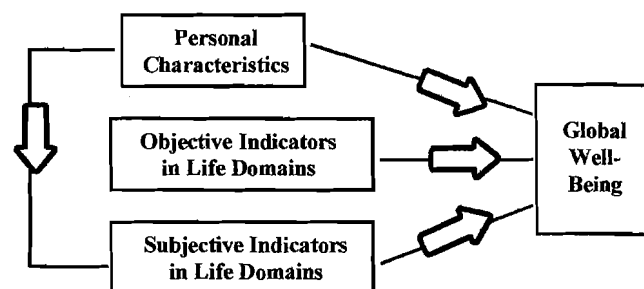


Abb. 1 Quality-of-Life-Modell nach Lehman [19].

Frage, ob die zeitlich vergleichsweise aufwendige Durchführung dieser Interviews zur Lebensqualität von 20 bis 30 Minuten Dauer, in denen sowohl objektive wie subjektive Fragen behandelt werden, weiter sinnvoll ist oder ob es nicht naheliegender ist, das Konstrukt „subjektive Lebensqualität“ separat durch ein im wesentlichen nur darauf ausgerichtetes, kürzeres Instrument zu erfassen. – Für das Lancashire-Profil liegt eine solche Kurzform unterdessen vor [28].

Wir haben diese Entwicklung zum Anlaß genommen, um auch für das Berliner Lebensqualitätsprofil eine äquivalente Kurzform zu entwickeln und erproben. Dabei wurde gleichzeitig der Versuch unternommen, zwei Aspekte zu integrieren, deren Einbeziehung in Diskussionen mit Anwendern des Instrumentes häufig gefordert wurde [33]. Es handelt sich um die Zufriedenheit mit der Behandlung mit Psychopharmaka und mit dem Sexualleben.

Im einzelnen haben wir bei der Erprobung der neu entwickelten Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP-KF) in der vorliegenden Studie folgende Fragestellungen untersucht:

1. In welchem Ausmaß korrelieren die Werte bei korrespondierenden Items oder Bereichen der Lang- und Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils im Sinne einer Übereinstimmungsvalidität (concurrent validity)?
2. Hat die Abfolge der Interviewdurchführung (Kurz- und Langform) dabei einen Einfluß auf die Korrelation der Werte?
3. Ergibt sich durch eine weitgehende Beschränkung auf Zufriedenheitsfragen eine größere Angleichung der Zufriedenheitswerte im Sinne eines Halo-Effektes? – Unter Halo-Effekt wird dabei die Stärke der Tendenz verstanden, mit der eine allgemeine Präferenz die Präferenz einzelner Beurteilungen bestimmt. Sie liegt dann in maximaler Ausprägung vor, wenn deren Varianz gegen Null geht [6, 7].
4. Welche Zufriedenheitsdimensionen ergeben sich für die Lang- und Kurzform bei faktorenanalytischer Betrachtung?
5. Welche Bedeutung hat dabei die Einbeziehung der Zufriedenheit mit der Behandlung mit Psychopharmaka und dem Sexualleben als Zufriedenheitsfragen?
6. Wie sind die Zusammenhänge von wesentlichen Zufriedenheitsfragen und Bereichen („Allgemeine Lebenszufriedenheit“, „Seelische Gesundheit“ und dem Gesamtwert des Profils) zu anderen Variablen im Vergleich zwischen Lang- und Kurzform?

Methoden

Stichprobe

Als Untersuchungspopulation haben wir eine diagnostisch homogene Gruppe schizophrener Patienten ausgewählt, da Patienten dieser Diagnosegruppe in der psychiatrischen Forschung bei weitem am häufigsten im Hinblick auf ihre Lebensqualität untersucht werden. Von den schizophrenen Patienten der Institutsambulanz des Krankenhauses Spandau, die DSM-III-R-Kriterien für Schizophrenie genügten (N = 160), wurde zuerst per Zufall eine Stichprobe von N = 45 gezogen. Nach Abzug der Patienten, die die Teilnahme an der Untersuchung ablehnten (N = 6) oder psychopathologisch aktuell so gestört waren, daß eine Durchführung des Interviews entweder nicht möglich war oder zu offensichtlich invaliden

Ergebnissen führte (N = 3), verblieben 36 Patienten. Diese Patientengruppe wurde randomisiert auf die Abfolge in der Interviewdurchführung: Kurzform (KF) → Langform (LF) = Gruppe A (N = 18) und LF → KF = Gruppe B (N = 18) verteilt.

Interviewdurchführung

Den Patienten der Erstziehung (N = 45) wurde zunächst erläutert, daß die Studie einer Erprobung eines standardisierten Interviews diene und in keinerlei unmittelbarem Zusammenhang zu ihrer ambulanten oder stationären Behandlung in der Klinik stünde. Allen Teilnehmern wurde eine Aufwandsentschädigung von 15 DM in Aussicht gestellt.

Vor der Durchführung der Interviews zur Lebensqualität wurden mit allen Probanden, die in die Studie Eingang fanden, vom Erstautor dieser Studie ein standardisiertes psychopathologisches Interview und ein Rating der Psychopharmaka-Nebenwirkungen durchgeführt. Danach fanden ca. ½ bis 1 Stunde später an einem anderen Ort in der Klinik – zur Vermeidung von Interviewereffekten [12, 13] mit der den Probanden nicht bekannten Zweitautorin der Studie als Interviewerin – die Interviews mit der Kurz- und Langversion des Berliner Lebensqualitätsprofils statt. Zwischen beiden Lebensqualitäts-Interviews lag ein Abstand von 15 bis 30 Minuten.

Erhebungsinstrumente

Psychopathologische Symptome wurden anhand des Manuals von Ventura et al. [35] mit der erweiterten 24-Items-Version der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) erhoben. Tardive Dyskinesien und neuroleptikabedingte Bewegungsunruhe (Akathisie) wurden mit der Tardive Dyskinesia Rating Scale (TDRS) von Simpson et al. [34] bewertet. Lebensqualität (LQ) wurde mit der Langform (LF) des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP) und der neu entwickelten Kurzform (BELP-KF) erhoben.

Die Langform des Berliner Lebensqualitätsprofils ist eine deutsche Adaption des Lancashire Quality of Life Profile (LQOP). Darin werden im Wechsel persönliche Charakteristika (Ausbildung, Einkünfte etc.), sogenannte „objektive“ Verhaltensmerkmale (z.B. kulturelle Aktivitäten oder persönliche Kontakte zu Freunden in der letzten Woche) und subjektive Bewertungen – initial die der „Allgemeinen Lebenszufriedenheit“ und in 8 Bereichen (domains) erfragt. Die Anzahl der insgesamt 19 Zufriedenheitsitems pro Bereich ist dabei unterschiedlich: Arbeit: 3, Freizeit: 2, Finanzen: 1, Wohnung: 4, Gesetz und Sicherheit: 2, Familie: 3, Freunde und Bekannte: 2, Gesundheit: 2. Die subjektiven Bewertungen folgen jeweils auf Fragen zu persönlichen Charakteristika und objektiven Merkmalen. Das Interview ist prinzipiell auch ohne Interviewer durchführbar. Es hat sich allerdings insbesondere in der Anwendung bei chronisch psychiatrischen Patienten bewährt, die Fragen durch einen Interviewer vorlesen zu lassen, der auch die Antworten protokolliert. Zur Bewertung der subjektiven Fragen liegt den Probanden dabei auf einem Beiblatt die für das Interview benutzte siebenstufige Zufriedenheitsskala vor, die Bewertungen zwischen 1 = „völlig unzufrieden“ bis 7 = „völlig zufrieden“ enthält.

Auf der Basis der Erfahrungen, die aus der Durchführung Hunderter von Interviews und der Auswertung von über 2000

Datensätzen des Berliner Lebensqualitätsprofils stammen [12] und nach den Resultaten von Expertenbefragungen [33] haben die Autoren eine Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP-KF) entwickelt. Beginnend mit der ersten Zufriedenheitsfrage nach der Zufriedenheit mit dem Leben allgemein (general well-being) ist diese Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils auf Abb. 2 dargestellt. (Aus Platzgründen weggelassen sind die vor der ersten Zufriedenheitsfrage gestellten Fragen zu Alter, Staats- und Religionsangehörigkeit, Familienstand, schulischer Bildung und beruflicher Tätigkeit und einer insbesondere für die unterschiedlichen Bereiche des Betreuten Wohnens genau unterscheidenden Erfassung der Wohnsituation. Insbesondere in diesem Bereich ist eine genaue Differenzierung nötig, wenn Daten aus unterschiedlichen Stichproben verglichen werden sollen.)

Zufriedenheitsskala							
1	2	3	4	5	6	7	
völlig unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	abwechselnd	eher zufrieden	zufrieden	völlig zufrieden	
1.	Wie zufrieden sind Sie zur Zeit allgemein mit Ihrem Leben? <i>Wenn berufstätig...</i>						<input type="checkbox"/>
2.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Tätigkeit? <i>Wenn nicht berufstätig...</i>						<input type="checkbox"/>
	Wie zufrieden sind Sie damit, arbeitslos oder berentet zu sein / keine Arbeit zu haben?						<input type="checkbox"/>
3.	Welche Einkünfte haben Sie zur Zeit?						<input type="checkbox"/>
4.	Wie hoch ist Ihr monatliches Nettoeinkommen?					DM	<input type="checkbox"/>
5.	Wieviel wenden Sie im Monat für Ihre Wohnung auf?					DM	<input type="checkbox"/>
6.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Lage?						<input type="checkbox"/>
7.	Haben Sie zur Zeit eine(n) gute(n) Freund(in)?					nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
8.	An wieviel Tagen in der vergangenen Woche hatten Sie Kontakt zu Ihren Freunden(innen)?						<input type="checkbox"/>
9.	Wie zufrieden sind Sie mit der Anzahl Ihrer Freunde(innen) und damit, wie Sie mit Ihnen zurecht kommen?						<input type="checkbox"/>
10.	Wie zufrieden sind Sie damit, wie Sie mit anderen Menschen zurecht kommen?						<input type="checkbox"/>
11.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Freizeitgestaltung?						<input type="checkbox"/>
12.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?						<input type="checkbox"/>
13.	Sind Sie im letzten Jahr angegriffen, geschlagen oder belästigt worden?					nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
14.	Wenn ja, wie?						<input type="checkbox"/>
15.	Ist im letzten Jahr gegen Sie selbst wegen einer Straftat Anzeige erstattet worden?					nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
16.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer persönlichen Sicherheit? <i>Wenn mit anderen zusammenlebend... (Familie, Partner, in WG, etc.)</i>						<input type="checkbox"/>
17.	Wie zufrieden sind Sie mit dem Zusammenleben mit den anderen Menschen in Ihrer Wohnung? <i>Wenn alleine lebend...</i>						<input type="checkbox"/>
	Wie zufrieden sind Sie damit alleine zu leben?						<input type="checkbox"/>
18.	Wie zufrieden sind Sie mit der Beziehung zu den Mitgliedern Ihrer Familie, mit denen Sie nicht zusammenleben?						<input type="checkbox"/>
19.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer seelischen Gesundheit?						<input type="checkbox"/>
20.	Nehmen Sie wegen Ihrer seelischen Erkrankung Medikamente oder bekommen Sie eine Spritze?					nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
21.	Wie zufrieden sind Sie mit der Wirkung der Medikamente oder der Spritze, die Sie wegen Ihrer seelischen Erkrankung bekommen?						<input type="checkbox"/>
22.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer körperlichen Gesundheit?					m	<input type="checkbox"/>
23.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?						<input type="checkbox"/>

Abb. 2 Berliner Lebensqualitätsprofil (Kurzform: BELP-KF) – Zufriedenheitsfragen (nicht aufgeführt sind die Items zu: persönlichen Daten, schulische Bildung u. Arbeit, Wohnsituation – siehe Anhang dieser Arbeit).

Bei dieser Kurzform wurden die zwischen objektiven und subjektiven Fragen alternierenden, nach Lebensbereichen geordneten Fragefolgen der Langform weitgehend aufgegeben. Neben Fragen zu persönlichen Charakteristika werden in der Kurzform nur noch sieben Fragen nach objektiven Merkmalen gestellt. Es handelt sich um jene, bei denen sich in

anderen Auswertungen der Langform die größte Varianz und Diskriminationsfähigkeit zwischen Stichproben ergeben hatte [8,12,14,15,30,32]. Subjektive Fragen – insgesamt 14 – werden in Kurzform in längeren Sequenzen als in der Lageform und pro Dimension mit zwei Ausnahmen (Fragen 9 und 10: Beziehungen zu Freunden u. „anderen Menschen“ und Frage 12 und 17: Wohnung und Zusammenleben mit den Menschen in Ihrer Wohnung) auf eine Frage reduziert gestellt. Die Zufriedenheitsfragen sind zu 60% identisch mit der Langform (Vergleiche Abb. 2: Fragen 1, 2, 6, 10, 12, 19, 22). Bei zwei Fragen (11, 16) werden jeweils zwei Fragen aus der Langform zu einer, allgemeiner formulierten Frage zusammengezogen. Bei einer Frage (9), bei der in der Langform nur nach der Zufriedenheit mit der Anzahl der Freunde gefragt wird, wird ein zweiter Aspekt hinzugefügt („und wie Sie mit ihnen zurecht kommen“). Die Frage nach der Familie (18) ist in der Kurzform bezüglich der damit gemeinten Personen genauer eingegrenzt (LF: „sonstige Familie“, KF: „Mitglieder Ihrer Familie, mit denen Sie nicht zusammenleben.“). Zwei Fragen (2, 17) enthalten je nach persönlicher Situation auszuwählende Antwortalternativen. Neu gegenüber der Langform sind die Zufriedenheitsfragen 21 (Psychopharmaka) und 23 (Sexualleben) und die „objektive“ Frage 20.

Statistische Auswertung

Die Stabilität der Zufriedenheitsbewertungen und die „objektive“ Frage 8 für die Gesamtgruppe wurde mit Produkt-Moment-Korrelationen bestimmt (jeweils einseitige Signifikanztests). Da im Ergebnis unserer Untersuchung für den Subgruppenvergleich und den Vergleich mit anderen Variablen nur ein Teil der Variablen die bivariate Normalverteilungsvoraussetzung erfüllte, wurde die Stabilität der Zufriedenheitswerte zwischen Kurz- und Langform im Subgruppenvergleich und für die Zusammenhänge mit anderen Variablen mit Spearman's-Rang-Korrelationskoeffizienten (ρ) angegeben. Die Signifikanz von Differenzen zwischen Korrelationskoeffizienten wurde nach Olkin [4,25] bestimmt. Für die beiden Interviewversionen wurde als zusätzliches Reliabilitätsmaß Cronbach's Koeffizient Alpha bestimmt. Mittelwertunterschiede in den korrespondierenden Items der Kurz- und Langform des Lebensqualitätsprofils wurden mit einer multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) mit nachfolgenden univariaten F-Tests überprüft. Die Differenzen der LQ-Gesamtwerte und der Durchführungszeit wurden für die gesamte Stichprobe mit t-Tests für gepaarte Stichproben überprüft; Differenzen in den Zufriedenheitswerten und psychopathologischen Ratings innerhalb und zwischen den Subsamples mit entsprechenden nicht-parametrischen Verfahren (Wilcoxon-Test und U-Test von Mann-Whitney). Für die Beurteilung des Halo-Effektes wurden für jeden Probanden individuell die Standardabweichungen der Zufriedenheitsbereiche in der Langform und der Items der Kurzform berechnet und für die Gesamtgruppe ebenfalls mit t-Tests verglichen. Über die korrespondierenden Bereiche bzw. Items der beiden Interviewfassungen wurde eine Hauptkomponentenanalyse (PCA) gerechnet (A). Für die Kurzform wurde diese ergänzt durch zusätzliche Auswertungen (B: unter Einschluß in der Kurzform zusätzlich enthaltener Items, C: mit den Zusatzfragen zu „Psychopharmaka“ und „Sexualleben“). Die Ähnlichkeit der Generalfaktoren wurde mit dem Kongruenzkoeffizienten C nach Tucker (Spannweite zwischen -1 und +1) [4,36] bestimmt.

Ergebnisse

Durchführung der Untersuchung

Von den 45 per Zufall gezogenen prospektiven Kandidaten der Studie konnten n = 36 in die Durchführung der Interviews einbezogen werden. 6 Kandidaten (13%) lehnten eine Teilnahme explizit ab. Die Gründe dafür lauteten in typischer Formulierung: „Ich lasse mir doch nicht in die Karten gucken“, oder wurden mit der „lächerlichen Summe“ für die Aufwandsentschädigung begründet – schienen aber letztlich deutlich paranoid motiviert. Bei einem Kandidaten war die Teilnahme hingegen offensichtlich einzig durch die rasche Erlangung der Aufwandsentschädigung motiviert und die stereotype Beantwortung aller Fragen mit einer einzigen Bewertung disqualifizierte ihn von der Auswertung. Einmal mußte ein Interview wegen einer paranoid-wahnhaften Reaktion abgebrochen werden, ein weiteres geplantes Interview konnte wegen einer akuten Dekompensation einige Tage vor dem geplanten Untersuchungstermin nicht durchgeführt werden. Alle Drop-Outs waren männlichen Geschlechts und 6 von ihnen (2/3) hatten einen gesetzlichen Betreuer gegenüber 1/3 der in die Untersuchung einbezogenen Patienten (nicht signifikanter Unterschied). Andere bedeutsame Unterschiede zu der in die Untersuchung einbezogenen Stichprobe waren nicht erkennbar. Ihre Charakteristika sind in Tab. 1 aufgeführt.

Tab. 1 Stichprobenmerkmale (n = 36).

Geschlecht	Männer	53%
	Frauen	47%
Alter in Jahren	Mittelwert	47,1
	Standardabweichung	9,7
Familienstand	ledig	64%
	verheiratet	14%
	geschieden, getrennt	22%
Schulabschluß	kein Abschluß	14%
	Hauptschule	36%
	Mittlere Reife	22%
	Abitur	28%
Berufliche Ausbildung	keine	39%
Erkrankungsdauer in Jahren	Mittelwert	19,1
	Standardabweichung	9,4
Stationäre Aufenthalte	1 – 5	44%
	6 – 10	33%
	> 10	22%
Aktuelle Behandlung mit Psychopharmaka	keine	8%
	klassische Neuroleptika	
	oral ¹	20%
	Depot ¹	55%
	Atypica	
	Clozapin	11%
	Olanzapin	6%
Tardive Dyskinesien ²	kriterienbezogen ³	28%
Akathisie ²	mindestens leicht	17%

¹ doppelte Nennungen; ² TDRS [34]; ³ Research-Criteria [11]

Die erreichte Stichprobengröße von N = 36 ist bei einer großen Effektgröße ($r > .5$) und der üblichen Teststärke (Power) von 80 zur zufallskritischen Absicherung von Produkt-Moment-Korrelationen als Maß der Stabilität auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < .01$ optimal geeignet [5]. – Die Dauer der Interviews betrug für die Kurzform im Mittel 6,8 Minuten bei einer Standardabweichung (s) von 2,6. Für die Langform mußte mit im Mittel 13,4 Minuten (s = 4,0) ein etwa doppelt so langer Zeitraum aufgewendet werden ($p < .001/t = 14,7$).

Konsistenz der Interviews zur Lebensqualität

Der Konsistenzkoeffizient (Cronbach's Alpha) betrug bei der Einbeziehung der „Allgemeinen Lebenszufriedenheit“ und von 8 Skalenwerten für die Langform 0.88 und 0.93, wenn alle einzelnen Itemwerte berücksichtigt werden. Für die Kurzform beträgt der Wert auf der Basis von 12 Itemwerten ebenfalls 0.88. Durch die Einbeziehung der Werte für die Zufriedenheit mit der Behandlung mit Psychopharmaka und dem Sexualleben steigt er auf 0.91 an.

Lebensqualitätsprofile

Die Bereiche „Finanzen“ und „Seelische Gesundheit“ wurden am niedrigsten bewertet (Mittelwertprofile vgl. Abb. 3). Zu den am besten bewerteten Items gehörte auch die Behandlung mit Psychopharmaka. Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit dem Sexualleben waren nach dem Eindruck der Interviewerin von den Autoren ursprünglich befürchtete negative Reaktionen nicht zu beobachten. Allerdings bezeichneten 1/4 der Stichprobe (N = 9) die Frage als unzutreffend für sie und gaben keine Zufriedenheitsbewertung ab.

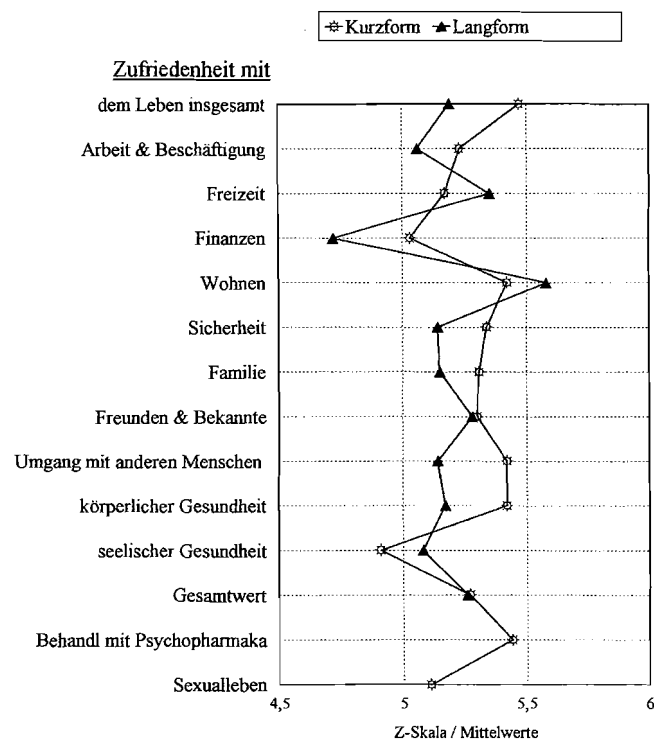


Abb. 3 Zufriedenheitswerte/Subjective Lebensqualität.

Bei den korrespondierenden Items/Bereichen und den Gesamtwerten der Kurz- und Langform bestanden sowohl multivariat wie bereichs- und itembezogen innerhalb der Gesamtgruppe, wie für die Untergruppen A und B keine signifikanten Mittelwertunterschiede. Zwischen den Untergruppen A und B ergab sich ein signifikant unterschiedlicher Wert der Kurzform ($p = .035/U = 97,0$) hinsichtlich der Beziehung zu „Mitgliedern Ihrer Familie, mit denen Sie nicht zusammenleben“.

Psychopathologische Symptome und Nebenwirkungen

Der BPRS-Gesamtwert in der Beurteilung der psychopathologischen Symptome betrug im Mittel 38,6 ($s = 10,6$), der BPRS-Faktor Angst/Depression 6,2 ($s = 2,1$). Die Unterschiede zwischen den Subsamples A und B waren minimal. Bei 10 (28%) Probanden wurden nach den Forschungsdiagnose-Kriterien von Kane und Schooler [11] tardive Dyskinesien festgestellt – d. h. mindestens TDRS-Bewertungen der Kategorie „mäßig“ in einer Körperregion oder „leicht“ in zwei Körperregionen. Dies war für jeweils 5 Patienten aus jeder der Untergruppen der Fall. Für insgesamt 6 (17%) wurde im Akathisie-Item der TDRS eine Akathisie als „möglicherweise vorhanden“ ($N = 4$), bei jeweils einem Probanden als „leicht“ und „mittel“ bewertet. Der Untergruppenunterschied war erneut nicht signifikant.

Übereinstimmungsvalidität

Subjektive Lebensqualität

Die Korrelationskoeffizienten für die korrespondierenden Zufriedenheitswerte der Kurz- und Langform werden sowohl

für die Gesamtgruppe, wie für die Teilstichproben A (Durchführungsreihenfolge: Kurzform – Langform) und B (umgekehrt) in Tab. 2 dargestellt.

Für die Gesamtgruppe zeigen sich für alle Korrelationen der in Kurz- und Langform korrespondierenden Bereiche/Items hochsignifikante Werte – mit Ausnahme der Frage nach der Zufriedenheit des Umgangs mit „anderen Menschen“ und mit „Freunden und Bekannten“. Die Stabilität dieser beiden Variablen verfehlt das klassische „70-Kriterium“ [22]. – Die Zusammenziehung von zwei Items der Langform zu einem Item in der Kurzform („Freizeit“ und „Sicherheit“) wirkte sich nicht negativ auf die Stabilität der Beantwortung aus; im Gegenteil findet sich hier die höchste bereichsbezogene Stabilität. Dies ist allerdings nicht der Fall mit einem ebenfalls unter .70 liegenden Koeffizienten bei der Hinzufügung eines zweiten (Doppel-) Aspektes bei der Frage nach „Freunden und Bekannten“.

Bezogen auf Untergruppendifferenzen in den Korrelationen ergeben sich in den Variablen „Wohnen“ ($A < B$) und „Körperliche Gesundheit“ ($B < A$) signifikante Unterschiede, wobei die Richtung der Unterschiede zwischen den Gruppen wechselt und nicht systematisch eine Gruppe bevorzugt.

Objektive Fragen

In der Kurzform werden vier sogenannte objektive Fragen gestellt, die auch in der Langform enthalten sind: Gefragt wird nach der Existenz eines „guten Freundes“. Darauf antworteten 75% ($n = 27$) mit ja und 25% ($n = 9$) mit nein. Die analoge Frage der Langform beantworteten 72% ($n = 26$) mit

Tab. 2 Korrelationen von Zufriedenheitsbewertungen zwischen Lang- (LF) und Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (KF) – Pearson's r und Spearman's rho.

	Gesamtgruppe (n = 36)	Gruppe A KF → LF (n = 18)	Gruppe B LF → KF (n = 18)	Differenz $\rho_A - \rho_B$ p
	r	rho		
Identische Einzelitems				
Leben insgesamt	.80***	.83***	.81***	
Arbeit & Beschäftigung	.80***	.80***	.85***	
Finanzen	.75***	.66**	.74***	
Wohnen	.81***	.58**	.86***	< .05
Beziehungen zu „anderen Menschen“	.61**	.64**	.42*	
Seelische Gesundheit	.77***	.84***	.81***	
Körperliche Gesundheit	.74***	.81***	.51*	< .06
Mittelwert aus zwei Items in der Langform – Einzelitem in der Kurzform				
Freizeit ¹	.90***	.85***	.92***	
Sicherheit ²	.90***	.84***	.75***	
Einzelitem in Langform – Einzelitem mit Doppelaspekt in der Kurzform				
Freunde & Bekannte ³	.66**	.58**	.42*	
Gesamtwert	.93***	.86***	.91***	

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$ (einseitiger Test)

¹ Langform: Freizeitaktivität 1.) zu Hause, 2.) außerhalb Ihrer Wohnung – Kurzform: Freizeitgestaltung allgemein

² Langform: 1.) persönliche Sicherheit in dieser Stadt, 2.) Sicherheit, wo Sie wohnen – Kurzform: persönliche Sicherheit allgemein

³ Langform: mit der „Anzahl Ihrer Freunde und Bekannten und wie Sie mit ihnen zurechtkommen“.

ja und 17% (n=6) mit nein. 11% (n=4) nannten entweder ihren Partner (1), antworteten mit „weiß nicht“ (2) oder gaben keine Antwort (1). Die bei beiden Interviews verwertbaren Antworten waren zu 100% identisch. – Auf die Frage nach persönlichen Kontakten zu Freunden in den letzten Wochen wurden für die Kurzform im Mittel 2,9 (s=2,8) und für die Langform 3,3 (s=3,0) genannt. Die Stabilität dieser Variablen betrug $r = .87$ für die Gesamtgruppe ($\rho = .83$ [A], $.90$ [B]); alle drei Koeffizienten: $p < .001$. – Auf die Frage, ob sie im letzten Jahr „angegriffen, geschlagen oder belästigt“ wurden, antworteten in der Kurzform 11% (n=4) mit ja, der Rest mit nein (89%). In der Langform war die Antwortverteilung: ja = 14% (n=5) und nein = 86% (n=31); d.h. ein Patient, der in der Kurzform mit nein geantwortet hatte, antwortete in der Langform mit ja. Die Übereinstimmungsrate war demnach 97%. Die Frage, ob „im letzten Jahr wegen einer Straftat Anzeige gegen Sie erstattet wurde“, beantworteten in der Kurzform 2 (6%) mit ja, in der Langform aber nur einer der beiden, so daß auch hier die Antworten zu 97% übereinstimmten.

Halo-Effekt

Bezogen auf alle Zufriedenheitsitems der Langform und der Kurzform ergibt sich für den Durchschnitt der individuellen Einzelbewertungen in der Langform eine signifikant größere Standardabweichung der Bewertungen – (MW/s: LF = 1,51/1,7; KF = 1,06/0,35 – $t = -3,21/p < .01$). Die Zusammenziehung von Items in der Langform zu Bereichsbewertungen (domains) relativiert dies aber und führt, wenn die üblicherweise berechneten 8 Bereiche und die allgemeine Lebenszufriedenheit der Langform mit korrespondierenden Einzelitems der Kurzform verglichen werden, zum umgekehrten Ergebnis:

Dann ergibt sich nämlich im Mittel eine für die Kurzform signifikant größere Standardabweichung der individuellen Zufriedenheitsbewertungen (MW/s: LF = 1,03/0,43; KF = 1,77/0,39 – $t = -8,32/p < .001$).

Dimensionen der Zufriedenheit

Die Lösungen der Hauptkomponentenanalysen (PCA) (vgl. Tab. 3) ergaben für die Langform und für die Kurzform – in drei Varianten (A–C) – Lösungen mit einer „vortrefflichen“ Sample-Adaequacy zwischen .75 und .81 (alle Bartlett-Tests of Sphericity: $p < .000001$).

Alle Lösungen wiesen jeweils einen Generalfaktor mit mindestens 7 Ladungen $> .60$ auf und waren damit als Faktor genereller Zufriedenheit sehr gut interpretierbar [4]. Dies war für die sich ergebenden Zusatzfaktoren mit Eigenwerten nur knapp über 1 nicht der Fall (Anzahl der Faktoren mit Eigenwerten > 1 : LF und KF [A] = 2, KF [B und C] = 4). Die Generalfaktoren der korrespondierenden Variablen von Langform und Kurzform (Lösung A) überschritten mit einem maximalen Kongruenzkoeffizienten von $C_{LF,KF} = 0.99$ deutlich die Signifikanzgrenze ($\alpha = .05$) von $C = 0,93$ bei 10 Variablen [4,17]. Für die weiteren Lösungen der Kurzform (B und C) ergeben sich danach nur noch minimale Änderungen der Ladungsstruktur, die die sehr hohe Kongruenz nicht tangierten. – Das Item „körperliche Gesundheit“ hebt sich von den Markiervariablen der Generalfaktoren bei den Lösungen B und C deutlich ab. Die Zusatzitems („Sexualleben“ und „Psychopharmaka“) fügen sich als Markiervariablen hingegen homogen ein und letzteres weist sogar die zweithöchste Ladung überhaupt auf diesem Faktor auf.

Tab. 3 Ergebnisse der Faktorenanalysen (PCA) – Generalfaktoren.

	Langform (KF)	A	Kurzform (KF)	C'
	allgemeine Lebenszufriedenheit und 8 Bereiche	korrespondierende Items	alle Items außer Zusatzfragen Psychopharma u. Sexuall.	alle Items einschließl. Zusatzfragen Psychopharma u. Sexuall.
allgemeine Lebenszufr.	.83	.75	.76	.73
Arbeit & Beschäftigung	.65	.67	.66	.64
Freizeit	.90	.77	.74	.74
Finanzen	.57	.64	.60	.59
Wohnen	.81	.71	.69	.69
Sicherheit	.54	.61	.63	.62
Familie	.69	.59	.58	.57
soziale Beziehungen	.85	.71	.67	.68
seelische Gesundheit	.68	.64	.67	.68
Freunde und Bekannte			.80	.80
Mitbewohner			.64	.65
körperliche Gesundheit			.34	.35
Psychopharmaka				.75
Sexualleben				.59
Eigenvalue	4,86	4,16	5,18	6,02
erklärte Varianz	54,0%	46,2%	43,2%	43,0%

¹n = 27

Zusammenhänge mit anderen Variablen

Zusammenhänge zwischen der subjektiven Lebensqualität und anderen Variablen wurden zunächst zum Gesamtscore der BPRS (24 Items) bestimmt: Für das Lebensqualitäts(LQ)-Item „Seelische Gesundheit“ ergaben sich für Kurzform ($\rho = -.31$) wie für die Langform ($\rho = -.33$) fast identische, signifikante ($p < .05$) Korrelationen. Für das LQ-Item „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ und den LQ-Gesamtwert war allerdings weder für Kurz- noch für die Langform ein signifikanter Zusammenhang festzustellen.

Signifikante, für Kurz- und Langform ebenfalls fast identische Zusammenhänge bestanden zwischen dem BPRS-Faktor Angst/Depression und den LQ-Items „Allgemeine Lebenszufriedenheit“: KF = $-.48/p < .01$, LF = $-.47/p < .01$, „Seelische Gesundheit“: KF = $-.35/p < .05$, LF = $-.43/p < .01$ und dem LQ-Gesamtwert: KF = $-.55$, LF = $-.54$ (beide: $p < .001$). Alle Korrelationen zwischen Zufriedenheitswerten und psychopathologischen Symptomen sind inverser Natur, d.h. einer stärkeren Ausprägung psychopathologischer Symptome entspricht eine niedrige Zufriedenheitsbewertung.

Zwischen dem Akathisiescore (möglich = 1 bis mittel = 3 bei 17%/N = 6) und dem Zufriedenheitsitem „Seelische Gesundheit“ fanden sich sowohl für die Kurzform ($\rho = -.37/p < .05$) wie für die Langform ($\rho = -.49/p < .01$) signifikante, ebenfalls inverse Zusammenhänge. Diese bestanden nicht zu tardiven Dyskinesien. Ebenfalls war kein signifikanter Zusammenhang zu den Variablen Geschlechtszugehörigkeit und Alter festzustellen.

Diskussion

Die Validität der Übereinstimmung zwischen der Langform des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP) und der neu entwickelten Kurzform (BELP-KF) ist in der Anwendung bei einer Gruppe chronisch schizophrener Ambulanzpatienten insgesamt zufriedenstellend. Die dafür aufzuwendende Zeit sinkt dabei im Mittel auf etwa die Hälfte gegenüber der Langform, nämlich von 13 auf 7 Minuten.

Ein systematischer Einfluß der Abfolge der Interviewdurchführung mit der Lang- und Kurzform auf die Validität der Übereinstimmung konnte in der hier durchgeführten Erprobung des Interviews nicht festgestellt werden. Im Bereich der Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen (zu „anderen Menschen“ und zu „Freunden und Bekannten“) wurde das .70-Kriterium der Stabilität allerdings nicht erreicht. Dies entspricht dem Ergebnis einer Untersuchung der Bewertungsstabilität über einen längeren Zeitraum von 1½ Jahren mit der Langform des Instruments, bei der sich dieser Bereich mit einem Wert von $r = .19$ signifikant von den anderen des Profils unterschied. Über einen Zeitraum von 4–6 Wochen war diese Abweichung allerdings nicht zu finden ($r = .58/p < .001$) [16]. Nach unserer Auffassung sollten die Items zur Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen wegen der unter .70 aber über .60 liegenden Reliabilität nicht völlig aus dem Profil entfernt werden. Sie sollten allerdings nicht isoliert und nur im Kontext des gesamten Profils interpretiert werden.

Eine von uns zunächst befürchtete stärkere Homogenisierung des Gesamtprofils durch die weitgehende Beschränkung auf

Zufriedenheitsfragen im Sinne eines Halo-Effekts war in Relation zu der bereichsbezogenen Auswertung der Langform, die in der Vergangenheit meist von Interesse war, nicht zu beobachten. Die mit der Konstruktion eines Profils erwünschte Möglichkeit, die Ausprägung (und Änderung) der Zufriedenheit in unterschiedlichen Lebensbereichen festzustellen, bleibt damit auch in der Kurzform erhalten und scheint sich sogar zu verbessern. Letzteres ist statistisch natürlich auch dadurch bedingt, daß für die Kurzform die Anzahl der Items insgesamt reduziert wurde und auf eine zusätzliche Aggregation in Bereichen verzichtet wurde.

Die generellen Zufriedenheitsfaktoren für Lang- und Kurzform sind in bezug auf die Faktorstruktur fast identisch. Auch dieses Ergebnis einer zugrundeliegenden generellen Zufriedenheitsdimension entspricht – wie die Relation zu psychopathologischer Symptomatik – den Ergebnissen aus früheren Untersuchungen mit der Langform des Interviews [14,15,30]. Die hohe inverse Korrelation insbesondere affektiver Symptome mit der subjektiven Lebensqualität macht es nach unserer Auffassung – wie schon mehrfach postuliert [12,14] – zwingend, in der Anwendung auf Patientengruppen mit psychiatrischen Erkrankungen psychopathologische Symptome als Kontrollvariablen zu erheben.

Der hohe Stellenwert, den Patienten mit schizophrenen Psychosen der neu aufgenommenen Bewertung der Behandlung mit Psychopharmaka bei der Bewertung ihrer subjektiven Lebensqualität insgesamt beimessen (wie auch der Zusammenhang zwischen subjektiver Lebensqualität und Nebenwirkungen der Psychopharmaka [1–3]), kann als weiterer Hinweis auf die Bedeutung dieses Evaluationskriteriums gelten.

Da das Erhebungsinstrument aber – wie auch sein englischsprachiges Äquivalent, das Lancashire Quality of Life Profile – aus einer generalisierenden (generic) Perspektive entwickelt ist, d.h. nicht auf eine spezifische Erkrankung, Symptome oder Behandlung bezogen ist und auch den Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erlauben soll, empfehlen wir die zusätzliche Verwendung des Psychopharmaka-Items bei Interviews mit entsprechend behandelten Patientengruppen, schließen es allerdings in die Berechnung des Gesamtwertes nicht systematisch ein.

Letzteres gilt auch für die auf das Sexuelleben bezogene Frage. Auch diese kann als Bestandteil einer generellen Zufriedenheitsdimension angesehen werden. Da hier aber offensichtlich regelhaft mit einem erheblichen Anteil von Missing Data zu rechnen ist, weil Probanden aus dem Umstand sexueller Inaktivität schlußfolgern, daß sie keine Meinung zu ihrer Zufriedenheit in diesem Bereich hätten oder haben sollten, empfehlen wir auch hier aus systematischen Gründen nicht die Einbeziehung in die Berechnung eines Gesamtwertes.

Zusammenfassend meinen wir, daß mit der neu entwickelten Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP-KF) ein ökonomisches Instrument zur Kurzerfassung der subjektiven Lebensqualität für Forschung und Praxis vorliegt, das eine sehr hohe Übereinstimmungsvalidität mit der nach einer Anzahl von methodischen Gütekriterien hinreichend bewährten Profil-Langform kennzeichnet.

Literatur

- 1 Awad AG. Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr Bulletin* 1993; 19: 609–618
- 2 Awad AG, Voguranti LNP, Heslegrave RJ. Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics* 1997; 11: 32–47
- 3 Awad AG, Voguranti LNP. Neuroleptics and quality of life in schizophrenia. In: Priebe S, Oliver JPJ, Kaiser W (Eds.). *Quality of life and mental health care*. Petersfield U. K.: Wrightson Biomedical Publishing; 1999
- 4 Bortz J. *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 4. vollst. überarb. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer; 1993
- 5 Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988
- 6 Cohen R. *Systematische Tendenzen bei der Persönlichkeitsbeurteilung*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber; 1969
- 7 Doll J. Kognition und Präferenz: Die Bedeutung des Halo-Effektes für multiattributive Einstellungsmodelle. *Zeitschr f Sozialpsychol* 1988; 19: 41–52
- 8 Hoffmann K, Kaiser W, Isermann M, Priebe S. Wie verändert sich die Lebensqualität langzeithospitalisierter Patienten nach ihrer Entlassung in die Gemeinde? *Gesundheitswesen* 1998; 60: 232–238
- 9 Holloway F, Carson J. Intensive care management for the severely mentally ill. *Brit J Psychiatry* 1998; 172: 19–22
- 10 Huxley P, Warner R. Case management, quality of life, and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 799–802
- 11 Kane J, Schooler N. Research diagnoses for tardive dyskinesia. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 486–487
- 12 Kaiser W. Methods for assessment of quality of life in mental health care. In: Priebe S, Oliver JPJ, Kaiser W (Eds.). *Quality of life and mental health care*. Petersfield U. K.: Wrightson Biomedical Publishing; 1999
- 13 Kaiser W, Burow S, Dahms M, Lund H, Nast J, Zindel K. Interviewereffekte bei der Erhebung subjektiver Lebensqualität und der Zufriedenheit mit der Betreuung im Betreuten Wohnen. *Psychiat Prax* 1998; 25: 142–148
- 14 Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K, Isermann M. Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. *Nervenarzt* 1996; 37: 572–582
- 15 Kaiser W, Priebe S, Barr W, Hoffmann K, Isermann M, Roeder-Wanner UU, Huxley P. Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and outpatient samples. *Psychiatry Res* 1997; 66: 153–166
- 16 Kaiser W, Priebe S. Zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten. *Nervenarzt* 1998; 69: 219–227
- 17 Korth BA. A significance test for congruence coefficients for Cattell's factors matched by scanning. *Mult Beh Res* 1978; 213: 419–430
- 18 Lauer G. Lebensqualität und Schizophrenie: Ein Überblick über empirische Ereignisse. In: Möller HJ, Engel RR, Hoff P (Hrsg.). *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen*. Wien, New York: Springer; 1996
- 19 Lehman AF. The well-being of chronic mental patients. Assessing their quality of life. *Arch Gen Psychiatr* 1983; 40: 369–373
- 20 Lehman AF, Possidente S, Hawker F. The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37: 901–907
- 21 Möller HJ, Engel RR, Hoff P (Hrsg.). *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen*. Wien, New York: Springer; 1996
- 22 Nunally JC. *Psychometric theory*. 2nd edition. New York: McGraw-Hill; 1978
- 23 Oliver JPJ. The social care directive: development of a quality of life profile for the use in community services for the mentally ill. *Soc Work Soc Sciences Rev* 1991–1992; 3: 5–45
- 24 Oliver JPJ, Huxley PJ, Priebe S, Kaiser W. Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 76–83
- 25 Olkin J. Correlations revisited. In: Stanley JC (ed.). *Improving experimental designs and statistical analysis*. Chicago: Rand McNally; 1967
- 26 Orley J, Saxena S, Hermann H. Quality of life and mental illness. *Brit J Psychiatry* 1998; 172: 291–293
- 27 Priebe S, Gruyters T, Heinze M, Hoffmann C, Jäkel A. Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiat Prax* 1995; 22: 140–144
- 28 Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. The Manchester Short Assessment of quality of life. In: Priebe S, Oliver JPJ, Kaiser W (Eds.). *Quality of life and mental health care*. Petersfield U. K.: Wrightson Biomedical Publishing; 1999
- 29 Priebe S, Kaiser W, Huxley PJ. Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. *Gesundheitswesen* 1996; 58: 86–90
- 30 Priebe S, Kaiser W, Huxley PJ, Roeder-Wanner UU, Rudolph H. Do different subjective evaluation criteria reflect distinct constructs? *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 385–392
- 31 Priebe S, Oliver JPJ, Kaiser W (Eds.). *Quality of life and mental health care*. Petersfield U. K.: Wrightson Biomedical Publishing; 1999
- 32 Priebe S, Roeder-Wanner UU, Kaiser W. Quality of life in first admitted schizophrenia patients. *Psychol Medicine (im Druck)*
- 33 Schmitt E. Anpassung und Weiterentwicklung des Berliner Lebensqualitätsprofils für die individuelle Behandlungsplanung von psychisch Kranken – eine qualitative Befragung. *Unveröff. Magisterarbeit im Studiengang Public Health, Technische Universität Berlin*; 1998
- 34 Simpson GM, Lee JH, Zoubok B, Gardos G. A rating scale for tardive dyskinesia. *Psychopharmacology* 1979; 64: 171–179
- 35 Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman RP, Green MF, Shaner A. Training and quality assurance with the Brief Psychiatry Rating Scale: The „Drift Busters“. *Int J Methods in Psychiatr Res* 1993; 3: 221–244
- 36 Tucker LR. A method for synthesis of factor analytic studies. *Personnel research section report n. 984*; Department of the army. Washington D. C. 1951
- 37 Warner R, Huxley P. Psychopathology and quality of life among mentally ill patients in the community. *Brit J Psychiatry* 1993; 163: 505–509

Dr. W. Kaiser

Krankenhaus Spandau
Griesingerstr. 27–32
D-13589 Berlin

Anhang

Berliner Lebensqualitätsprofil – Kurzform (BELP – KF)

Name des/der Klienten/Klientin:

Code-Nummer/Klient:

Name des/der Interviewers/in:

Code-Nummer/Interv.:

Datum des Interviews:

Vorbemerkungen

Beim Gebrauch in wissenschaftlichen Untersuchungen sollte verdeutlicht werden, daß die Daten anonymisiert ausgewertet werden und keine Zusammenhänge zur aktuellen Behandlung oder Betreuung bestehen. – Der Interviewer sollte vom Setting der Behandlung oder Betreuung unabhängig sein und dies auch explizit dem Klienten verdeutlichen. Für eine „Routineevaluation“ im Rahmen der Behandlung oder Betreuung psychisch Kranker mit den Behandlern, Betreuern oder Teammitgliedern als Interviewern muß davon ausgegangen werden, daß diese Formen der Zuständigkeit zu einem Interviewereffekt in dem Sinne führen können, daß die Zufriedenheitsbewertungen positiver ausfallen als gegenüber einem unabhängigen Interviewer (vgl. Kaiser W et al.: Interviewereffekte . . . Psychiat. Prax. 25 [1998] 142–148). Als ein weiterer, wichtiger Einfluß auf die subjektive Lebensqualität psychisch Kranker hat sich die Stärke psychopathologischer Symptome – besonders Angst/Depression – herausgestellt (vgl. Kaiser W et al.: Subjektive Lebensqualität . . . Nervenarzt 67 [1996] 572 – 582). Deshalb sollten sowohl bei Längsschnitt- wie Querschnittvergleichen psychopathologische Symptome als Kontrollvariable erhoben werden.

Dem/der Klienten/in sollte eingangs verdeutlicht werden:
 1.) Warum das Interview durchgeführt wird; 2.) wie mit den Daten umgegangen wird; 3.) daß es für das Interview keine „richtigen“ und „falschen“ Antworten gibt sondern daß es dazu dient, Informationen über einige Aspekte seiner/ihrer Lebenssituation und seiner/ihrer ganz individuellen Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen zu erlangen!!

Instruktionen

Die Beantwortung der Fragen der Abschnitte persönliche Daten, schulische Bildung und Arbeit, Wohnsituation ergibt sich aus dem Formular. Die Fragen werden frei formuliert. Die Fragen des Abschnitts Zufriedenheitsfragen und ausgewählte objektive Fragen werden hingegen vom Interviewer wörtlich vorgelesen. – Dem Interviewten sollte dabei auf einem ge-

sonderten Blatt die Zufriedenheitsskala vorliegen, die zu Beginn des Interviews erläutert wird. (Etwa so: „In dem folgenden Interview sind eine Anzahl Fragen nach Ihrer Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen enthalten. Ich bitte Sie, diese Fragen anhand dieser Skala zu beantworten. Zufriedenheit ist darauf in 7 Stufen unterteilt: 7 bedeutet . . . , 6 bedeutet . . . , 5 . . . , 4 Sie sollen mir bei den Fragen jeweils sagen, welche der Zahlen am besten Ihre persönliche Zufriedenheitsbewertung ausdrückt.“)

Z-Skala						
1	2	3	4	5	6	7
völlig unzu-frieden	unzu-frieden	eher unzu-frieden	abwech-selnd zu-frieden u. unzufrie-den	eher zu-frieden	zu-frieden	völlig zufrieden

Die anhand der Skala vom Interviewten gegebenen Zufriedenheitsbewertungen werden in die dafür vorgesehenen, schattiert unterlegten Kästchen eingetragen. Es sollte unbedingt versucht werden, für jede Zufriedenheitsfrage eine Antwort zu erreichen. Wenn eine Fragestellung für den Klienten nicht zutrifft, ist entweder schon eine andere Alternative vorgegeben (Z2 etc.) oder der Klient soll seine Zufriedenheit mit dem Umstand, daß er die Voraussetzung der Frage gerade nicht erfüllt, bewerten. (D.h. bei Z4 die Zufriedenheit damit keinen Freund zu haben, oder bei Z10 keine Kontakte zur Familie, oder bei Item Z14 keinen Sex.) Die einzige Zufriedenheitsfrage, die somit unbeantwortet bleiben könnte, wäre Z12, wenn der Klient keine Psychopharmaka bekäme.

Aus den Zufriedenheitswerten kann ein Gesamtwert errechnet werden. In dessen Berechnung sollten wegen der Vergleichbarkeit mit anderen Ergebnissen die Werte für Z12 („Psychopharmaka“) nicht einbezogen werden, da Interviewte nicht immer mit Medikamenten behandelt werden und prinzipiell Vergleiche zu nicht psychisch Kranken möglich bleiben sollen. Ebenso sollte der Wert für Z14 („Sexualleben“) nicht einbezogen werden, da trotz der Bemühungen des Interviewers es oft nicht möglich ist, darauf eine Antwort zu erhalten.

Persönliche Daten (P)

- P1.** Alter in Jahren **P2.** Geschlecht 1 w 2 m
- P3.** Staatsangehörigkeit 1 deutsch
 2 türkisch
 3 anders
- P3a.** Wenn 3 = anders - welche ?
- P4.** Religionszugehörigkeit 1 keine
 2 protestantisch
 3 katholisch
 4 islamisch
 5 anders
- P4a.** Wenn 5 = anders - welche ?
- P5.** Familienstand 1 ledig
 2 verheiratet
 3 verwitwet
 4 geschieden
 5 getrennt lebend
- P6.** Anzahl der Kinder

Schulische Bildung (S) und berufliche Tätigkeit (B)

- S1.** Schulische Bildung 1 kein Hauptschulabschluß
 2 Hauptschulabschluß
 3 Realschulabschluß
 4 Abitur
- B1.** Berufliche Tätigkeit , Arbeit 1 ohne Arbeit , keine berufliche Tätigkeit
 2 'freier' 1. Arbeitsmarkt
 3 'geschützter' 2. Arbeitsmarkt
 4 Ausbildung / Umschulung
 5 berentet , d.h. EU-Rente
 6 Krankschreibung seit > 6 Monaten
 7 anders
- B1a.** Was ist Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit ?
- B2.** Wieviele Stunden pro Woche arbeiten Sie ?
- B3.** Wieviel verdienen Sie im Monat - netto ?

Wohnsituation (W)

W1. Wohnsituation

----- Wohnung / Haus	<input type="checkbox"/>	1 Haus oder Wohnung als Eigentum
	<input type="checkbox"/>	2 Haus oder Wohnung gemietet
----- Wohnheim	<input type="checkbox"/>	3 Wohnheim - aber : nicht psychiatrisches WH , Krankenhaus oder Obdach (s. u.)
W1a. Name der Einrichtung , Klassifizierung - wenn mögl.		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
----- Kranken-/Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	4
W1b. Name der Einrichtung		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
----- Betreutes Wohnen (BW)	<input type="checkbox"/>	5 Betreutes Einzelw. mit eigenem Mietvertr.
	<input type="checkbox"/>	6 Betreutes Einzelw. ohne eigenen Mietvertr.
	<input type="checkbox"/>	7 Therapeutische Wohngemeinschaft
	<input type="checkbox"/>	8 andere Form betreuten Gruppenwohnens
W1c. = 8 bitte genauer beschreiben		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	9 Psychiatrisches Wohnheim im BW
-----	<input type="checkbox"/>	10 Obdachlosenheim / Läusepension
-----	<input type="checkbox"/>	11 ohne festen Wohnsitz (und Unterkunft)

W2. Zusatzfrage entfällt - keine stationäre Behandlung
zur Zeit stationär- bei fester , sonstiger Wohnsituation
psychiatrische Behandlung ohne sonstige , feste Wohnsituation

Dauer (in Monaten)

W3. Wohnsituation (auch Heime , obdachlos u. ofW.)
stationär-psychiatrische

W4. Behandlung (z.Zt. keine station. Behandl.= 9999)

W5. Mit wem wohnen Sie
zusammen ?

<input type="checkbox"/>	1 alleine
<input type="checkbox"/>	2 Partner / Ehepartner
<input type="checkbox"/>	3 mit Eltern oder Elternteil
<input type="checkbox"/>	4 kollektives Wohnen (Heim , WG , etc.)
<input type="checkbox"/>	5 entfällt - obdachlos , keine feste Wohnung

W5a. Zusatzfrage nein
mit Kindern ? unter 18 Jahren
 18 Jahre und älter

Zufriedenheitsfragen (Z) und ausgewählte objektive Fragen (O)

- Z1. Wie zufrieden sind Sie zur Zeit allgemein mit Ihrem Leben ?
- Wenn berufstätig ...*
- Z2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Tätigkeit ?
- Wenn nicht berufstätig ...*
- Wie zufrieden sind Sie damit, arbeitslos oder berentet zu sein ?

- O1. Welche Einkünfte haben sie zur Zeit ?

- O2. Wie hoch ist Ihr monatl. Nettoeinkommen ? DM

- O3. Wieviel wenden Sie monatl. für Ihre Wohnung auf ? DM

- Z3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Lage ?
- O4. Haben Sie zur Zeit eine(n) gute(n) Freund(in) ? nein ja
- O5. An wieviel Tagen in der vergangenen Woche hatten Sie persönlichen Kontakt zu Ihrem(r) Freund(in) ?

- Z4. Wie zufrieden sind Sie mit der Anzahl Ihrer Freunde(innen) und damit , wie Sie mit Ihnen zurechtkommen ?
- Z5. Wie zufrieden sind Sie damit , wie Sie mit anderen Menschen zurechtkommen ?
- Z6. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Freizeitgestaltung ?
- Z7. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation ?

- O6. Sind Sie im letzten Jahr angegriffen , geschlagen oder belästigt worden ? nein ja
- O7. Wenn ja , wie ?
- O8. Ist im letzten Jahr gegen Sie selbst wegen einer Straftat Anzeige erstattet worden ? nein ja

- Z8. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer persönlichen Sicherheit ?
- Wenn mit anderen zusammenlebend ... (Familie, Partner, in WG, etc.)*
- Z9. Wie zufrieden sind Sie mit dem Zusammenleben mit den anderen Menschen in Ihrer Wohnung ?
- Wenn alleine lebend ...*
- Wie zufrieden sind Sie damit alleine zu leben ?
- Z10. Wie zufrieden sind Sie mit der Beziehung zu den Mitgliedern Ihrer Familie , mit denen Sie nicht zusammenleben ?
- Z11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer seelischen Gesundheit ?
- O9. Nehmen Sie wegen Ihrer seelischen Erkrankung Medikamente oder bekommen Sie eine Spritze ? nein ja
- Z12. Wie zufrieden sind Sie mit der Wirkung der Medikamente oder der Spritze , die Sie wegen Ihrer seelischen Erkrankung bekommen ?
- Z13. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer körperlichen Gesundheit?
- Z14. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Sexualleben?

Bemerkungen zum Verlauf des Interviews: _____

Dauer des Interviews in Minuten