

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung

Die Zahl der Geburten in Deutschland nimmt ständig ab: von über einer Millionen in den 50er und 60er Jahren zunächst auf 800 bis 900 Tausend und letztlich bis auf 725.000 im Jahr 2002 [195, 199]. Dies liegt einerseits an der sinkenden Zahl von Frauen im gebärfähigen Alter und andererseits an der geringeren Zahl von Kindern pro Frau. Seit ihrem Höchststand Mitte der 60er Jahre hat sich die zusammengefasste Geburtenziffer von 2,5 auf heute 1,4 Kindern pro Frau reduziert [198]. Nach der neuesten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der Einwohner in Deutschland von derzeit rund 82,5 Millionen auf 75 Millionen im Jahre 2050 sinken. Dann kämen auf hundert Erwerbsfähige etwa 112 Menschen, die nicht mehr oder noch nicht erwerbstätig sind. Bei einer konstant niedrigen Geburtsrate von 1,4 Kindern pro Frau würde die Zahl der Neugeborenen 2050 nur etwa halb so groß sein wie die der 60-Jährigen [198].

Ihre Zukunft stellen sich auch heute noch die meisten jungen Menschen mit Kindern vor. Über zwei Drittel der Jugendlichen wollen laut 14. Shell Jugendstudie später eigene Kinder [49]. Nur 5 % der Studierenden in Deutschland möchten keine Kinder haben, aber drei Viertel von ihnen sind sich sicher, dass sie zukünftig Kinder haben möchten, rund 70 % möchten mindestens zwei Kinder haben [92].

Zunächst wird die Entscheidung für ein Kind jedoch zugunsten der prioritären Lebensziele „beruflicher Erfolg“ und „erfüllte Partnerschaft“ immer weiter hinausgeschoben [92, 143]. Für rund zwei Drittel der Studierenden ist erst nach ausreichenden Berufserfahrungen (insbesondere für Frauen wichtig) oder nach dem Erreichen einer sicheren beruflichen Position der optimale Zeitpunkt für die Geburt des ersten Kindes [92].

Das Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes steigt deutlich an. Verheiratete Mütter in den alten Bundesländern waren bei der Geburt ihres ersten Kindes 1970 im Mittel 24 Jahre und 1993 bereits fast 28 Jahre alt. Unverheiratete Mütter waren unabhängig von der Parität im Durchschnitt etwa 1 Jahr jünger. In den neuen Bundesländern lagen die entsprechenden Durchschnittsalter jeweils etwa ein

Jahr darunter [50]. Gegenwärtig liegt das Durchschnittsalter der verheirateten Mütter bei der Geburt des ersten Kindes bei 29 Jahren und der unverheirateten Mütter (unabhängig von der Parität) bei 27,5 Jahren [197]. In Berlin stieg das Durchschnittsalter aller Erstparae allein in den Jahren 1993 bis 1999 von 26,4 auf 27,6 Jahre, und der Anteil der Frauen ab 30 Jahren mit erstem Kind stieg in diesem Zeitraum von 25 % auf 38 % (eigene Berechnung aus den Perinataldaten für Berlin).

Mit zunehmendem Alter der Frauen steigt die Verunsicherung über den Kinderwunsch, und immer mehr Frauen bleiben kinderlos [132]. Ihr geschätzter Anteil stieg von 10 % des Geburtsjahrgangs 1940 auf über 30 % des Jahrgangs 1965 [38]. Die späte Entscheidung für ein Kind wird bei etwa 8 bis 10 % der Paare für ungewollte Kinderlosigkeit verantwortlich gemacht [50, 140]. Besonders hoch ist der Anteil kinderloser Frauen bei den Hochqualifizierten. Bei Studentinnen ab 30 Jahren ändert sich die Einstellung zum Kinderwunsch: 10 % wollen explizit keine Kinder mehr und 27 % wissen es noch nicht, was fast dem derzeitigen Anteil kinderlos bleibender Akademikerinnen von 40 % entspricht [92, 38].

Für den Aufschub bzw. Verzicht auf den Kinderwunsch gibt es eine ganze Reihe ökonomischer, sozialer und psychologischer Gründe. Aber auch nach der Entscheidung für Kinder setzen bereits kurz nach der Geburt ambivalente Gefühle ein. Das Kind wird einerseits als Quelle des Glücks gesehen, aber der Übergang zur Elternschaft ist andererseits mit erheblichen Veränderungen des gesamten Lebens verbunden. Nach einer Umfrage des Allensbacher Instituts für Demoskopie bei 3000 Personen mit Kindern unter 14 Jahren aus dem Jahr 2001 bedeuten Kinder für jeweils über 80 % der Befragten „viel Freude“, „lieben und geliebt werden“ und „Lachen“, aber für drei Viertel auch „Sorgen“ und „Rücksicht nehmen“ sowie für über die Hälfte „Opfer bringen“, „Stress“ und „hohe Ausgaben“ [143].

Kinder sind für viele Eltern also gleichzeitig mit positiven wie mit negativen Gefühlen verbunden. Während für manche Eltern die positiven Aspekte überwiegen, bedeuten für andere Eltern die Kinder in erster Linie Sorge und Last. Nach übereinstimmenden Analysen des britischen Ökonoms Oswald [53] und von Schweizer Ökonomen mit den Daten des Sozioökonomischen Panels [204] veränderten Kinder die Lebenszufriedenheit im Durchschnitt nicht, aber die Ehe macht im Durchschnitt zufriedener. Für

manche Eltern sind die Kinder sehr wohl eine Quelle des Glücks und für andere eher nicht. Dies wirft die Frage nach den Faktoren auf, die mit höherer Lebensqualität mit Kind verbunden sind.

Im Folgenden werden zunächst bisherige Studien zum Übergang zur Elternschaft dargestellt. Daran anschließend wird die Perspektive der Auswirkungen auf das umfassendere Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erweitert.

## **1.2 Übergang zur Elternschaft**

Der Übergang zur Elternschaft ist meist mit erheblich größeren Veränderungen der Lebensführung als zunächst antizipiert verbunden. Neue Rollen und Aufgaben müssen übernommen werden und der gesamte Lebensrhythmus muss an den des Kindes angepasst werden. Daher wurde die Geburt des ersten Kindes in der soziologischen Familienforschung zurückgehend auf Hills Arbeit ‚Families under stress‘ (1949; vgl. [65]) als Krise betrachtet. Die Familie steht seit langem im Fokus der Soziologie mit einer eigenen Teildisziplin der Familiensoziologie, deren Ursprünge auf das 19. Jahrhundert zurückgehen [139]. Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts wurden die innerfamiliären Beziehungen von Eltern und Kindern untersucht. In der Psychologie standen dagegen lange Zeit die Kinder im Zentrum der Betrachtung, und die Eltern wurden nur als Einflussfaktoren für die (gestörte) kindliche Entwicklung betrachtet [vgl. 173]. Seit Mitte der 70er Jahre werden die Übergänge von einer familienzyklischen Phase zur nächsten stärker in die familiensoziologische und psychologische Forschung einbezogen [139, 65]. Unter dem Thema „Übergang zur Elternschaft“ rücken die Eltern in den Mittelpunkt der Betrachtung. Im theoretischen Rahmen der bedeutsamen Lebensereignisse (life events; vgl. [51]) werden vor allem die Auswirkungen auf die Partnerschaft untersucht.

Der Übergang zur Elternschaft erfordert nicht allein nur die Bewältigung neuer Aufgaben bei der Versorgung des Kindes, sondern auch den Erwerb neuer Kompetenzen zur Lösung der neuen Aufgaben, Rollenveränderungen, Reorganisation der sozialen Beziehungen und Änderungen im Selbst- und Fremdbild [vgl. 169]. Die Veränderungen nach der Geburt des ersten Kindes sind für die Frauen im Allgemeinen größer als für

die Männer. Auch heute noch liegt die Verantwortung für den Haushalt und die Kinderbetreuung fast ausschließlich bei der Mutter [167]. Es kommt zur Stabilisierung traditional komplementärer Geschlechterrollen, die für die Mutter den Verlust ihrer ökonomischen Unabhängigkeit und die Einschränkung außerhäuslicher Aktivitäten bedeutet [185; vgl. 64, 55].

Nach einer Repräsentativstudie [114] aus dem Jahr 2000 verbringen Frauen im Durchschnitt etwa doppelt so viel Zeit mit Routinetätigkeiten im Haushalt wie Abwaschen, Waschen, Bügeln, Aufräumen und Putzen wie Männer. Auch für die Kinderbetreuung verwenden sie deutlich mehr Zeit, etwa 1,5-mal so viel wie Männer. Nur bei Reparaturen, Gartenarbeit, Verwaltungstätigkeiten und Finanzen wenden die Männer im Durchschnitt mehr Zeit auf als die Frauen [zum Überblick vgl. auch 64, 46]. Wenn die Frauen berufstätig sind, übernehmen sie zwar weniger Hausarbeit, aber ein Ungleichgewicht bleibt bestehen. Mehrheitlich wünschen sich die Frauen eine partnerschaftliche Arbeitsteilung (zu gleichen Teilen) bei den Routinetätigkeiten im Haushalt und in noch stärkerem Maße bei der Kinderbetreuung [27]. Vor allem Frauen zwischen 30 und 40 Jahren weisen eine hohe Unzufriedenheit mit der innerfamiliären Arbeitsteilung auf. Jedoch ist knapp die Hälfte der Frauen, die überwiegend für die Kinderbetreuung verantwortlich ist, und die Mehrheit der Frauen, die überwiegend die Routinetätigkeiten im Haushalt übernimmt, mit dieser Arbeitsteilung weitgehend zufrieden und wünscht sich keine gleichmäßige Aufteilung mit dem Partner. Gerechte Arbeitsteilung bedeutet nicht gleiche Verteilung, sondern adäquate Beteiligung des Partners [vgl. 46].

Mütter verrichten nach der Geburt des ersten Kindes mehr Hausarbeit und kümmern sich mehr um das Kind als sie erwartet haben [18]. Die hauptsächliche Verantwortung für das Kind, die bei vielen Müttern mit Gefühlen von ständigem Angebundensein, Ermüdung und mangelnder Kompetenz als Mutter verbunden ist, steht für Mütter im ersten Lebensjahr des Kindes im Vordergrund, [vgl. 145, 64]. Die Versorgung des Kindes wird als schwere, anspruchsvolle und zeitintensive Arbeit erlebt, die kaum Zeit lässt für eigene Interessen. Die ständig geforderte Aufmerksamkeit für das Kind ist mit Einschränkungen außerhäuslicher Aktivitäten und sozialer Kontakte sowie dem (vorübergehenden) Verzicht der Berufstätigkeit verbunden. Manche Mütter erleben dies als soziale Isolation. Da der gesamte Tagesablauf auf die Bedürfnisse des Kindes umgestellt und das Kind auch nachts versorgt werden muss, sind Schlafmangel, chronische

Ermüdung bis hin zur Erschöpfung übliche Probleme der Mütter, in geringerem Umfang gilt dies auch für Väter. Der Übergang zur Elternschaft ist aber nicht nur mit negativen Erfahrungen verbunden. Die positiven Gefühle dem Kind gegenüber werden gleichzeitig erlebt und müssen davon abgegrenzt werden [222]. Die meisten Mütter berichten von überwältigender Freude, Liebe zum Kind und Stolz [vgl. 145].

Während sich nach der Geburt des ersten Kindes die zeitliche Belastung durch Hausarbeit für die Väter nur geringfügig erhöht, wird die Erwerbsarbeitszeit der Väter eher ausgedehnt [vgl. 64, 46, 47]. Die neue Rolle als Ernährer der Familie und der finanzielle Druck durch zusätzliche Ausgaben für das Kind bei häufig geringerem Haushaltseinkommen durch den Wegfall des Einkommens der Frau sind für die meisten Väter die bedeutendsten Veränderungen. Viele Väter beklagen ein gesunkenes sexuelles Interesse und verminderte emotionale Zuwendung der Partnerin, und manche Väter fühlen sich durch den engen Kontakt von Mutter und Kind (Mutter-Kind-Dyade) ausgeschlossen, was sie kränkt [vgl. 145, 64, 13].

Die Beziehungsstruktur wird durch das neue Familienmitglied verändert. Es bleibt nur noch wenig Zeit als Paar für einander. Der Fokus der Aufmerksamkeit verschiebt sich von der Partnerschaft und den Bedürfnissen des Partners zu der Beziehung zum Kind und dessen Bedürfnisse [vgl. 64, 222]. Übereinstimmend zeigen die Befunde, dass die Zufriedenheit mit der Partnerschaft nach der Geburt des ersten Kindes abnimmt [vgl. 169, 55]. Die Erosion der Partnerschaft ist im Vergleich zu kinderlosen Paaren beschleunigt [z. B. 70, 28, 108, 185], jedoch nicht in allen Studien [130, 115, 81]. Andererseits werden kinderlose Ehen häufiger geschieden als Ehen mit Kindern [vgl. 185]. Der mit dem Übergang verbundene deutliche Rückgang der Partnerschaftszufriedenheit bezieht sich vor allem auf die Zärtlichkeit und das sexuelle Verhalten [z.B. 28, 108, 185], während destruktives Streitverhalten bei kinderlosen Paaren häufiger anzutreffen ist als bei Paaren mit Kindern [108]. Eine mögliche Ursache der divergierenden Ergebnisse könnte die unterschiedliche Gewichtung verschiedener Aspekte der Partnerschaftszufriedenheit von kinderlosen Paaren und von Paaren mit erstem Kind sein [vgl. 81]. Aber auch ein größerer Panelausfall bei geschiedenen kinderlosen Paaren könnte eine Ursache der vermeintlich geringeren Erosion der Partnerschaftszufriedenheit kinderloser Paare sein [185].

Im Vergleich zu Paaren mit weiterem Kind nimmt die Partnerschaftszufriedenheit von Ersteltern stärker ab. In der LBS-Familien-Studie [64] berichteten Erstmütter und -väter in den ersten drei Jahren nach der Geburt des Kindes eine kontinuierliche Zunahme der Häufigkeit und Destruktivität des Streitverhaltens, während es bei Zweiteltern keine signifikanten Veränderungen gab. Der Austausch von Zärtlichkeiten und die Kommunikation nahmen bei Ersteltern von hohem Niveau ab und erreichten ungefähr das Niveau der Zweiteltern, für die nur eine geringe Abnahme zu verzeichnen war. Insgesamt wuchs auch die Unzufriedenheit mit dem Partner bei Ersteltern deutlich stärker als bei Zweiteltern. Postpartale Depressionen sollen bei Erstgebärenden häufiger sein als bei Mehrgebärenden [vgl. 176], jedoch konnte in verschiedenen Studien kein bedeutsamer Unterschied festgestellt werden [21, 107, 96].

Die Zufriedenheit mit der Partnerschaft nimmt bei Müttern stärker ab als bei den Vätern [64, 149], möglicherweise aber nur in den ersten Lebensmonaten des Kindes [vgl. 55]. Mütter fühlen sich stärker in der Partnerschaft und in ihrem Lebensstil beeinträchtigt durch die Versorgung des Kindes [168, 75]. Sie weisen nach der Geburt erhöhte Depressivitätswerte auf; bei den Vätern wird dagegen keine Verschlechterung des psychischen Befindens festgestellt [vgl. 64, 47].

Einer der bedeutendsten Einflussfaktoren für die abnehmende Partnerschaftszufriedenheit und die Entwicklung einer postpartalen Depression ist Stress, der aus der Übernahme der Elternrolle resultiert [102, 17, 95]. Vor allem die alltäglichen Belastungen (daily hassles) beeinträchtigen das Wohlbefinden der Eltern; die Belastung durch die Versorgung des Kindes ist nach einer Metaanalyse von 84 Studien aus den 90er Jahren ein bedeutender Prädiktor postpartaler Depressionen [14]. Als häufigste Probleme mit dem Kind in den ersten zwei Lebensjahren werden Probleme mit dem Schlafen und Essen, das Temperament des Kindes und häufiges oder lang anhaltendes Weinen genannt [vgl. 99]. Die durchschnittlichen Belastungen sind meist nicht sehr hoch, jedoch wird z.B. in einer Untersuchung [99] ein nennenswerter Anteil von Müttern stark belastet durch das Schlafverhalten des Kindes (19% im ersten und 14 % im zweiten Jahr), durch Krankheiten und Verletzungen (11 % bzw. 12 %) sowie durch Aufmerksamkeit, die das Kind verlangt (4 % bzw. 9%).

Das nächtliche Gewecktwerden durch das Kind ist ein häufiges Problem. Rund 20 bis 40 % der Eltern haben Probleme mit häufigem nächtlichen Aufwecken oder Einschlafproblemen während der ersten zwei bis drei Lebensjahre ihres Kindes [54, 38, 60]. In einer repräsentativen Erhebung in Bayern [221] hatten rund 22 % der Kinder im Alter von fünf und von zwanzig Monaten Durchschlafprobleme, und in der Multizentrischen Allergiestudie (MAS; [60]) wurden rund 40 % der Eltern von Kindern nach 6, 12 und 24 Lebensmonaten und über 80 % nach einem Lebensmonat mindestens einmal jede Nacht, die Hälfte davon mehrmals geweckt. Wie Videoanalysen zeigen, wachen alle Kinder während des Nachtschlafes auf, jedoch schlafen manche von allein wieder ein [vgl. 60]. Die Hälfte der Kinder im Alter von einem Jahr benötigt zumindest gelegentlich die Intervention eines Elternteils, um nach dem Aufwachen in der Nacht wieder einschlafen zu können [76]. Als Folge daraus leiden die Eltern unter Schlafmangel und Müdigkeit [66], die Mütter auch unter mehr Depressivität, aber die Ehezufriedenheit insgesamt muss nicht darunter leiden [117]. Mütter von Kindern mit Schlafproblemen berichten häufiger von Müdigkeit und depressiver Verstimmung als die Väter [54].

Schlafstörungen sind nach Ansicht von Sepa et al. [192] eine bedeutendere Stressursache für die Eltern als gesundheitliche Probleme des Kindes. Aber in verschiedenen Studien, wenn auch nicht allen, waren die zusätzlichen Anforderungen der Pflege eines chronisch kranken oder behinderten Kindes mit erhöhtem Stress der Eltern verbunden [vgl. 141, 212, 74, 215]. Neben der täglichen Pflege des Kindes und der Sorge um das kranke Kind kommen meist interpersonelle Probleme, z.B. beim Setzen von Grenzen oder bei der Disziplinierung des Kindes hinzu. Die Mütter chronisch kranker Kinder als primäre Bezugsperson klagen häufiger über Gefühle der Hilflosigkeit und über geringe Möglichkeiten außerhäuslicher Aktivitäten, und sie reagieren häufiger mit Depression, Ängstlichkeit und psychiatrischen Problemen als die Väter und als Mütter mit gesunden Kindern [vgl. 83, 94]. Auch Partnerschaftsprobleme sind bei Eltern chronisch kranker Kinder häufiger. Ihre Partnerschaftszufriedenheit ist jedoch insgesamt nicht geringer als bei Eltern gesunder Kinder [vgl. 83], möglicherweise weil der Partner als stärker unterstützend eingeschätzt wird [z.B. 41]. Auch banale Erkrankungen des Kindes scheinen bereits eine Quelle elterlichen Stresses zu sein. Die Morbidität des Kindes nach ärztlichen Aufzeichnungen war in einer Studie [62] direkt mit Gefühlen von Stress bei der Mutter aber nicht dem Vater verbunden.

Ein weiteres, für die Eltern meist schweres Problem ist das exzessive Schreien von zwei bis 18 % der Kinder bis zum Alter von drei Monaten, je nach Definition des exzessiven Schreiens [171]. Bei der großen Mehrheit der Kinder geht das Ausmaß des Schreiens mit der Zeit deutlich zurück, und nur für einen kleinen Teil der Eltern und Kinder, insbesondere mit zusätzlichen Risikofaktoren, manifestieren sich die Probleme [12]. Im Alter von sechs Monaten hat sich der Anteil exzessiv schreiender Kinder bereits auf 0,3 bis 8 % reduziert [171].

Ist bereits die Sorge um ein Kind für viele Mütter physisch und emotional voll beanspruchend, so kann die Pflege von Zwillingen neben der physischen Last auch emotional großen Stress bedeuten. Mütter von Zwillingen leiden häufiger an Müdigkeit und Erschöpfung und haben häufiger Depressionen als Mütter von Einzelkinder [vgl. 34]. Oft ist dies die Folge der Schwierigkeiten das meist unsynchronisierte Schlaf-, Fütterungs- und Schreiverhalten beider Kinder zu bewältigen. Zusätzlich ist die Unmöglichkeit, beiden Kindern gleich viel Aufmerksamkeit zu widmen, oft mit Schuldgefühlen verbunden. Neben Müttern von Zwillingen wiesen auch Mütter von Geschwistern mit einem Altersunterschied von unter zwei Jahren ein erhöhtes Risiko für Depression auf als Mütter von Einzelkindern und von Geschwistern mit größerem Altersunterschied in einer großen Geburtskohorte nach fünf Jahren [209].

Im Zusammenhang mit dem Risiko einer postpartalen Depression wird ein weiterer Belastungskomplex - Schwangerschafts- und Geburtsbelastungen - diskutiert. Verschiedene Studien haben ein erhöhtes Risiko postpartaler Depressionen nach operativer Entbindung, insbesondere nach sekundärer Sektio, festgestellt [21, vgl. 179, 153]. Aber eine Reihe anderer Studien konnte keinen Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und Depressionen feststellen [206, 107, 153]. In der österreichischen Studie [21] mit über 1400 Frauen wurde neben der operativen Entbindung auch für vermehrte Schwangerschaftsrisiken ein erhöhtes Risiko einer zumindest leichten depressiven Störung kurz nach der Entbindung festgestellt. In der LBS-Familien-Studie [64] wurden subjektive Schwangerschaftsbeschwerden als signifikanter Prädiktor von Geburtsängsten identifiziert.



Die neuen Anforderungen vor und nach der Geburt des ersten Kindes werden nicht von allen Eltern gleichermaßen empfunden. Ein und dieselbe Veränderung nach der Geburt des ersten Kindes kann als Einschränkung erlebt werden oder nicht [13]. Ob Anforderungen als Belastung wahrgenommen und als Überforderung (Stress) eingeschätzt werden, hängt nach der transaktionalen Stresstheorie von den wahrgenommenen Bewältigungsmöglichkeiten (Copingressourcen) ab [119, 120]. Bewältigungsressourcen werden unterteilt nach internen und externen Ressourcen. Interne Ressourcen sind die Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person sowie Merkmale des Selbstbildes wie das Selbstwertgefühl, Optimismus oder Neurotizismus. Externe Ressourcen umfassen soziale Unterstützung in Form emotionaler, instrumenteller (praktischer) und evaluativer Unterstützung, materielle Ressourcen und Handlungsspielräume [vgl. 174].

Der Partner ist die mit Abstand wichtigste Quelle von Unterstützung im Übergang zur Elternschaft [58, 124]. Eine unterstützende Partnerschaft wirkt sich positiv auf die Anpassung an die neuen Aufgaben nach der Geburt des ersten Kindes [vgl. 145, 65, 55, 219] und auch auf die Anpassung an eine chronische Krankheit des Kindes [72] aus. Bereits in der Schwangerschaft können Geburtsängste durch eine unterstützende Partnerschaft reduziert werden [vgl. 58, 180]. Der Verlauf der Partnerschaftszufriedenheit wird durch innerfamiliäre Unterstützung positiv beeinflusst, und die Partnerschaftszufriedenheit der Mütter steigt im Mittel, entgegen dem Trend, sogar an, wenn die Beteiligung des Partners an den neuen Aufgaben als adäquat eingeschätzt wird [55, 1]. Geringe Unterstützung durch den Partner ist dagegen mit einem schlechteren psychischen Befinden der Mütter und auch der Väter verbunden [64, 136, 30, 26, 123].

Wichtig für die Partnerschaftsqualität ist vor allem die Zufriedenheit mit der Aufgabenverteilung und nicht so sehr die reale Aufteilung der Familienarbeit [vgl. 55]. Wahrgenommene Gerechtigkeit bei der Arbeitsteilung trägt zur Partnerschaftszufriedenheit insbesondere der Frauen bei [vgl. 46]. Wenn das Ausmaß an Versorgung des Kindes von der Mutter als ungerecht wahrgenommen wird, beeinträchtigt dies ihr psychisches Befinden; das psychische Befinden ihres Partners wird davon nach einigen Studien auch beeinflusst aber nach einigen nicht [79, vgl. 55, 46]. Nicht erfüllte Erwartungen der

Mütter an die Teilung der Arbeit sind ebenfalls mit einer negativeren Beurteilung der Partnerschaft und mit schlechterem psychischen Befinden verbunden [18, 73]. Die Kongruenz der Erwartungen ist bedeutender für die Entwicklung der Partnerschaftszufriedenheit als die tatsächliche Arbeitsteilung [89, 42, vgl. 55], denn nach der soziologischen Rollentheorie wird dadurch die Entwicklung einer Rollenidentität gestört mit der Folge von Rollenbelastung und Rollenkonflikt.

Ersteltern, die über ein höheres Einkommen verfügen, fühlen sich weniger stark belastet durch die Umstellungen nach der Geburt des Kindes [219] und haben ein geringeres Risiko für einen negativen Verlauf der Partnerschaftszufriedenheit als Eltern mit geringerem Einkommen [168, vgl. 169, 55]. Ein höheres Einkommen ist auch mit geringerer Depression der Frauen während der Schwangerschaft sowie mit geringerer Depressivität bei Müttern und Vätern verbunden [175, 64]. Von den finanziellen Möglichkeiten der Familien hängt auch die Größe und Ausstattung der Wohnung sowie die Wohnzufriedenheit stark ab insbesondere in städtischen Regionen [64]. Mütter und in etwas geringerem Maße auch Väter, die zufriedener mit der Größe der Wohnung waren, gelang es besser, sich an die Elternrolle anzupassen, erlebten das Kind als weniger schwierig und berichteten ein geringeres Maß an Depressivität als Eltern, die unzufriedener mit der Wohnungsgröße waren. Mit der Wohnfläche konnten diese Zusammenhänge nicht festgestellt werden; lediglich berichteten Mütter eher von Gefühlen der Überforderung und aggressiven Impulsen gegenüber dem Kind, je kleiner die Wohnung war [64]. In den Studien von Wicki et al. [219] gab es Hinweise auf einen negativen Zusammenhang zwischen der Wohnungsgröße (Anzahl der Zimmer) und der Belastungswahrnehmung der Mütter im Übergang zur Elternschaft; sie waren jedoch nur teilweise signifikant, möglicherweise weil die meisten Elternpaare über drei bis vier Zimmer und damit ausreichend Platz verfügten.

Als funktionale Strategien der Stressbewältigung in der Partnerschaft haben sich insbesondere aktive, problemzentrierte Bewältigungsversuche erwiesen [vgl. 64, 30, 55]. Diese Bewältigungsversuche erfordern Zutrauen in die eigenen Handlungspotentiale (Selbstwirksamkeit), Selbstvertrauen und Selbstsicherheit [64]. Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, Optimismus, persönliche Reife, Sensitivität und hohes Selbstwertgefühl werden in verschiedenen Studien als erleichternde Persönlichkeitsfaktoren für den Übergang zur Elternschaft genannt [vgl. 169, 218, 210, 55].

Ein niedriges Selbstwertgefühl ist ausschlaggebend für die Abnahme der Partnerschaftszufriedenheit von Müttern und Vätern [vgl. 56], und Mütter und Väter mit geringem Selbstvertrauen weisen eine höhere Depressivität auf als Eltern mit hohem Selbstvertrauen [64]. Geringes Selbstvertrauen bzw. Selbstwertgefühl und geringe Kompetenzüberzeugung sind mit stärkeren Geburtsängsten sowie Frühgeburt und niedrigem Geburtsgewicht verbunden [64, vgl. 180, 183]. Rollenspezifische Kompetenzüberzeugung ist mit positiverem Erleben der Elternrolle verbunden und kann die negativen Auswirkungen eines als schwierig wahrgenommenen Kindes auf die Depressivität der Mutter abmildern [64]. Während bei Müttern mit niedriger Rollenkompetenz die Depressivität mit dem Ausmaß wahrgenommener Schwierigkeit des Kindes deutlich anstieg, war bei Müttern mit hoher Rollenkompetenz kein Zusammenhang zwischen der Schwierigkeit des Kindes und der Depressivität der Mütter festzustellen.

### **1.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Das Konzept der Lebensqualität wurde seit Ende der sechziger Jahre in der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrtsforschung zur Beschreibung und Beurteilung des gesellschaftlichen Fortschritts entwickelt [vgl. 144, 187]. Lebensqualität ist mehr als nur der materielle Wohlstand. Für einige ist sie etwas grundsätzlich anderes, im Gefolge der Diskussionen über die Grenzen des Wachstums, die Bedrohung der ökologischen Existenzbedingungen oder der postmateriellen Werte in der Postmoderne. Allen Ansätzen gemeinsam ist, dass sie das „besser“ gegenüber dem „mehr“ betonen [144]. Lebensqualität wird als multidimensionales Konzept aufgefasst, dass als objektiver Zustand und als subjektives Befinden betrachtet werden kann und sowohl die Wohlfahrt von Individuen als auch die Qualität von Gesellschaften beschreiben kann.

Bei der Messung von Lebensqualität lassen sich zwei grundlegend verschiedene Ansätze unterscheiden, der schwedische „level of living approach“ und der angloamerikanische „quality of life“ Ansatz [vgl. 144]. Im Zentrum des „level of living approach“ stehen die Ressourcen, die es dem Einzelnen ermöglichen, die individuellen Lebensverhältnisse den eigenen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten, unter den jeweiligen

gesellschaftlichen Bedingungen. Unter individuellen Ressourcen werden neben dem Einkommen und Vermögen auch Bildung, soziale Beziehungen sowie psychische und physische Energie gefasst. Operationalisiert wird die Lebensqualität dabei weitgehend unabhängig von der subjektiven Einschätzung des Einzelnen. Dagegen werden in der „quality of life“-Forschung anknüpfend an sozialpsychologische Ansätze und die „mental health“-Forschung die Bedeutung subjektiver Wahrnehmung und Einschätzung hervorgehoben. Die Lebensqualität bemisst sich danach am subjektiven Wohlbefinden des Individuums. Das subjektive Wohlbefinden lässt sich unterteilen in einen emotionalen Bestandteil – positive und negative Affekte sowie Glück – und einen kognitiv-evaluativen Bestandteil – die globale und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit [vgl. 187].

Der deutsche Ansatz zur Lebensqualitätsforschung, der wesentlich von Glatzer und Zapf [68] geprägt wurde, stellt eine Synthese der beiden zuvor beschriebenen Ansätze dar. Unter Lebensqualität werden gute Lebensbedingungen zusammen mit einem positiven subjektiven Wohlbefinden verstanden [225]. Zu den Lebensbedingungen werden u.a. Einkommen, Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen, Gesundheit und soziale und politische Beteiligung gezählt. Zum subjektiven Wohlbefinden zählen neben Zufriedenheitsangaben auch Hoffnungen, Erwartungen, Ängste und Glück. Aus der Gegenüberstellung objektiver Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden ergeben sich vier mögliche Kombinationen. Die Kombination guter Lebensbedingungen mit positivem Wohlbefinden wird als well-being, Wohl-Sein bezeichnet. Der Anteil der Bevölkerung in dieser Kategorie gibt Auskunft über das Niveau der Lebensqualität in einer Gesellschaft. Schlechte Lebensbedingungen in Kombination mit negativem Wohlbefinden ist die Deprivation; Deprivierte sind die klassische Zielgruppe der Sozialpolitik. Aber auch die Kombination von schlechten Lebensbedingungen mit positivem Wohlbefinden, die Adaptation, die in der Psychologie als „Zufriedenheitsparadox“ bezeichnet wird [vgl. 187, 91], ist ein sozialpolitisches Problem, weil sie auf geringe oder fehlende (wahrgenommene) Gestaltungsmöglichkeiten hinweist. Die Dissonanz als Verbindung von guten Lebensbedingungen mit negativem Wohlbefinden bildet die vierte Kombination.

Mit der Definition von Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden hat die WHO bereits 1947 einen Anknüpfungspunkt zur Lebensqualität geliefert. Als eigenständiger Begriff wurde Lebensqualität erst Anfang der achtziger Jahre in die

Medizin eingeführt [35]. Mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sollte das Gesundheitskonzept erweitert werden von der Betrachtung von Morbidität und Mortalität hin zu einem multidimensionalen Gesundheitsbegriff, wie er sich in der WHO-Definition andeutet. Angesichts der vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankungen, die in den meisten Fällen nicht mehr prinzipiell heilbar sind, kann das Ziel medizinischen Handelns sich nicht allein an der Lebensverlängerung (Quantität) bemessen, sondern muss die Qualität der Lebensverlängerung für die Patienten erfassen. Damit ist ein Perspektivenwechsel von der ärztlich diagnostizierten Abweichung von der Norm zur subjektiven Bewertung durch die Betroffenen selbst notwendig [vgl. 163, 36].

Die Literatur zum Thema gesundheitsbezogene Lebensqualität hat einen rasanten Anstieg von ca. 200 Publikationen im Jahr 1980 auf über 3000 Publikationen im Jahr 1999 zu verzeichnen, während im deutschsprachigen Raum erst ab Mitte der 90er Jahre ein deutlicher Anstieg des Forschungsinteresses festzustellen ist [164]. Dabei verlief die Entwicklung in drei Phasen [35]. In der konzeptionellen Phase in den siebziger Jahren ging es um die Frage, wie der Begriff gesundheitsbezogene Lebensqualität definiert werden sollte. In den achtziger Jahren wurden Messinstrumente entwickelt und psychometrisch getestet. Die breite Anwendung der entwickelten Messinstrumente in klinischen, epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Studien folgte in den neunziger Jahren.

Konzepte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gehen zum einen auf die strukturell-funktionalistische Theorie [152] und zum anderen auf die psychologische Wohlbefindensforschung zurück. In der strukturell-funktionalistischen Theorie wird Gesundheit verstanden als die Fähigkeit, Aufgaben und Rollen wirksam auszuführen, und Krankheit wird als Beeinträchtigung dieser Fähigkeit verstanden [151]. In der Onkologie gibt es eine lange Tradition der Beurteilung von Behandlungseffekten über die Messung des funktionalen Status [36]. Die Instrumente waren zunächst Fremdbeurteilungsinstrumente wie der Karnofsky-Index [vgl. 113]. Demgegenüber betont der Ansatz vom Wohlbefinden die Bedeutung der subjektiven Äußerung der Betroffenen selbst. Angesichts des veränderten Krankheitsspektrums mit den vorherrschenden chronisch-degenerativen Krankheiten wandelt sich das Ziel von Leben retten oder verlängern zu Leben verbessern und dafür sind patientenzentrierte Outcomes notwendig [205].

Eine allgemein gültige Definition von Lebensqualität in der Gesundheitsforschung gibt es nicht, aber eine weitgehende Übereinstimmung über einige Merkmale der Lebensqualität [vgl. 36, 163]. Lebensqualität

- ist ein latentes Konstrukt, das nicht direkt gemessen werden kann,
- ist eine subjektive Kategorie, die die individuelle Wahrnehmung enthalten muss,
- ist multidimensional, mindestens mit der physischen, psychischen und sozialen Dimension, sowie dem Handlungsvermögen,
- umfasst positive wie negative Aspekte.

Entsprechend definiert die WHO Lebensqualität als „an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, standards and concerns“ [194].

Konzeptionelle Fragen wurden jedoch bald durch ein pragmatisches Vorgehen ersetzt, bei dem gesundheitsbezogene Lebensqualität operational definiert und die Messinstrumente psychometrisch getestet wurden [36]. Vor allem im angloamerikanischen Raum wurde so eine Fülle von Messinstrumenten gesundheitsbezogener Lebensqualität entwickelt und anschließend in verschiedene Sprachen übertragen.

Man unterscheidet krankheitsspezifische und krankheitsübergreifende, so genannte generische Maße der Lebensqualität (Lebensqualitätsmaße werden beschrieben z.B. in [165] und [163]). Sie unterscheiden sich jedoch nicht prinzipiell, sondern nur in ihrer Differenzierung und Anwendbarkeit. Generische Maße sind unabhängig vom Gesundheitszustand der Befragten und damit für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und Patienten mit verschiedenen Erkrankungen einsetzbar. Krankheitsspezifische Instrumente fokussieren stärker auf bestimmte Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die für die Erkrankung oder die Bevölkerungsgruppe als besonders bedeutsam angesehen werden; sie sind in diesen Bereichen deutlich differenzierter.

Eine weitere Unterscheidung ist die von Profil- und Indexmaßen der Lebensqualität. Bei Profilmäßen werden die verschiedenen Dimensionen getrennt erhoben und ausgewertet. Sie liefern so ein Profil der Lebensqualität mit unterschiedlichen Werten der Dimensionen für verschiedene Individuen oder Patientengruppen. Indexmaße sind entweder Einzelfragen zur allgemeinen (globalen) Gesundheit oder Summenscores, die die Aussagen zu den verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität zu einem Wert

zusammenfassen. Teilweise werden die Einzelaspekte gewichtet nach deren Bedeutung für die Befragten [31]. Auch Profilmäße werden mittlerweile zu Indizes zusammengefasst, wegen des hohen Bedarfs vor allem aus der Gesundheitsökonomie [163].

Die Zusammenfassung verschiedener Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu einem Indexmaß ist immer problembehaftet, weil es eine Aggregation ohnehin komplexer Phänomene darstellt [163]. So empfiehlt z.B. die AG Epidemiologische Methoden der Fachgesellschaften die Aggregation dimensionsübergreifender Indizes (der sozialen Schicht) nur eingeschränkt und empfiehlt für Zusammenhangsanalysen die getrennte Analyse der Einzeldimensionen [vgl. 163]. Außerdem bestehen Zweifel daran, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität wirklich ein einheitliches Konstrukt ist. Durch die Dimensionen physisches und psychisches Wohlbefinden kann meist nur ein geringer Teil der Varianz von globalen Maßen der Lebensqualität erklärt werden [vgl. 177].

Bisher sind bereits über 1000 Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität entwickelt worden [35]. Neben sorgfältig entwickelten, getesteten und vielfach eingesetzten Standardinstrumenten finden sich auch ad hoc entwickelte Instrumente, die nur in einer Studie eingesetzt wurden. Die Auswahl der Messinstrumente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sollte sich an den klassischen Tauglichkeitskriterien der Psychometrie der Zuverlässigkeit (Reliabilität) und Genauigkeit (Validität) bemessen [29, 36, 163]. Wiederholte Messungen sollten unter gleichen Bedingungen zu gleichen Ergebnissen führen (Test-Retest-Reliabilität), und die Antworten der einzelnen Probanden innerhalb einer Dimension sollen in die gleiche Richtung weisen (interne Konsistenz).

Mit der inhalts-, kriteriums- und konstruktbezogenen Validität wird der Frage nachgegangen, ob das Instrument (möglichst genau) das misst, was es messen soll [vgl. 29, 163]. Die inhaltsbezogene Validierung von Lebensqualitätsmaßen erweist sich als problematisch, weil eine verbindliche Definition fehlt, die auch auf Außenkriterien ausgerichtet ist [163]. Aussagen zu diesem Bereich beschränken sich daher meist auf eher formale Kriterien wie die Vollständigkeit und Verständlichkeit der Einzelfragen und der Dimensionen sowie auf inhaltliche Plausibilitäten [z.B. 3]. Die kriteriumsbezogene oder prädiktive Validität bemisst sich an der Fähigkeit, zukünftige Ereignisse oder Zustände wie Morbidität, Pflegebedarf oder Tod vorherzusagen.

Bei der Konstruktvalidität wird zwischen konvergenter und diskriminanter Validität unterschieden. Die Konvergenz zeigt sich in Korrelationen des Instruments mit anderen Faktoren wie z.B. dem Alter, der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und medizinischen Konditionen oder mit anderen Lebensqualitätsinstrumenten in der erwarteten Richtung. Diskriminanz zeigt sich in geringen Korrelationen der einzelnen Dimensionen der Lebensqualität, die nach ihrer Definition weitgehend unabhängig voneinander sein sollen. Sie zeigt sich auch in Unterschieden zwischen verschiedenen Patientengruppen und der Allgemeinbevölkerung.

Lebensqualitätsinstrumente sollten so veränderungssensitiv sein, dass sie auch kleine bedeutsame Veränderungen bei Patienten feststellen können. Sie sollten außerdem möglichst ökonomisch einsetzbar sein, weshalb zunehmend Kurzversionen verschiedener Instrumente entwickelt werden. Normwerte, die in bevölkerungsrepräsentativen Studien gewonnen werden, können insbesondere bei der Verwendung der Instrumente in Querschnittstudien hilfreich sein [35].

Bei Anwendung in der Allgemeinbevölkerung ist zu beachten, dass diese gesünder ist und weniger Funktionsbeeinträchtigungen aufweist als klinische Stichproben. Da die meisten Menschen kaum oder keine Beeinträchtigungen aufweisen, würden viele in die höchste bzw. niedrigste Kategorie eingeordnet werden ohne jegliche Variabilität (so genannter „Deckeneffekt“ bzw. „Bodeneffekt“). Ein generelles Problem bei wiederholten Messungen der gesundheitlichen Lebensqualität ist der response shift [36, 91]. Bei Individuen ändert sich z.B. nach der Anpassung an eine chronische Krankheit oder eine Behinderung das der Einschätzung der Lebensqualität zu Grunde liegende Wertesystem, womit die Ergebnisse nicht mehr vergleichbar sind. Bei der Untersuchung relativ homogener Patientengruppen soll der durch den response shift hervorgerufene Messfehler nicht von großer Bedeutung sein [36].

Im Folgenden sollen kurz einige generische Lebensqualitätsinstrumente kurz dargestellt werden, die häufig eingesetzt wurden, psychometrisch getestet sind und in verschiedenen Sprachen vorliegen [vgl. 29, 163, 165]. An diesen Beispielen kann man gut die unterschiedliche Konzeptionierung und Operationalisierung von Instrumenten zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität erkennen.



Das Sickness-Impact-Profile (SIP) ist eines der ältesten Lebensqualitätsinstrumente, das zwar zunächst für die Anwendung im klinischen Bereich entwickelt wurde, aber auch als generisches Maß eingesetzt wird. Es ist erstellt worden, um auch geringe Veränderungen oder Unterschiede im Gesundheitszustand zu erfassen. Das SIP konzentriert sich auf die Messung von Verhalten und nicht auf Emotionen. Die Befragten sollen von 136 Aussagen über Einschränkungen der Funktionsfähigkeit diejenigen ankreuzen, die zu einem gegebenen Tag zutrafen. Die 136 Items werden zu 12 Kategorien zusammengefasst, von denen drei zur physischen und vier zur psychosozialen Dimension zusammengefasst werden. Die Fragen werden nach dem Schweregrad der Einschränkung gewichtet und dann zu den 12 Kategorien, den zwei Dimensionen und zum Gesamtscore aufsummiert. Es kann sowohl ein differenziertes Profil wie ein Gesamtindex erstellt werden. Das SIP ist zwar leicht zu handhaben, aber die Bearbeitungszeit liegt wegen der vielen Items bei 20 bis 30 Minuten.

Das Nottingham-Health-Profile (NHP) gehört ebenfalls zu den ältesten und mit am häufigsten angewendeten Instrumenten zur Messung der Lebensqualität. Es soll wahrgenommene krankheitsbedingte Gesundheitsprobleme erfassen. 38 Aussagen zu Gesundheitsproblemen in den Bereichen Energieverlust, Schmerz, emotionale Reaktion, Schlaf, soziale Isolation und physische Mobilität werden danach beantwortet, ob diese zutreffen oder nicht. Die Items innerhalb einer Dimension werden entsprechend des Schweregrades der Probleme gewichtet und aufsummiert; auf die Gewichtung kann jedoch ohne großen Informationsverlust verzichtet werden [111]. Die einzelnen Dimensionen liefern ein Profil der Gesundheitsprobleme, aber keinen Gesamtindex der Lebensqualität. Das NHP ist leicht zu handhaben und in weniger als 10 Minuten auszufüllen. Es richtet sich jedoch eher an Personen mit deutlichen Gesundheitsproblemen und weniger an solche mit nur geringfügigen Beeinträchtigungen. Im Rahmen von bevölkerungsrepräsentativen Studien wären erhebliche Bodeneffekte zu erwarten.

Die Quality of Well-Being Scale (QWBS) oder der Quality of Well-Being Index (QWBI) ist ein Instrument, das sowohl in klinischen als auch gesundheitsökonomischen Studien eingesetzt wurde. Mit 99 Fragen werden die Dimensionen Mobilität, physische und soziale Aktivität sowie ein Symptom-Problem-Komplex (Auftreten von 26 Symptomen/Problemen) erfasst. Die Dimensionen werden entsprechend ihrer Bedeutung, wie sie in

der Bevölkerung bewertet werden, gewichtet und zu einem Index zusammengefasst. Der Index wird auch zur Berechnung von quality adjusted life years genutzt. Neben der Interviewfassung ist auch ein Fragebogen zum Selbstausfüllen entwickelt worden.

Der SF-36 Health Survey (SF-36) ist das weltweit am häufigsten eingesetzte Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Aus einer Fülle von subjektiven Gesundheits-Outcomes der Medical Outcome Study wurden 36 Fragen ausgewählt, deren Antwortvorgaben von ja/nein bis zu 6-stufigen Likertskalen reichen. 35 Fragen sind den acht Dimensionen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, Schmerz, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychischem Wohlbefinden zugeordnet, und mit einer Einzelfrage wird der aktuelle Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr erfragt. Die Einzelfragen werden so gewichtet und summiert, dass für jede Dimension ein möglicher Wertebereich von 0 bis 100 erreicht werden kann. Der SF-36 liefert ein Profil der acht Dimensionen, aber auch eine Zusammenfassung zu einer psychischen und einer physischen Dimension ist nach Gewichtung der Einzeldimensionen möglich. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit liegt bei ca. 10 Minuten. Wegen des Schwerpunktes der Befragung auf Funktionsbeeinträchtigungen können bei jungen und gesunden Erwachsenen beim SF-36 erhebliche Bodeneffekte auftreten.

Der WHOQOL-BREF ist die Kurzform des erst in den 90er Jahren entstandenen WHOQOL-Fragebogens. Er ist in mehreren Zentren in verschiedenen Ländern entwickelt worden und soll alle kulturübergreifend relevanten Facetten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfassen. Der WHOQOL-BREF umfasst nur 26 Items, die mittels 5-stufiger Likertskalen beantwortet werden. Die Items werden zu vier Dimensionen, der physischen und der psychischen Lebensqualität, den sozialen Beziehungen und als Besonderheit der Umweltqualität sowie einer Gesamtbeurteilung der Lebensqualität aus zwei Items zusammengefasst. Der Schwerpunkt des Instruments liegt auf Zufriedenheitsfragen, während körperliche Symptome außer Schmerz nicht enthalten sind. Der WHOQOL-BREF liefert ein Profil der vier Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität sowie eine Gesamteinschätzung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität, wobei die Bearbeitungszeit im Durchschnitt bei ca. 10 Minuten liegt.

Eingesetzt wurden Verfahren zur Messung der Lebensqualität zunächst in Kohortenstudien zum Vergleich verschiedener Patientengruppen und zur Ermittlung von Determinanten der Lebensqualität [36]. Auch in klinischen Studien wurden Lebensqualitätsmaße relativ früh als zusätzliche Ergebnisparameter neben der Morbidität und Mortalität verwendet. In gesundheitsökonomischen Studien wird der Nutzen medizinischer Maßnahmen neben klinischen Parametern auch in Bezug auf die Lebensqualität evaluiert. Zumindest im angloamerikanischen Raum haben Lebensqualitätsmessungen Eingang in die klinische Routineversorgung bei der individuellen Therapieplanung und der Erfolgsbewertung gefunden. Zunehmend wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Rahmen der Versorgungsforschung zur Qualitätssicherung klinischer Einrichtungen und zur Bewertung von Versorgungskonzepten für bestimmte Patientengruppen eingesetzt [36]. Neuerdings werden diese Instrumente auch im Bereich von Public Health zur Beschreibung der Lebensqualität bestimmter Bevölkerungsgruppen herangezogen mit dem Ziel, deren Bedarf an Versorgung zu ermitteln und Anhaltspunkte für die gesundheitspolitische Planung zu gewinnen [35].

Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden am häufigsten bei krebskranken Patienten, transplantierten oder chirurgisch behandelten Patienten sowie bei psychiatrischen Patienten durchgeführt [164]. Aber Studien zur Lebensqualität wurden nicht nur bei Kranken sondern auch bei bestimmten Bevölkerungsgruppen wie alten Menschen oder Kindern durchgeführt. Wurden z.B. bei Kindern zunächst krankheitsspezifische Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern mit chronischen Gesundheitsstörungen eingesetzt, werden nun auch krankheitsübergreifende Instrumente eingesetzt [166]. Die Lebensqualität pflegender Angehöriger z.B. kranker Patienten [142, 129] oder alter Menschen [223] wurde auch untersucht. Eltern wurden jedoch meist nur als Auskunftspersonen für die Lebensqualität ihrer Kinder oder als pflegende Angehörige chronisch kranker oder behinderter Kinder befragt [z.B. 71, 147, 224]. Ausnahmen sind z.B. eine australische Väterstudie [47], bei der das Lebensqualitätsinstrument der WHO (WHOQOL-Bref) eingesetzt wurde, und die Entwicklung eines spezifischen Instruments für die Lebensqualität von Müttern kurz nach der Geburt ihres Kindes [206, 207].

Zusätzliche Bedeutung kommt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als eigenständiger Prädiktor späterer Mortalität und Morbidität zu. Zahlreiche Studien zeigen

weitgehend übereinstimmend einen Zusammenhang zwischen einem globalen Maß der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Mortalität [vgl. 4, 100, 101, 125, 127]. Personen, die ihre Gesundheit generell als schlecht einschätzen oder ihre Gesundheit im Vergleich zu Gleichaltrigen als schlechter einschätzen, weisen eine signifikant erhöhte Mortalität gegenüber anderen auf, die ihre Gesundheit als gut bzw. im Vergleich zu Gleichaltrigen als besser einschätzen. Dies gilt unabhängig von bestehenden Erkrankungen, von Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht und Hypertonie sowie von soziodemographischen Merkmalen. Einige Studien zeigen auch, dass selbst berichtete Gesundheit prädiktiv ist für spätere funktionelle Einschränkungen, auch wenn für den Ausgangszustand kontrolliert wurde [vgl. 101].

Dieser Zusammenhang wurde sowohl für Männer wie für Frauen, für unterschiedliche Altersgruppen, für verschiedene Follow-up-Zeiträume und in verschiedenen Ländern in Nordamerika und Europa festgestellt. Es gibt jedoch einige Unterschiede bei den Ergebnissen. Einige Studien haben einen stärkeren Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und Mortalität für Frauen festgestellt, während andere Studien einen schwächeren, wenige sogar keinen signifikanten Zusammenhang feststellen konnten [vgl. 101]. Bei Männern ist der prädiktive Wert der Gesundheit mit Bezug zur Altersgruppe möglicherweise höher als die globale Einschätzung der Gesundheit ohne Referenzpunkt [4, 125], bei Frauen hingegen ungefähr gleich groß [125].

In Deutschland wurde der Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und Mortalität in der MONICA-Studie Augsburg [86] und mit repräsentativen nationalen Daten [188, 88, 138] untersucht. In der MONICA-Studie wiesen Männer und Frauen im Alter von 35 bis 64, die ihre Gesundheit als schlechter einschätzten als Gleichaltrige, eine höhere Mortalität in den folgenden 11 Jahren auf gegenüber denen mit einer besseren Beurteilung. Auch nach der Kontrolle für Alter, Bildung, Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen (BMI, Rauchen, Bewegungsarmut, Hypertonie, Cholesterin, Diabetes) und selbst berichtete Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Bronchitis, Asthma, Muskel- und Skeletterkrankungen) blieb dieser Zusammenhang erhalten. Aber bei der globalen gesundheitsbezogenen Lebensqualität ohne Referenzgruppe wurde nur bei Männern und nicht bei Frauen ein signifikanter Unterschied bei der Mortalität festgestellt zwischen solchen mit guter/ sehr guter und solchen mit mittlerer bis schlechter Gesundheit.

Eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und der Mortalität im folgenden Jahr zeigte sich bei der Analyse der Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP), einer für ganz Deutschland repräsentativen Haushaltsstichprobe [188]. Der Zusammenhang war bei Männern stärker als bei Frauen; bei Frauen war nur schlechte Gesundheit mit signifikant erhöhter Mortalität gegenüber sehr guter/ guter Gesundheit verbunden.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Helmert [88] in seiner Analyse der Daten des Lebenserwartungssurveys (LES) des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. Für Männer und Frauen im Alter von 35 bis 69 Jahren zeigte sich eine signifikant erhöhte Mortalität in den folgenden 14 Jahren bei zufriedenstellendem, weniger gutem und am stärksten bei schlechtem Gesundheitszustand gegenüber einem sehr guten/ guten Gesundheitszustand. Die Dosis-Wirkungsbeziehung wurde geringer, blieb aber auch nach der Kontrolle für soziodemographische Merkmale, Risikofaktoren und selbst berichtete chronische Erkrankungen bei den Männern erhalten, während bei den Frauen der Zusammenhang nach der Kontrolle für die Anzahl chronischer Erkrankungen verschwand. In einer weiteren Analyse des LES [138] konnte zusätzlich für Männer gezeigt werden, dass zwar die kurzfristige (0 bis 5 Jahre) Mortalität stärker mit dem subjektiven Gesundheitszustand zusammenhängt. Die langfristige (6 bis 14 Jahre) Mortalität bei Männern mit weniger gutem und mit schlechtem subjektivem Gesundheitszustand auch signifikant erhöht ist gegenüber Männern mit sehr gutem/ gutem Gesundheitszustand. Die erhöhte Mortalität war unabhängig von soziodemographischen Merkmalen, Risikofaktoren und der Anzahl von Krankenhausaufenthalten und chronischen Erkrankungen.