

**Subjektives Wohlbefinden im Alter
und seine Bedeutung für
gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Manuela Pichler

Sie sind SozialpädagogIn/SozialarbeiterIn
und arbeiten in einem klinisch-sozialen Berufsfeld?

Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
zertifiziert Ihre professionelle Arbeit!

Weitere Informationen unter:
www.klinische-sozialarbeit.de

Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

Manuela Pichler

Subjektives Wohlbefinden im Alter und seine
Bedeutung für gesundheitsbezogene Lebensqualität



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Manuela Pichler

Subjektives Wohlbefinden im Alter und seine Bedeutung für gesundheitsbezogene Lebensqualität

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2015 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-26-0

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSPG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband.
Amtsgericht Coburg. HRB 2927.

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

- Dr. Gernot Hahn

- Prof. Dr. Helmut Pauls

INHALTSVERZEICHNIS

THEORIETEIL

1. Einleitung.....	9
2. Bevölkerungsentwicklung – Österreich und International – Ein Ausblick	13
3. Lebensqualitätsforschung	15
3.1 Begriffsbestimmung.....	15
3.2 Historischer Überblick	16
4. „Gesundheitsbezogene“ Lebensqualitätsforschung.....	17
4.1 Begriffsbestimmung.....	17
4.2 Historischer Überblick	17
4.3 Modelle „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität.....	18
4.4 Wozu „gesundheitsbezogene“ Lebensqualitäts- forschung?.....	19
5. Operationalisierung und Messung „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität	21
5.1 Ein Operationalisierungsansatz „gesundheitsbezogener“ Lebensqualitätsmessung	21
5.2 Richtlinien zur Entwicklung von Messinstrumenten	22
5.3 Messinstrumente: Entwicklung – Typen klinische Anwendungsbereiche.....	22
5.4 Anwendungsmöglichkeiten für Lebensqualitätsverfahren..	24
5.5 Neuere Entwicklungen.....	24
6. Erfolgreiches Altern.....	27
6.1 Theorien des erfolgreichen Alterns.....	27
6.1.1 Aktivitätstheorie und Disengagementtheorie.....	27
6.1.2 Kontinuitätstheorie.....	28
6.1.3 SOK Modell	28
6.2 Wohlbefinden im Alter	28
7. Faktoren „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität im Alter.....	31

7.1	Körperlicher Gesundheitszustand im Alter.....	31
7.1.1	Erkrankungen, Beschwerden und Medikation.....	32
7.1.2	Risikoverhalten und Prävention.....	35
7.1.3	Objektiver und subjektiver Gesundheitszustand und der Zusammenhang mit Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter	36
7.1.4	Gesundheitsausgaben, Gesundheitsversorgung und Sterblichkeit in Österreich	38
7.2	Sehen und Hören im Alter	39
7.2.1	Phänomenologische Aspekte von Seh- und Höreinbußen im Alter	39
7.2.2	Beeinträchtigungen und Erkrankungen des Sehens und Hörens im Alter	41
7.2.3	Bedeutung von Seh- und Höreinbußen für Erleben und Verhalten älterer Menschen	43
7.2.4	Theoretische Modelle über den Einfluss von Seh- und Höreinbußen im Alter	46
7.3	Schlaf im Alter	47
7.3.1	Epidemiologie von Schlafstörungen im Alter.....	47
7.3.2	Veränderungen des Schlafs im Alter	48
7.3.3	Spezifische Schlafstörungen im Alter.....	50
7.3.4	Mögliche Ursachen für nicht erholsamen Schlaf.....	51
7.4	Körperliche Aktivität im Alter	52
7.4.1	Zeitverwendung älterer Menschen.....	53
7.4.2	Körperliche Aktivitäten im täglichen Leben.....	53
7.4.3	Sport und seine Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden.....	54

8. Problemdarstellung und Forschungshypothese.....57

EMPIRISCHER TEIL

9. Fragestellung59

10. Methode61

10.1	Versuchspersonen.....	61
10.2	Untersuchungsdesign.....	61
10.2.1	Variablen	61

10.2.2	zentrale Fragestellungen der Untersuchung	63
10.3	Erfassungsinstrumente.....	66
10.4	Untersuchungsdurchführung	67
10.5	Statistische Verfahren.....	68
10.5.1	Überblick	68
10.5.2	allgemeine statistische Kriterien.....	69
10.5.3	Reliabilitätsanalyse und Normierung	69
10.5.4	Irrtumswahrscheinlichkeit	70
11.	Ergebnisse	73
11.1	Soziodemographische Daten der Stichprobe.....	73
11.2	Deskriptivstatistische Ergebnisse	76
11.2.1	Befindlichkeitsskala und „life-events“	76
11.2.2	Gesundheitsfaktoren.....	76
11.2.3	Lebenszufriedenheit	76
11.3	Überprüfung der zentralen Fragestellungen	81
11.3.1	Zusammenhang zwischen den Indikatoren „gesundheits- bezogener“ Lebensqualität und aktueller Lebens- zufriedenheit bei älteren Menschen.....	82
11.3.2	Zusammenhang zwischen den Indikatoren „gesundheits- bezogener“ Lebensqualität und der allgemeinen Lebens- zufriedenheit im Alter.....	85
11.3.3	Unterschiede in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes zwischen den einzelnen Gruppen Geschlecht, Bildung und Alter	87
12.	Diskussion der Ergebnisse.....	89
12.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	89
12.2	Vergleich der Ergebnisse mit der Literatur	90
12.3	Interpretation der Ergebnisse.....	93
12.4	Grenzen der vorliegenden Arbeit	95
12.5	Konklusion und Ausblick.....	97
12.6	Zusammenfassung.....	99
	Literaturverzeichnis.....	103

Anhang

THEORIETEIL

1 Einleitung

Die Vorliegende Arbeit ist dem Themenbereich der „quality-of-life“ Forschung zuzuordnen. Sie wurde im Rahmen des ESAW-Projekts erstellt. Das Forschungsprojekt ESAW (*European Study of Adult Well-Being*) wurde, finanziert von der Europäischen Union, gemeinsam mit fünf weiteren europäischen Staaten (Großbritannien, Italien, Luxemburg, Niederlande, Schweden) im Zeitraum Januar 2002 bis Dezember 2004 durchgeführt. In Österreich war Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber, Mitarbeiter des Instituts für Psychologie an der Universität Wien, Arbeitsgruppe für Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie mit der Durchführung der Studie beauftragt. Insgesamt wurden 2262 Personen im Alter von 50 bis 90 Jahren befragt.

Die Untersuchung basiert auf dem “Socio-Cultural Model for Ageing Well”. Dieses Modell beschäftigt sich mit dem Wohlbefinden im Alter und geht von einem Zusammenhang zwischen den latenten Faktoren

- Soziale Unterstützungsressourcen
 - Körperliche Gesundheit und Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens
 - Emotionale und geistige Befindlichkeit
 - Lebensaktivität
 - Materielle Sicherheit
- und dem “erfolgreichen Altern” aus.

Die ESAW-Studie findet im Rahmen einer „Global-Ageing – Initiative“ unter der Leitung von Barbara Hawking statt. Ziel ist es, ein globales Modell des Alterns auf Basis der kulturspezifischen Faktoren, die erfolgreiches Altern beeinflussen, aufzustellen.

Die vorliegende Arbeit, in deren Rahmen Daten von 151 der befragten Personen ausgewertet wurden, beschäftigt sich mit dem Bereich des Körperlichen Gesundheitszustandes und seinem Zusammenhang mit dem allgemeinen und gegenwärtigen Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit im Alter.

Die Themen dieser Arbeit sind die körperliche Gesundheit und das Wohlbefinden im Alter. Nach Maddox (1987, S. 399, zit. nach Lehr, 1997, S. 284) werden die Begriffe Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, life

satisfaction und wellbeing synonym verwendet und bezeichnen „reactions of individuals to their life experiences along a positive-negative continuum“. Nach Gaul (1999) wiederum beschreibt Wohlbefinden „eine kollektiv gute Lebensqualität und eine damit übereinstimmende subjektiv ebenfalls als gut erlebte Lebensqualität“ (S. 617), also den Deckungsgrad objektiver und subjektiv erlebter Lebensqualität und umfasst Dimensionen wie beispielsweise „Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse, Gesundheit, Bildung, ...“ (S. 617). Für die vorliegende Arbeit ist speziell der in der Medizin als „gesundheitsbezogene“ Lebensqualität bezeichnete Bereich, der sich dem Gesundheitsbegriff der WHO annähert, nach dem „psychisches, körperliches und soziales Wohlbefinden und nicht nur die Abwesenheit von Erkrankung“ kennzeichnend für Gesundheit ist, von näherem Interesse (Bullinger, 1998, S. 1). Von besonderer Relevanz ist dabei die subjektive Bewertung und ihre bio-psycho-soziale Bedeutung für das Individuum. Das Bio-psycho-soziale Modell wurde erstmals von Engel (1977 zitiert nach Gahleitner, Hahn und Glemser, 2014) erwähnt. Es ist nach Borrell-Carrió, Suchmann und Eppstein (2004, S. 576, zit. nach Pauls, 2013, S. 16) eine Art Philosophie zur klinischen Behandlung von Leiden und Krankheit und eine Weise, wie diese Erkrankungen auf verschiedenen Integrationsebenen, von der sozialen bis zur molekularen, verstanden werden können. Krankheit ist dabei ein komplexes Geschehen und kein rein biologisches. Insbesondere die subjektiven Erfahrungen der PatientInnen für Diagnose und Behandlungserfolg sind bedeutend. Die ursprüngliche Trennung von Körper und Seele entstammt einem dualistischen Weltbild, das auf Descartes zurückgeht. In der Psychologie, den Sozialwissenschaften und insbesondere in der Medizin taucht dieser Dualismus immer wieder auf. Immer mehr aktuelle neurophysiologische Forschungsergebnisse wie beispielsweise jene von Fuchs (2010, zit. nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013, S. 4) deuten darauf hin, dass körperliche, emotionale und kognitive Prozesse sowie soziale Komponenten untrennbar miteinander verwoben sind. Ein Realitätsbegriff ohne subjektive Elemente kann zwar wissenschaftlich exakt sein, läuft aber Gefahr, den Menschen aus dem Blick zu verlieren (Walch, 1981, zit. nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013, S. 4).

Die durchgeführte Studie untersucht die Frage nach dem Zusammenhang zwischen einzelnen Faktoren der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität und dem aktuellen und allgemeinen subjektiven Wohlbefinden im Alter und ist in zwei Abschnitte gegliedert. Der erste, theoretische Teil gibt eine Einführung in die Thematik der Lebensqualitätsforschung und ihre messtheoretische Operationalisierung. Es werden kurz die wichtigsten Theorien des erfolgrei-

chen Alterns dargestellt und ein Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zu den Bereichen „körperlicher Gesundheitszustand im Alter“, „Sehen und Hören im Alter“, „Schlaf im Alter“, „körperliche Aktivität im Alter“ und „subjektive Einschätzung der `gesundheitsbezogenen Lebensqualität`“ gegeben. Der zweite, empirische Abschnitt stellt die Methode der durchgeführten Untersuchung, die verwendeten Materialien, die Untersuchungsdurchführung und das Design vor. Im Anschluss folgt eine Darstellung der gewonnenen Ergebnisse mit einer Überprüfung der eingangs formulierten statistischen Hypothesen und einer anschließenden Interpretation und Diskussion derselben.

2 Bevölkerungsentwicklung – Österreich und International – Ein Ausblick

Nach Angaben der Statistik Austria im statistischen Jahrbuch Österreichs 2014 liegt die Lebenserwartung von Männern in Österreich derzeit bei über 77 und die von Frauen bei über 83 Lebensjahren. Bis 2050 wird die Zahl der über 50Jährigen voraussichtlich von derzeit knapp 3 Millionen Menschen auf über 4 Millionen ansteigen. Die Zahl der unter 50Jährigen wird im gleichen Zeitraum von 5 Millionen auf 4,2 zurückgehen. Bei einem gleichzeitigen Absinken der Geburtenrate hat dies zur Folge, dass sich die Bevölkerungspyramide bis 2050 (siehe Abb. 1) nach oben hin erweitern und nach unten hin schmälern wird. Das heißt, der Anteil der Älteren in der Bevölkerung wird überwiegen. Gleich die Bevölkerungspyramide Anfang des 20. Jahrhunderts noch der tatsächlichen Form einer Pyramide, so wird sie sich bis zur Mitte des 21. Jahrhunderts eher der Form eines Pilzes angenähert haben.

Nach Lehr (2000) ergeben sich daraus vielfältige Auswirkungen für die Versorgung der älteren Bevölkerung. International betrachtet wird es insgesamt zu einem Anstieg der Weltbevölkerung von 6,1 Milliarden Menschen auf voraussichtlich knapp 9 Milliarden bis 2050 kommen. Dieser Anstieg ist vor allem auf ein erwartetes Bevölkerungswachstum in den Entwicklungsländern zurückzuführen, allen voraus Afrika, dessen Bevölkerung um mehr als 100% wachsen wird (Statistik Austria, 2004, Abb. 37.01 & 37.02). Das Steigen der Lebenserwartung ist ein weltweiter Trend, der auch in Entwicklungsländern stattfindet, wenngleich in abgeschwächtem Maße. Einem Bericht der WHO (1987) zufolge wird die Gesamtbevölkerung in den Entwicklungsländern bis 2020 um voraussichtlich 95% ansteigen, die Zahl der älteren Menschen dagegen um 240% (Lehr, 2000, Kap. 3)!

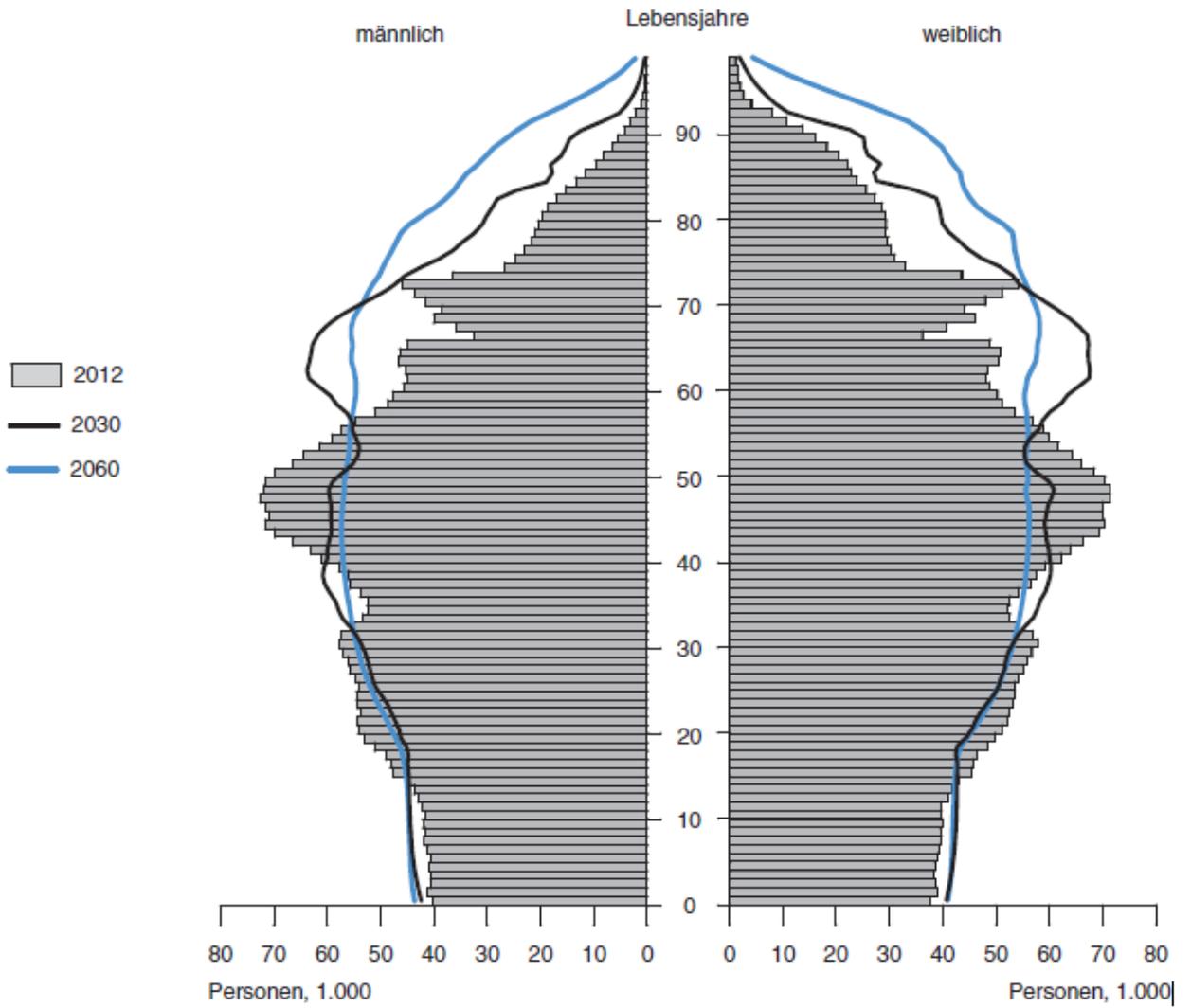


Abbildung. 1: Bevölkerungspyramide für Österreich 2012, 2030 und 2060 (Statistik Austria, 2014)

3 Lebensqualitätsforschung

3.1 Begriffsbestimmung

„Zunächst war das Wort `Lebensqualität` eine Möglichkeit, ein Grundbedürfnis zu artikulieren, doch nach längerem Gebrauch beginnt sich so mancher zu fragen: was meint man eigentlich `wirklich` mit Lebensqualität?“ (Pöppel, 1991, S. 1). Nach Hofmann (1991) zerfällt diese Frage bei genauer Betrachtung in zwei: Was bedeutet der Begriff Lebensqualität? Was macht die Lebensqualität einer Person aus?

Die Beantwortung der ersten Frage ist sinnlos, da sich der wahre Gehalt eines Konstruktes nicht feststellen lässt. Antworten auf die zweite Frage können nur aus Ergebnissen von Studien entwickelt werden, die ein Bild dessen liefern, was Lebensqualität ausmacht (Hofmann, 1991). Als ein Beitrag dazu versteht sich auch die vorliegende Untersuchung. „Die Lebensqualität als objektive Realität gibt es also nicht, sondern es handelt sich um ein psychologisches Konstrukt, dessen Realität im konsensfähigen Gebrauch liegt“ (Pöppel, 1991, S. 1).

Generell kann nach Campbell und Andrews (zit. nach Bullinger, 1998). Lebensqualität als möglichst große Annäherung zwischen Ideal- und Sollzustand in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche definiert werden. Dieser Ansatz ist in entsprechenden Untersuchungen zur Lebenszufriedenheit repräsentiert, die nach der Bewertung und Wichtigkeit von Dimensionen wie Gesundheit, Einkommen, politische Freiheit, materielle Sicherheit, soziales Umfeld, Umweltbedingungen, Zugang zu Versorgungsstrukturen und ähnlichem fragen (Bullinger, 1998). Auch der Begriff des Wohlbefindens in der Psychologie repräsentiert einen wesentlichen Aspekt der Lebensqualität (Abele & Becker, 1991, zit. nach Bullinger, 1997a).

„Lebensqualität ist keine stabile Größe – ist vielmehr rollenspezifisch, persönlichkeitspezifisch, ist biographisch und situationsspezifisch oder gar krankheitsspezifisch zu sehen; sie zeigt epochale und regionale Unterschiede“ (Lehr, 1990, S. 257). Das subjektive Empfinden der ProbandInnen, ihre persönliche Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Alter, wie gesund sie sich fühlen und wie zufrieden sie damit sind, ist in der vorliegenden Arbeit von besonderem Interesse. Es wird ein Bogen gespannt von Fakten und Daten über den Gesundheitszustand der untersuchten Personen hin zu ihrer subjektiv empfundenen Lebensqualität.

3.2 Historischer Überblick

Der Begriff der Lebensqualität wurde Anfang des 20. Jahrhunderts erstmals als Übersetzung des englischen Terminus „quality of life“ in der Wohlfahrtsökonomie verwendet (Gaul, 1999). Sie gilt als „zusammenfassende Kennzeichnung für das Maß der Kongruenz zwischen Bedingungen eines bestimmten objektiven Lebensstandards und der subjektiven Bewertung der dadurch gekennzeichneten Bevölkerungsgruppe“ (Glatzer & Zapf, 1984, zit. nach Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist, 2000, S. 11). Der Begriff hat somit in der Ökonomie und in den Sozialwissenschaften seinen Ursprung und wurde zur Charakterisierung sozialpolitischer Gegebenheiten benützt (Gaul, 1999). „In Deutschland wird die Einführung des Begriffes Willi Brandt zugeschrieben, der in einer seiner Reden 1967 von der Lebensqualität der Bürger als wesentlichem Ziel eines Sozialstaates sprach“ (Glatzer & Zapf, 1984, zit. nach Bullinger, 1997a, S. 76).

In den 1940er und 1950er Jahren spielte der Begriff der „Lebensqualität“ eine bedeutende Rolle in den Sozialwissenschaften. Erst in den 1960er Jahren wurden größere, interkulturelle Studien zur Erforschung der Lebensqualität in verschiedenen Ländern durchgeführt. Hier wurde Lebensqualität primär als sozio-ökonomische Ressource und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung definiert und durch rein objektiv messbare Daten erfasst (Bullinger, 1997a).

Eine Hinwendung zum Individuum erfolgte erstmals in einer Studie von Campell et al. 1981 zur „quality of American Life“, in der die Befragten selbst ihre Lebensqualität einschätzten. In gleicher Weise untersuchten Glatzer und Zapf 1984 die Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland (Bullinger, 1997a).

Die Untersuchung der Lebensqualität einzelner Individuen ist ein sehr neues Forschungsgebiet. Seine Problematik liegt in der Frage danach, wie Lebensqualität konzeptualisiert und gemessen werden soll. Analog dazu liegt seine Herausforderung in der Erarbeitung von Grundlagen, Methoden und Ergebnissen der Lebensqualitätsforschung (Bullinger, Ludwig & Steinbüchel, 1991). Verstärkte Forschung zur subjektiven Lebensqualität und ihrer bio-psycho-sozialen Relevanz ist daher wünschenswert.

4 „Gesundheitsbezogene“ Lebensqualitätsforschung

4.1 Begriffsbestimmung

In der Medizin ist der Begriff der „Lebensqualität“ relativ spät eingeführt worden. Einige Autoren sehen die Einführung im Zusammenhang mit einer frühen Arbeit aus dem Jahre 1967, andere datieren sie mit dem beginnenden Anstieg der Publikationen zum Thema (Spilker, 1996). Der Begriff gewinnt zunehmend an Bedeutung als „health-related quality of life“ also als „gesundheitsbezogene“ Lebensqualität, da in der Medizin „speziell auf Gesundheit bezogene Aspekte des menschlichen Erlebens und Verhaltens“ (Patrick & Erikson, 1992, zit. nach Bullinger 1997a, S. 77) von Interesse sind.

Die „gesundheitsbezogene“ Lebensqualität ist ein latentes Konstrukt und wird nicht direkt beobachtet, sondern durch Verwendung von Indikatoren erschlossen (Calman, 1987, sowie Najman & Levine, 1981, zit. nach Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist, 2000, S. 12). Es herrscht in der gegenwärtigen Forschung kein Konsens über die Dimensionen dieses latenten Konstruktes, aber es besteht weitgehend Übereinstimmung darin, dass „psychische, soziale und somatische Dimensionen von Befinden und Handlungsvermögen“ enthalten sein sollen und „deren Operationalisierung alltagsrelevante Erfahrungen kranker Menschen“ widerspiegeln sollte (Siegrist, Broer & Junge, 1996, zit. nach Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist, 2000, S. 12), was den Grundannahmen des Bio-psycho-sozialen-Modells entspricht.

4.2 Historischer Überblick

Die bisherige medizinische Lebensqualitätsforschung kann in verschiedene Stadien eingeteilt werden. In einem ersten Stadium ab Mitte 1980 fand eine Reflexion in theoretischen Artikeln darüber statt, was Lebensqualität sei und wie sie im Einzelfall bestimmt werden könnte. Anfang der 90er Jahre schloss sich eine Phase der Konstruktion und Prüfung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität an und erst ab Mitte der 90er Jahre begann die anwendungsbezogene Arbeit mit Lebensqualitätsindikatoren (Bullinger, 1998).

Bullinger (1998) unterscheidet drei Einsatzbereiche:

Epidemiologische Studien

Sie gehen der Frage nach, wie die Lebensqualität bestimmter PatientInnen mit bestimmten Erkrankungen ist.

Klinische Studien

Sie dienen der Untersuchung von Effekten bestimmter Behandlungsformen auf die Lebensqualität.

Studien in der Tradition der Qualitätssicherung oder der Gesundheitsökonomie

Hier wird Lebensqualität als Zielgröße bei der Erfassung der Effektivität und Qualität medizinischer Behandlungen eingesetzt (Bullinger, 1998).

Gegenwärtig zeichnet sich eine vierte Phase ab, in der es wieder zu einer Hinwendung zu messtheoretischen Grundlagen kommt, aber die Lebensqualitätsmessung auch in die Evaluation, Qualitätssicherung und Planung von Leistungen der Gesundheitsversorgung einbezogen wird (Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist, 2000).

4.3 Modelle „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität

Der Begriff der Lebensqualität wurde in der Medizin bisher weitgehend ohne fundierte Theorien verwendet (Bullinger, 1997a). Eine frühe Sammlung (Calman, 1987, zit. nach Bullinger, 1997a) sieht zwar unterschiedliche Ansätze, aber als Theorie im wissenschaftstheoretischen Sinne können diese nicht betrachtet werden, sondern eher als einfachste Definitionen oder Modelle.

Nach Bullinger (1997a) lassen sich folgende drei Typen von Modellen der Lebensqualität unterscheiden:

Individualzentrierte Modelle nach Guyatt und Cook (1994)

Hier wird davon ausgegangen, dass Lebensqualität eine Dimension ist, die von Person zu Person in ihren Dimensionen variiert und somit nicht über verschiedene Personen hinweg erfasst werden kann. Eine Abstraktion über verschiedene Personen hinweg ist unter dieser Modellannahme nur dann möglich, wenn Lebensqualität als Differenz zwischen angestrebten Zielen und deren erfahrenen Realisierungen definiert wird.

Interindividuelle Modelle nach Schipper et al. (1996)

Diese Modelle nehmen an, dass Lebensqualität durch eine endliche Zahl von Dimensionen, die für verschiedene Personen relevant sind, beschreibbar ist. Diese Dimensionen umfassen körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden als Aspekte der Gesundheit. Entsprechende Messungen versuchen diese Dimensionen zu erfassen und Personen durch ihre Ausprägungen in den jeweiligen Dimensionen zu charakterisieren.

Modelle der Lebensqualität als implizites Konstrukt nach Revicki (1996)

Die Grundannahme dieser Modelle besagt, dass Lebensqualität weder durch intraindividuelle noch interindividuelle Kriterien messbar ist, sondern implizit durch PatientInnenpräferenzen. Dieser Ansatz kommt aus der Gesundheitsökonomie bzw. „cost utility“. Betroffene beurteilen gesundheitliche Ergebnisse mit bestimmten Szenarien von Gesundheitszuständen oder mit Ansätzen aus der Spieltheorie.

4.4 Wozu „gesundheitsbezogene“ Lebensqualitätsforschung?

In den letzten Jahren hat sich ein Paradigmenwechsel in der Bewertung medizinischer Behandlungsverfahren vollzogen; nicht mehr allein die Veränderung der klinischen Symptomatik oder die Verlängerung des Lebens, sondern die Art und Weise wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand erleben, gewinnt als Bewertungskriterium von Therapien an Bedeutung. (Najman & Levine, 1981, zit. nach Bullinger, 1997a, S. 76)

„Die Hinwendung zum Begriff `Lebensqualität` spiegelt nicht nur die Skepsis an der Aussagekraft klassischer klinischer Zielkriterien wider, sondern steht auch im Zusammenhang mit gesundheitspolitischen Entwicklungen.“ (Patrick & Erikson, 1992 zit. nach Bullinger 1997a, S. 76) Durch das

Steigen des Anteils älterer und somit potentiell chronisch kranker und langfristig behandlungsbedürftiger Menschen einerseits und notwendiger Sparmaßnahmen andererseits, ist es notwendig, die einzelnen Behandlungsformen und Therapien einer Prüfung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Güte zu unterziehen (Patrick & Erikson, 1992 zit. nach Bullinger 1997a).