

*Psychologists today should be concerned
not with evaluating tests as if tests were fixed and definitive,
but rather with developing better tests.*
(Campbell & Fiske, 1959, S. 103)

I THEORETISCHER HINTERGRUND

1.1 Einleitung

Innerhalb Europas ist Deutschland heute eines der vier Länder mit der ältesten Bevölkerung und wird weltweit lediglich von Japan übertroffen (United Nations, 2003). Der viel zitierte demografische Wandel, mit dem die westliche Welt innerhalb der nächsten Dekaden konfrontiert sein wird, spiegelt sich im Erstarren von Gerontologie und Geriatrie. Es besteht jedoch nach wie vor in vielen Bereichen, unter anderem der Methodenentwicklung, erheblicher Handlungsbedarf (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002). Konsequenz daraus sollte im gesundheitswissenschaftlichen Kontext die Bemühung um Messinstrumente sein, die in der Lage sind, in psychometrisch und theoretisch fundierter Art und Weise spezifische, für geriatrische Versorgungs- und Therapiesettings oder die Beschreibung geriatrischer Populationen bedeutsame Gegenstandsbereiche abzubilden.

Eine Sonderstellung innerhalb der älteren Bevölkerung nehmen gesundheitlich sehr stark beeinträchtigte Menschen ein. Multimorbidität, das gleichzeitige Bestehen mehrerer Erkrankungen bei einer Person, ist bei älteren Menschen weit verbreitet: Es wird geschätzt, dass mindestens 30 % der Personen über 70 Jahren an wenigstens fünf behandlungsbedürftigen Erkrankungen leiden (BMFSFJ, 2002; vgl. Robert Koch-Institut, 2003). Des Weiteren gehören Chronizität von Erkrankungen, schwerwiegende Krankheitsfolgen (im Sinne von Störungen der Mobilität, der Aktivitäten des täglichen Lebens, der Kommunikation und Problemen bei der Krankheitsbewältigung) sowie eine enge Verflechtung von medizinischen mit sozialen Problemen zu den typischen Charakteristika geriatrischer Patienten (Böhmer, 2003; Steinhagen-Thiessen, Gerok & Borchelt, 1992). Angesichts der steigenden Zahl alter Menschen in Deutschland und in den westlichen Industrienationen insgesamt stehen insbesondere Beschäftigte in pflegerischen und therapeutischen Berufen vor zunehmenden Herausforderungen (vgl. Tesch-Römer, 2002; United Nations, 2004). Das Konstrukt „Lebensqualität“ stellt einen häufig genutzten Indikator für die Beurteilung von Therapie- und Rehabilitationserfolg einerseits sowie die Evaluation der Gesamtsituation älterer Menschen andererseits dar.

Die Suche nach den Kennzeichen eines guten Lebens im Alter nimmt mittlerweile breiten Raum in der gerontologischen Forschung ein. Das Erleben von Zufriedenheit und Wohlbefinden wird als dabei häufig als Schlüsselindikator für eine hohe Lebensqualität angesehen (Baltes & Baltes, 1990a; Veenhoven, 2000). Die Bestimmung derjenigen Aspekte menschlichen Lebens, die dieses als ein „gutes Leben“ qualifizieren, ist in hohem Maße abhängig davon, was als „Normalität“ in der je betrachteten Lebensphase angesehen wird (vgl. Baltes & Baltes, 1990b). Das subjektive Erleben des Alterungsprozesses geht mit kognitiv-emotionalen Anpassungsprozessen einher: In Folge einer Veränderung der Möglichkeiten von Zielerreichung durch zunehmende Einschränkungen und Belastungen sowie eine allgemeine Verminderung von Ressourcen wird eine Rekalibrierung des individuellen Ziel- und Wertesystems zum Erhalt der Zufriedenheit notwendig. Von verschiedenen Seiten werden Prozesse subjektiver, idiografischer Konstruktion sozialer und physischer Faktoren beschrieben, die heterogene, subjektive „Wirklichkeiten“ hervorbringen, innerhalb derer das Subjekt agiert (vgl. Derry, 1992; Kelly, 1955/1991; Schmidt, 2003). Im Gesundheitskontext sind es beispielsweise subjektive Krankheits- und Gesundheitstheorien, die nicht nur einen großen Einfluss auf das konkrete Verhalten (z. B. Therapie-Compliance) angesichts einer bestimmten Krankheitssituation haben, sondern auch maßgeblich für die wahrgenommene Lebensqualität und Zufriedenheit sein können (Bengel & Belz-Merk, 1997; Philipp & Aymanns, 1997). Speziell für ältere Menschen sind subjektive Vorstellungen zum Alter und Alterungsprozess bzw. daraus abgeleitete subjektive Altersnormen von Bedeutung für die Einschätzung der individuellen Lebenssituation (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989; Steverink & Timmer, 2001). Vorstellungen von Lebensqualität sind damit wesentlich determiniert von sozial-kulturellen Traditionen und Wertvorstellungen einerseits und Erkenntnissen zum biologisch-physiologischen Entwicklungsverlauf mit seinen Potentialen und Grenzen andererseits (Baltes, 1997; Gerok & Brandtstädter, 1992; Mayer, Baltes, Gerok, Häfner, Helmchen, Kruse et al., 1992). Dies gilt sowohl bei der Betrachtung von subjektiven, individuellen Vorstellungen von Lebensqualität als auch – vermutlich umso mehr – wenn objektive, normative Kriterien gefunden werden sollen. Gleich, welche Betrachtungsweise: In unterschiedlichen Teilpopulationen mit differentiellen soziodemografischen und physiologischen Profilen werden unterschiedliche Maßstäbe des guten und erfolgreichen Lebens und Alterns vorherrschen.

Nicht nur die große Zahl multimorbider alter Menschen rechtfertigt eine genauere Beschäftigung mit Multimorbidität, ihren Korrelaten und Epiphänomenen. Auf der individuellen Ebene sprechen das oftmals hohe Maß an funktionellen Einbußen sowie die daraus resultierenden subjektiven und objektiven Beeinträchtigungen in der Lebensführung für die intensive Beschäftigung mit dieser Patientengruppe. Multimorbidität ist ein Krankheitsphänomen, welches auf vielen Ebenen des Lebens Anpassungsleistungen und Kompensationsstrategien herausfordert. Obwohl eine solche Konstellation von Erkrankungen auf Grund ihrer vielfältigen Manifestationen von den Betroffenen sehr unterschiedlich erlebt und bewältigt wird, scheint ihr Einfluss auf die Lebensqualität groß zu sein. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit werden aus der individuellen Perspektive von Menschen in dieser scheinbar stark benachteiligten Bevölkerungsgruppe Quellen der Lebensqualität ausgemacht und ein Instrument entwickelt, das ein differenziertes Bild der Ausprägungen subjektiv erlebter Lebensqualität zu zeichnen vermag.

Die Heterogenität der Lebenssituationen und Symptommuster in der Gruppe der multimorbiden älteren Menschen erfordert ein heterogenes Messinstrument, das in der Lage ist, die große Variationsbreite individueller Konstruktionen von Lebensqualität adäquat abzubilden. Der in dieser Arbeit entwickelte Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen (FLQM) stellt ein solches Messinstrument dar: Er ermöglicht die individuumsspezifische Rekonstruktion subjektiver Vorstellungen davon, was „Lebensqualität“ bedeutet und bietet so einerseits einen psychometrisch fundierten Ansatz zur Evaluation der wahrgenommenen Lebensqualität und andererseits Ansatzpunkte zur patientenzentrierten Versorgungsplanung und –optimierung.

Diese Arbeit ist im Kontext eines multidisziplinären Graduiertenkollegs in engem Austausch mit Pflegewissenschaftlern und potenziellen Anwendern entstanden, mit dem Anspruch praktischer Verwertbarkeit und Anwendbarkeit. Die Argumentation erfolgt daher verstärkt aus einer gerontologischen (und nicht rein psychologischen) Perspektive und orientiert sich auch an den praktischen Bedarfen und Herausforderungen des Versorgungsalltags.

1.2 Alter(n) und Krankheit

1.2.1 Heterogenität im Alter: Junge Alte und alte Alte

Die Kriterien zur Beantwortung der scheinbar so einfachen Frage, wann ein Mensch als „alt“ zu bezeichnen ist, sind umstritten (Wahl & Rott, 2002). Häufig wird in Anlehnung an das arbeitsrechtlich vorgesehene Rentenalter der Teil der Bevölkerung als „alt“ bezeichnet, der das 65. Lebensjahr überschritten hat. Dieses Kriterium verwässert jedoch in zunehmendem Maße, da der tatsächliche Eintritt ins Rentenalter sich seit Jahren in den Industrienationen immer weiter zur Lebensmitte hin verlagert. Aus demographischer Perspektive wäre eine sinnvolle Zäsur bei 50 % Mortalität einer Kohorte möglich. Diese liegt momentan in Deutschland für Frauen bei 84 Jahren, für Männer bei 78 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2004). Damit würde die Schwelle vergleichsweise hoch angesetzt und erscheint eher bei der weiteren Differenzierung der Alten in „junge und alte Alte“ nutzbringend (vgl. Neugarten, 1979). Ein ebenfalls statistisch bedeutsames Kriterium, welches sowohl ökonomischen als auch medizinischen Aspekten Rechnung trägt, ist der Anteil der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung. Ein exponentieller Anstieg der im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes Pflegebedürftigen lässt sich ab dem 65. Lebensjahr beobachten (Pick, Brüggemann, Grote, Grünhagen & Lampert, 2004).

Bernice Neugarten war eine der ersten, die eine weitere Unterscheidung zwischen *young-old* und *old-old* propagierte (Neugarten, 1979). Waren ihre Überlegungen noch vornehmlich soziologisch begründet, hat sich in den letzten Jahren gerontologischer und gerontopsychologischer Forschungsaktivität herauskristallisiert, dass eine solche Differenzierung des großen und phylogenetisch sehr jungen Entwicklungsabschnitts Alter sich auch empirisch begründen lässt (vgl. Baltes & Smith, 2003). Angesichts einer vielfach belegten großen Heterogenität im Alter, sowohl was die kognitive Leistungsfähigkeit (vgl. Reischies & Lindenberger, 1996; Schaie, 1996) als auch die physische (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002; Zank, Wilms & Baltes, 1997) und die psychische Gesundheit (vgl. Häfner, 1992; Helmchen, Baltes, Geiselman, Kanowski, Linden, Reischies et al., 1996) anbelangt, hat sich vielfach eine differenziertere Terminologie durchgesetzt. In Anlehnung an Neugarten werden häufig die „jungen Alten“, die älter als 65 Jahre sind, den „alten Alten“ oder „Hochbetagten“, welche 80 Jahre oder länger gelebt haben, gegenübergestellt (Wahl & Rott, 2002). Die relativ kleine, doch stark wachsende Gruppe der über 100jährigen wird gelegentlich darüber hinaus als „Langlebige“ oder „centenarians“ bezeichnet. Selbstverständlich ist die Setzung

einer „Grenzmarke“ um das 80. Lebensjahr herum mehr oder weniger willkürlich; viele ältere Menschen weisen deutlich positivere Profile auf, als landläufige, meist stark negativ getönte Altersbilder sie zeichnen (vgl. Heckhausen et al., 1989). Jenseits des 80. Lebensjahres häufen sich jedoch negative biopsychosoziale Funktionsprofile, so dass die Aufrechterhaltung eines unabhängigen, produktiven und erfüllenden Lebensstils zunehmend schwieriger wird (Smith & Baltes, 1997; Wahl & Rott, 2002). Zahlreiche Befunde deuten auf dieses Alter als eine Art selektive Schwelle hin (vgl. Baltes, 1998; Kruse & Schmitt, 2002; Smith, 2003; Smith & Baltes, 1997; Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002; Wahl & Rott, 2002): Der Anteil der Demenzerkrankungen entwickelt sich über das Alter exponentiell, mit einem dramatischen Anstieg dieser Krankheitsformen ab dem 80. Lebensjahr bis auf über 40 % bei den über 90jährigen (Fischer, Junius-Walker, Aeffner, Doering, Karst, Riesberg et al., 2002; Häfner, 1992). Die sensorischen Fähigkeiten nehmen jenseits des 80. Lebensjahres stark ab (Marsiske, Delius, Maas, Scherer & Tesch-Römer, 1996; Schieber, 2006); ähnlich ungünstig entwickeln sich häufig die sozialen Beziehungen, besonders bei Heimbewohnern (Ferring & Filipp, 1999; Kruse & Wahl, 1999; Wagner, Schütze & Lang, 1996).

Diese Tendenzen dürfen jedoch nicht als vollkommene Homogenisierung der Bevölkerung im hohen Alter missverstanden werden. Trotz eines ähnlich starken Abbaus der Funktionsfähigkeit, beispielsweise im kognitiven Bereich oder der Alltagskompetenz, bleibt auch im hohen Alter eine beachtliche Streubreite aufgrund sehr unterschiedlicher Ausgangspunkte der Entwicklung bestehen (Baltes, Maas, Wilms & Borchelt, 1996; Lehr & Thomae, 1987; Reischies & Lindenberger, 1996). Unterschiedlich günstige Risikoprofile, Veranlagungen und Opportunitätsstrukturen resultieren dennoch auch im hohen Alter in einem hohen Maß an interindividueller Variabilität von Leistungsfähigkeit und Gesundheit - dies diskreditiert das chronologische Alter als alleiniges Prognosekriterium individueller Entwicklung alter Menschen (Maddox, 1987; McClearn, 1997; Perls, 1995). Unter anderem wird zunehmend das subjektive Alterserleben (*subjective age*) als Indikator für physische und psychische Gesundheit Älterer diskutiert (Montepare & Clements, 2001; Settersten & Mayer, 1997; Steverink & Timmer, 2001).

1.2.2 Normale altersbedingte Veränderungen des menschlichen Organismus

Weder ist das Alter(n) an sich eine Krankheit, noch geht Alter zwangsläufig mit Krankheit einher. Beide Prozesse sind zwar eng miteinander verknüpft, müssen aber nichtsdestoweniger klar unterschieden werden (Hayflick, 1998; Whitbourne, 1996). Es steht unzweifelhaft fest, dass mit dem Alter das Risiko bestimmter Erkrankungen und Funktionseinschränkungen wächst. Viele Organsysteme zeigen normale, altersbedingte Veränderungen (Anschütz, 1991; Ding-Greiner & Lang, 2004; vgl. Kage, Nitschke, Fimmel & Köttgen, 1996). Dieser Alterungsprozess verläuft jedoch auf der Ebene einzelner organischer Subsysteme eines Menschen sowohl *intra-* als auch *interindividuell* in unterschiedlichem Tempo und Ausmaß. Da das „biologische Alter“ einzelner Organsysteme beträchtlich vom kalendarischen abweichen kann, ist das chronologische Alter als alleinige Grundlage für eine Bestimmung des Alterungsstadiums eines Organismus somit nicht ausreichend (Ding-Greiner & Lang, 2004). Dies schlägt sich unter anderem in der großen Variabilität gesundheits- und funktionsbezogener Variablen im Alter wieder (vgl. Gerok & Brandtstädter, 1995; Maddox, 1987; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Die Identifikation konkreter, valider Biomarker des Alters und Alterns stellt somit eine große Herausforderung dar (Kage et al., 1996; McClearn, 1997).

Normale altersbedingte Veränderungen betreffen u. a. das kardiovaskuläre System: Die Herzfrequenz nimmt mit dem Alter bei einer gleichzeitigen Erhöhung des Schlagvolumens ab, die maximale Belastbarkeit verringert sich deutlich, während die nötigen Erholungsphasen länger werden. Zudem steigt die Gefahr von Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, ein Risiko, das jedoch maßgeblich von Faktoren der Lebensführung beeinflusst wird (vgl. Becker, 1997; Schwarzer, 1997; Whitbourne, 1996; Zank et al., 1997). Auch Körperbau und Mobilität sind altersbedingten Veränderungen unterworfen: Während Knochenmineralgehalt und Gesamtmenge der Knochenmasse abnehmen, verringern sich Ausmaß und Ausdauer von Muskelkontraktionen aufgrund von Veränderungen in der Aktivität von Muskelstoffwechsellzymen. Zudem nimmt die Beweglichkeit der Gelenke ab. Im Verbund begünstigen diese Faktoren Stürze und Frakturen (vgl. Moreland, Richardson, Goldsmith & Clase, 2004; Pendergast, Fisher & Calkins, 1993). Eine weitere wichtige alterskorrelierte Veränderung ist die zunehmende Beeinträchtigung aller sensorischen Systeme, am deutlichsten bemerkbar bei Sehkraft, Hörvermögen und Gleichgewichtssinn. Diese kann starke Auswirkungen auf Alltagsaktivitäten und soziale Interaktionen nach sich ziehen und führt möglicherweise zu

einer vermehrten Abhängigkeit (Schieber, 2006; Wahl & Tesch-Römer, 2001). Insbesondere Beeinträchtigungen des Gleichgewichtssinns erhöhen neben sensorischen Beeinträchtigungen das Sturz- und Verletzungsrisiko alter Menschen erheblich (Woollacott, 1993).

Ebenso wie es altersbedingte Veränderungen und Risiken gibt, zeigt sich aber auch, dass in fast allen Lebensbereichen Potenziale und Ressourcen alter Menschen vorhanden sind (Böhmer, 2003; Gerok & Brandtstädter, 1995; Whitbourne, 1996). Ihre Förderung und Begünstigung ist ein Baustein „erfolgreichen“ Alterns, im Sinne des Erhalts von Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und funktioneller Gesundheit im Alter (vgl. Lindenberger, 2000; Wahl & Tesch-Römer, 1998). Viele der altersbedingten physiologischen Veränderungen und Beeinträchtigungen lassen sich durch gezielte Interventionen kompensieren. Im günstigsten Fall werden diese schon in jüngeren Jahren präventiv eingeleitet, beispielsweise durch gezieltes Gesundheitsverhalten. Ernährung, Verzicht auf Tabak- und Alkoholkonsum sowie körperliche Aktivität spielen hier eine große Rolle, besonders in Bezug auf muskuloskeletale und kardiovaskuläre Risiken bzw. Erkrankungen (Schwarzer, 1997; Whitbourne, 1996). Selbst im höheren Alter können gezielte Präventionsmaßnahmen noch erfolgreich sein (Rowe, 1999).

1.2.3 Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und objektiver Gesundheitsstatus

Von wenigen unentdeckten Erkrankungen abgesehen, sollten Menschen das Ausmaß ihrer Krankheit bzw. Gesundheit gut einschätzen können. Die Annahme scheint also gerechtfertigt, dass sich die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und der objektive Gesundheitszustand weitgehend decken. Die Zusammenhänge stellen sich empirisch jedoch weitaus komplexer dar. Vereinfachend lassen sich zwei Dinge vorausschicken: Erstens überschätzen Menschen im Allgemeinen ihren Gesundheitszustand. Zweitens verstärkt sich diese Tendenz mit zunehmendem Alter bei gleichzeitig im Schnitt abnehmendem objektivem Gesundheitsstatus. Diese Beobachtungen bedürfen der Erklärung und genauerer Betrachtung der beteiligten Größen.

Man kann grob zwischen drei Ebenen der körperlichen Gesundheit unterscheiden (vgl. Pinquart, 2001):

1. *Objektiver Gesundheitsstatus*. Objektive Gesundheit kann unterschiedlich operationalisiert werden, da es keinen verbindlichen Marker für die allgemeine Gesundheits- oder Krankheitsausprägung einer Person gibt. Das Adjektiv „objektiv“ legt

jedoch nahe, dass es sich hierbei um beobachterunabhängig feststellbare Tatbestände handeln soll, die von Laborparametern des Blutes oder Urins, über Dauer und Häufigkeit der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen bis hin zu ärztlichen Diagnosen reichen können (vgl. Pinguart, 2001; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Der objektive Gesundheitsstatus soll Auskunft über den tatsächlichen Zustand des Organismus geben.

2. *Funktionelle Kapazität.* Hierunter sind alle Aspekte der körperlichen Gesundheit zu fassen, die im weitesten Sinne Exekutivfunktionen und Sinnesmodalitäten eines Menschen betreffen. Es handelt sich dabei nicht um Krankheiten, sondern einerseits um Krankheitsfolgen und andererseits um normale alterskorrelierte Abbauprozesse (vgl. Borchelt, Gilberg, Horgas & Geiselman, 1996; Stuck, Walthert, Nikolaus, Bula, Hohmann & Beck, 1999). Indikatoren der funktionellen Kapazität sind beispielsweise die maximale Handkraft, maximale Gehstrecke, Gleichgewicht, Standsicherheit, Muskeltonus, auditive und visuelle Fähigkeiten sowie Skalen zu den Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. ADL: Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963; IADL: Lawton & Brody, 1969). Im Allgemeinen „leidet“ ein Patient insbesondere an den Einschränkungen der funktionellen Gesundheit, die eine gegebene Krankheit mit sich bringt (Bowling, 1996; Kruse, 1992a).

3. *Subjektive Gesundheit.* Hierunter ist die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes durch den Patienten zu verstehen. Häufig wird die subjektive Gesundheit global erhoben: „*Wie schätzen Sie Ihre eigene Gesundheit im Augenblick ein?*“. Selbstverständlich können jedoch auch einzelne Aspekte des Gesundheitserlebens erfragt werden – dies geschieht in der Medizin häufig unter der Bezeichnung „Lebensqualität“ oder „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (vgl. Brenner, 1995; Leplege & Hunt, 1997; Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Viele der theoretisch objektivierbaren Maße von Gesundheit werden als subjektive Berichte erhoben, z. B. Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten, Arztbesuche oder Medikation. Diese Berichte werden dennoch nur sehr selten zur subjektiven Gesundheitseinschätzung im engeren Sinne gerechnet, sondern dienen häufiger als Indikatoren des (objektiven) Gesundheitsstatus (vgl. Fortin, Lapointe, Hudon, Vanasse, Ntetu & Maltais, 2004).

Die Unterscheidung zwischen diesen drei Ebenen hat keineswegs rein akademischen Wert. Vielmehr fanden sich empirisch differentielle Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen dieser Gesundheitsindikatoren (Borchelt et al., 1996;

Pinquart, 2001). Die meisten Untersuchungen weisen auf eine nur schwache Beziehung zwischen objektivem und subjektivem Gesundheitszustand hin. Es scheint, dass sich die subjektive Gesundheitseinschätzung über das Alter weniger ungünstig entwickelt, als das gleichzeitig steigende Morbiditätsrisiko vermuten ließe: Ältere Menschen schätzen ihren Gesundheitszustand trotz bestehender Risiken und Einschränkungen häufig unerwartet positiv ein (Borchelt et al., 1996; Grimby & Svanborg, 1997; Idler, 1993; Yi & Vaupel, 2002). Die subjektive Gesundheitseinschätzung scheint mit zunehmendem Alter somit weniger stark vom objektiven Gesundheitszustand abzuhängen als in jüngeren Jahren (vgl. Lehr, 1987; Zank et al., 1997). Die Stärke des Zusammenhangs variiert zudem in Abhängigkeit von den verwendeten Indikatoren und bewegt sich im Rahmen von 5% bis 30% gemeinsamer Varianz (Pinquart, 2001). Diese Beobachtungen sprechen dagegen, subjektive Gesundheit als direkte Reflektion des physischen Gesundheitsstatus zu sehen. Engere Beziehungen fanden sich jedoch zwischen subjektiver Gesundheit und Maßen des subjektiven Wohlbefindens (Lebenszufriedenheit, Angst, Depressivität) sowie *sense of coherence* (vgl. Schneider, Driesch, Kruse, Wachter, Nehen & Heuft, 2004).

Auf einer alltagsnahen Ebene haben beispielsweise LaRue, Bank, Jarvik und Hetland (1979) die Gesundheitseinschätzungen von Ärzten und Patienten verglichen. Dabei fanden sie zwar einen signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Maßen, jedoch tendierten die Mediziner grundsätzlich zu einer negativeren Einschätzung des Gesundheitszustandes als die Patienten selbst. Mellner und Lundberg (2003) verglichen die allgemeinen Gesundheitseinschätzungen von 369 Frauen und die entsprechenden Einschätzungen von Ärzten. Auch hier attestierten die Ärzte etwa 12% der Frauen einen schlechten Gesundheitszustand, jedoch lediglich 6% der Frauen sich selbst. In noch deutlicherem Maße zeigt sich dies in einigen Befunden der ‚Bonner gerontologischen Längsschnittstudie‘ (BOLSA): Etwa ein Drittel der Frauen und die Hälfte der befragten Männer schätzten ihre Gesundheit optimistischer ein, als ein Arzturteil erwarten ließ (Lehr, 1987).

Ein engerer Zusammenhang zeigt sich dagegen zwischen Maßen der funktionellen Kapazität und der objektiven Gesundheit (Borchelt et al., 1996; Nybo, Gaist, Jeune, McGue, Vaupel & Christensen, 2001; Yi & Vaupel, 2002). In dem Maße wie gesundheitliche Einschränkungen direkte körperliche Einschränkungen zur Folge haben, werden diese anscheinend stärker in die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes einbezogen (vgl. Mellner & Lundberg, 2003; Reyes-Gibby, Aday &

Cleeland, 2002). Es gibt Hinweise darauf, dass mit zunehmendem Alter ADL- und IADL-Indikatoren, also die Fähigkeit zur unabhängigen Lebensführung, anstelle objektiver Kriterien zur Erklärung der Varianz in subjektiven Einschätzungen der eigenen Gesundheit herangezogen werden können (Borchelt et al., 1996).

Im folgenden Abschnitt werden subjektive und objektive Gesundheitseinschätzungen nochmals aufgegriffen und hinsichtlich der Prävalenzen einzelner Erkrankungen und multiplen Krankheitsgeschehens verglichen.

1.2.4 Morbiditätsstrukturen im Alter

Zuverlässige, aktuelle epidemiologische Daten aus Deutschland zur Prävalenz von Erkrankungen im Alter sind rar (von Renteln Kruse, 2001). Es handelt sich dabei um ein generelles epidemiologisches Problem der Datengrundlage: Bei der Betrachtung von beispielsweise Krankenkassendaten tritt ein nicht unerheblicher Teil der tatsächlich vorhandenen Morbidität nicht zutage, da hier lediglich die ärztlich diagnostizierten Erkrankungen protokolliert sind (van den Akker, Buntinx, Roos & Knottnerus, 2001). Ähnliches gilt für Surveys und Feldstudien, bei denen Personen direkt nach ihren Erkrankungen befragt werden: Abgesehen von bewusster Verzerrung der Daten (z. B. durch Verschweigen von Krankheiten) werden auch hier nur diagnostizierte oder in ihren Symptomen spürbare Erkrankungen berichtet, nicht sämtliche tatsächlich vorliegenden (*underreporting*). Für eine exakte Bedarfsbestimmung sind repräsentative Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung bezüglich *aller* Erkrankungen (im Gegensatz zu ausgewählten Gesundheitsbereichen) notwendig. Diese sind jedoch höchst aufwändig und werden entsprechend selten realisiert (Weyerer, 2000; vgl. Mayer & Baltes, 1996).

Das Robert Koch-Institut hat auf Grundlage des Bundesgesundheits surveys von 1998 alters- und geschlechtsgruppenspezifische Prävalenzschätzungen von Mehrfacherkrankungen in der BRD durchgeführt (Robert Koch-Institut, 2003). Demnach bestand bei 47,15 % der Männer und 62,5 % der Frauen von 60 bis 79 Jahren eine Jahresprävalenz von mindestens 3 unterschiedlichen Erkrankungen. Für Männer steigt die über eine Trendfunktion errechnete Prävalenzrate von mindestens zwei unabhängigen Krankheiten mit dem Alter kontinuierlich an, für Frauen liegt die maximale Prävalenz in der Altersgruppe der 75 bis 79 jährigen – danach fällt sie stark ab (vgl. Tabelle 1).

Die für die Westberliner Bevölkerung repräsentative Stichprobe der Berliner Altersstudie (BASE; Mayer & Baltes, 1996) erlaubt eine Abschätzung der

Morbiditätsstruktur städtischer deutscher Männer und Frauen von 65 Jahren und älter. Im Zuge der BASE wurden im Rahmen eines ausführlichen geriatrischen Assessments umfangreiche physiologische, neurologische und funktionelle Untersuchungen vorgenommen. Die daraus resultierenden Diagnosen wurden in einer Konsensuskonferenz beteiligter Geriater abgeklärt (für das genaue Vorgehen und die erhobenen Parameter vgl. Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996 bzw. Mayer & Baltes, 1996). In Tabelle 2 sind die subjektiv berichteten und objektiv festgestellten Prävalenzen von mittel- bis schwergradigen Erkrankungen (nach ICD-9) dieser Bevölkerungsstichprobe dargestellt.

Tabelle 1 *Altersspezifische Prävalenzraten von Multimorbidität nach Altersklassen und Geschlecht*

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
60-64	60,55 %	75,44 %	68,16 %
65-69	65,83 %	79,39 %	73,05 %
70-74	70,40 %	81,22 %	76,87 %
75-79	74,09 %	80,20 %	78,20 %
80-84	76,76 %	75,46 %	75,83 %
85-90	78,24 %	66,08 %	69,12 %

Modifiziert nach Robert Koch-Institut, 2003, Tabelle 12, S. 38.

Tabelle 2 *Prävalenzraten mittel- bis schwergradiger Erkrankungen über 70jähriger*

Diagnose	Prävalenz mittel- bis schwergradiger Erkrankungen			
	objektiv	Rang	subjektiv	Rang
Fettstoffwechselstörung	36,9 %	1	-	-
Venenleiden	36,2 %	2	9,7 %	5
Zerebralarteriosklerose	15,2 %	8	6,1 %	7
Herzinsuffizienz	24,1 %	4	25,1 %	2
Osteoarthritis	31,6 %	3	32,1 %	1
Dorsopathien	20,6 %	5	20,4 %	3
Hypertonie	18,4 %	6	0,8 %	8
Harninkontinenz	7,6 %	9	6,8 %	6
Arterielle Verschlusskrankheiten	18,4 %	6	10,4 %	4
Mind. 1 Diagnose	96,0 %	-	71,3 %	-
5 und mehr Diagnosen	30,2 %	-	6,0 %	-

Modifiziert nach Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996

Wie in Anbetracht der Ausführungen zu subjektivem und objektivem Gesundheitszustand zu erwarten, besteht eine große Diskrepanz (fast 24 Prozentpunkte) zwischen objektiv festgestellter und subjektiv berichteter Multimorbidität. Genauso finden sich in den meisten Fällen deutlich geringere Prävalenzangaben für die einzelnen Erkrankungen aus subjektiver gegenüber solchen aus objektiver Sicht. Ausnahmen bilden hier Harninkontinenz, Herzinsuffizienz, Osteoarthrosen und Rückenleiden. Im Zusammenhang damit fällt ebenfalls auf, dass die Rangfolge der subjektiv berichteten Morbiditäten sich von der objektiven Rangfolge der Häufigkeiten unterscheidet: Die beiden objektiv am häufigsten diagnostizierten mittel- bis schwergradigen Erkrankungen, Stoffwechselstörungen und Venenleiden, stehen subjektiv eher im Hintergrund bzw. werden nicht berichtet. Subjektiv treten vielmehr die Erkrankungen des Bewegungsapparates und Herzleiden in den Vordergrund. Dieser Umstand lässt sich unter anderem darauf zurückführen, dass letztgenannte Krankheitsbilder mit starken subjektiven Einschränkungen und Schmerzen verbunden sind, die das Krankheitserleben maßgeblich beeinflussen (Mellner & Lundberg, 2003; Reyes-Gibby et al., 2002).

Weyerer und Schäufele (Weyerer & Schäufele, 1999) haben Aufstellungen der versorgungsbegründenden Diagnosen von über 65jährigen Patienten von Mannheimer Sozialstationen sowie der häufigsten Erkrankungen von Bewohnern in 20 Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen veröffentlicht, welche die Angaben aus der Berliner Altersstudie in Bezug auf die pflegebedürftige Population ergänzen. Auch aus der Forschungsgruppe um Schneekloth gingen mehrere Studien zu Gesundheitssituation, Versorgungsbedarf und funktionalen Einschränkungen pflegebedürftiger älterer Menschen hervor (z. B. Schneekloth, 2006; Schneekloth & Wahl, 2005). Diese können ebenfalls als Ergänzungen zu den Daten über die ältere Allgemeinbevölkerung angesehen werden.

Multimorbidität wird als eines der besonderen Merkmale geriatrischer Patienten hervorgehoben (vgl. folgender Abschnitt). Mit dem Alter nimmt jedoch nicht nur die Anzahl der Diagnosen zu, sondern es entwickeln diese auch eine andere Qualität dahingehend, dass chronische Verläufe und progressive Erkrankungen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen stark zunehmen (Böhmer, 2000; van den Akker, Buntinx, Metsemakers, Roos & Knottnerus, 1998; von Renteln Kruse, 2001). Darüber darf gleichzeitig nicht vergessen werden, dass Multimorbidität mehr bedeutet als eine Häufung von Krankheiten. Vielmehr hat dieses Phänomen Auswirkungen auf allen Ebenen des Lebens der Betroffenen (Borchelt et al., 1996; Kruse, 1992a, 1992b; Robert Koch-Institut,

2003). Eine ganzheitliche Betrachtung multimorbider alter Menschen bedeutet die Einbeziehung auch von psychosozialen und psychiatrischen Besonderheiten. Die enge Interdependenz von Ursachen und Konsequenzen der Multimorbidität erfordert einen interdisziplinären Perspektivenabgleich, der eine konstruktive Einschätzung der Situation Betroffener und die Konzeption wirkungsvoller Interventionsansätze ermöglichen kann (Franke & Schramm, 1993; Holzhausen, Bornschlegel & Mischker, 2006; Kruse, 1992a; van den Akker, Buntinx, Metsemakers, van der & Knottnerus, 2001).

1.2.5 Multimorbidität und Polypathie - Definitionsansätze und Abgrenzungen

Der Terminus „Multimorbidität“ bezeichnet technisch gesprochen mehrere nebeneinander bestehende signifikante Erkrankungen, die gleichwertige Hauptdiagnosen sind (Böhmer, 2000; Franke & Schramm, 1993; van den Akker, Buntinx & Knottnerus, 1996). Es besteht jedoch kein allgemeiner Konsens, ab welcher Anzahl tatsächlich von Multimorbidität gesprochen wird. Einige Untersuchungen bezeichnen bereits zwei gleichzeitig vorliegende Krankheiten als Multimorbidität (z. B. Menotti, Mulder, Nissinen, Giampaoli, Feskens & Kromhout, 2001; van den Akker et al., 1998; Robert Koch-Institut, 2003). Als im Gegensatz dazu eher hohes Kriterium, wie es beispielsweise in der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996) und dem vierten Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ, 2002) Verwendung findet, mag gelten, fünf und mehr behandlungsbedürftige ärztliche Diagnosen als Multimorbidität zu bezeichnen. Eine einheitliche sprachliche Regelung besteht jedoch nicht, sehr zum Nachteil der Vergleichbarkeit unterschiedlicher Studien (Fortin et al., 2004).

Eine begriffliche Verwirrung wird in vielen Veröffentlichungen durch mangelnde Abgrenzung des Begriffs „Multimorbidität“ von verwandten Konstrukten gefördert. Beispielsweise bezeichnet der Begriff „Polypathie“ das gleichzeitige Vorhandensein von (ruhenden) Altersleiden und Gebrechen, die meist nur als Nebendiagnosen geführt werden (Böhmer, 2000; Ding-Greiner & Lang, 2004; Franke & Schramm, 1993). Dagegen verweist der Ausdruck „Komorbidität“ gemeinhin auf Nebendiagnosen bei einer oder mehreren Hauptdiagnosen, welche im Vordergrund stehen. In diesem Kontext ist zudem eine Unterscheidung zwischen kausal abhängigen Kombinationserkrankungen auf der einen und kausal unabhängigen Begleiterkrankungen auf der anderen Seite sinnvoll (Fortin et al., 2004; Schramm, 1988; Schramm, Franke & Chowanetz, 1982). Auch hier ist jedoch eine hohe Ambiguität der Begrifflichkeiten zu beklagen (van den Akker et al., 1996). Im

Alter nehmen gemeinhin die kausal abhängigen Erkrankungen zu, was sich in Form typischer Krankheitsketten manifestiert. Ein Leiden (wie beispielsweise ein Lungenemphysem), welches die Reservekapazität eines Organs kontinuierlich erschöpft, kann sich durch relativ geringe externe Einflüsse (wie Infektionen) zu einem aktiven Krankheitsbild (z. B. Pneumonie) entwickeln, welches wiederum andere Altersgebrechen (beispielsweise eine latente Herzinsuffizienz) dekomensieren kann (vgl. Ding-Greiner & Lang, 2004; Schramm, 1988). Um eine Verbesserung der Vergleichbarkeit von Studien und einen größeren Nutzen für Forschung und Praxis zu gewährleisten, mahnen einige Autoren nachdrücklich eine Vereinheitlichung der Definitionen und Abgrenzungen der Begriffe Multimorbidität und Komorbidität an (Fortin et al., 2004; van den Akker et al., 1996).

Multimorbidität bezieht sich nicht ausschließlich auf physiologische Krankheiten oder pathologische Organveränderungen. Der Begriff gilt genauso für psychiatrische und psychische Erkrankungen, welche im Alter ähnlich hohe (z. B. für Depression oder Angsterkrankungen) oder sogar höhere Prävalenzen (z. B. für ein Delir oder eine demenzielle Erkrankung) aufweisen als im mittleren Erwachsenenalter (vgl. Häfner, 1992). Diese Sichtweise steht in Einklang mit der Gesundheitsdefinition in der Verfassung der WHO: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being [...]*“ (WHO, 1946). Wie sich in einer systematischen Literaturbetrachtung zu Multimorbidität und Lebensqualität von Fortin et al. (2004) zeigt, wird gerade im medizinischen Sektor bei der Betrachtung von „Multimorbidität“ dennoch in den meisten Publikationen die psychiatrische bzw. psychische Morbidität von Patienten vernachlässigt oder ganz ausgeblendet.

Bedauerlicherweise gibt es bis heute kein verbindlicher multidisziplinärer Rahmen für die Betrachtung der Multimorbidität. Da es das Anliegen dieser Arbeit bei weitem übersteigt, einen solchen Rahmen zu entwickeln, wird das Verständnis von Multimorbidität im vorliegenden Kontext im Wesentlichen auf ihre medizinisch-somatischen Aspekte beschränkt. Pflegerische und psychosoziale Gesichtspunkte werden am Rande hinzugezogen. Ebenso kann der Verflechtung von Ursachen, Korrelaten und Konsequenzen auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene nur in eingeschränktem Umfang Rechnung getragen werden.

1.3 Lebensqualität

Was versuchen wir eigentlich zu messen, wenn wir „Lebensqualität“ messen? Ist Lebensqualität abhängig von der spezifischen Komposition von materiellen Ressourcen, Gesundheits- und Lebensbedingungen oder wird sie gespiegelt in Zufriedenheit und Wohlbefinden eines Menschen? Ist es eine Qualität von Bedingungen oder eine Qualität des Erlebens? Im Verlauf der folgenden Abschnitte soll versucht werden, sich diesen Fragen zu nähern. Dabei geht es weniger um den Beleg für die Wahrheit bestimmter Ansätze als um die Bewertung der Angemessenheit dieser Ansätze in einem bestimmten Kontext: Der Erfassung von Lebensqualität multimorbider älterer Menschen.

Unabhängig von der Lokalisation der Quelle von Lebensqualität – Bedingungen oder Erleben – sind alle Messungen von Lebensqualität Urteile, die von einer Person über einen konkreten (Bedingungen) oder abstrakten (Erleben) Gegenstand gefällt werden. Innerhalb der Human- und Gesundheitswissenschaften gibt es keine eindeutige und einheitliche Definition des Begriffs Lebensqualität – die zu beurteilenden Gegenstände werden in sehr unterschiedlicher Weise bestimmt. Dennoch: Urteile beinhalten *immer* eine Bewertung – ein Urteil über Lebensqualität wird von Bewertungen bestimmter Lebensbereiche und Lebensumstände oder von Faktoren, welche diese beeinflussen, determiniert (vgl. Leventhal & Colman, 1997). „Lebensqualität“ ist somit *nie* eine den Umständen, der Situation oder Person inhärente Größe. Selbst die extremste materialistische Perspektive beinhaltet ein relatives, komparatives Element, nämlich den Vergleichsstandard.

Im Vergleich empirischer Studien zur Lebensqualität untereinander erweist es sich als höchst problematisch, wie stark sich die verwendeten Definitionsansätze unterscheiden. Veenhoven (2000, S.1) verdichtet diesen Umstand zu der Aussage, dass „[...] *in the practice of empirical quality-of-life measurement we see comparisons of apples and pears*“. Über diese Unterschiedlichkeit auf Operationalisierungsebene hinaus mangelt es dem Begriff zudem häufig an konzeptueller Klarheit (Hunt, 1997). Rosenberg (1995) beklagt etwa, dass der Verweis auf die abstrakte Natur des Forschungsgegenstandes wiederholt als Begründung für eine zwar psychometrisch brauchbare, theoretisch aber wenig fundierte Herangehensweise an die Erhebung herangezogen wird. Es ist also nicht nur die mangelnde Vergleichbarkeit unterschiedlicher Untersuchungen und Messinstrumente untereinander (aufgrund unterschiedlicher Operationalisierungen) problematisch, sondern schon die oft mangelhafte Explikation dessen, was genau innerhalb einzelner Ansätze Lebensqualität kennzeichnet bzw. welches Konstrukt Gegenstand der

Erhebung ist (Sanders, Egger, Donovan, Tallon & Frankel, 1998). Trotzdem ist „Lebensqualität“, mit allen Konnotationen, ein verbreiteter Indikator im Kontext von Gesundheit, Krankheit und Rehabilitationserfolg (Filipp & Mayer, 2002; Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Er trägt gleichsam eine Aura der patientenorientierten medizinischen und pflegerischen Versorgung, ungeachtet der tatsächlichen jeweiligen operationalen und inhaltlichen Charakteristika und ihrer Angemessenheit. In jüngerer Zeit wurden einige Taxonomien von Messinstrumenten der Lebensqualität vorgelegt, die auf sehr unterschiedliche Weise versuchen, dieses weite Feld zu strukturieren (z. B. Dijkers, 1999; Farquhar, 1995b; Fitzpatrick, Davey, Buxton & Jones, 1998).

In den folgenden Abschnitten wird eine Begriffsbestimmung von „Lebensqualität“ versucht, welche die Komplexität und Multidimensionalität des Konstrukts widerspiegelt. Es werden die Perspektiven relevanter Wissenschaftsbereiche dargestellt sowie Vor- und Nachteile ausgewählter Erhebungsansätze diskutiert. Besonderes Gewicht wird auf psychologische und gerontopsychologische Konzeptionen von Lebensqualität und gutem, erfolgreichem Altern gelegt. Im Verlauf soll eine Abstimmung psychologischer Ansätze auf medizinisch-pflegerische Anforderungen erfolgen. Schließlich wird die Konzeption von Lebensqualität expliziert, die innerhalb dieser Arbeit tragend ist: Ein Modell individualisierter Erfassung von Lebensqualität und ihrer subjektiven Bestimmungselemente. Zunächst wird jedoch ein Rahmen möglicher Endpunkte der Erhebung aufgespannt, um die kontextuellen Bedingungen herauszustellen, innerhalb derer die Erfassung von Lebensqualität bedeutsam sein kann, und die weiter unten dargestellten konkreten Operationalisierungsansätze einordnen zu können.

1.3.1 Anwendungsbereiche innerhalb der Human- und Gesundheitswissenschaften

Hauptsächlicher Anwendungskontext für die Messung von Lebensqualität ist der Bereich von Medizin und Gesundheit bzw. Krankheit (Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Während die Psychologie per Definition auf das subjektive Erleben fokussiert, ist es eine jüngere Entwicklung im Gefüge medizinischer-pflegerischer Entscheidungsfindung und Beurteilung, dass Aussagen und Bewertungen des Patienten selbst als wichtige Größe berücksichtigt werden (Kastrup & Mezzich, 2001). Die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen haben aus ihren jeweiligen Traditionen heraus Perspektiven und Operationalisierungen von Lebensqualität entwickelt, die zunächst den jeweils fach eigenen Fragestellungen verpflichtet waren. Diese werden weiter unten eingehender betrachtet (vgl.

Abschnitt 1.3.2.2). Je nach Kontext können sehr unterschiedliche Erhebungsverfahren angemessen erscheinen. Das Ausmaß der Übereinstimmung von Urteilen über Lebensqualität, die durch unterschiedliche Erhebungsinstrumente gewonnen werden, kann dementsprechend, in Abhängigkeit von den jeweils betonten Facetten der Lebensqualität, stark variieren (Fava, 1990; Filipp & Mayer, 2002; Fuhrer, 2000).

Filipp und Mayer (2002) haben vier allgemeine Ziele bestimmt, anhand derer sich Messungen der Lebensqualität im Kontext von Krankheit und Behinderung einordnen lassen: Zunächst ist es möglich, Lebensqualität *deskriptiv* im Rahmen der Betrachtung krankheitsspezifischer Auswirkungen auf das Leben und Erleben von Personen zu erheben (z. B. Kilian, Matschinger & Angermeyer, 2001; Sprangers, de Regt, Andries, van Agt, Bijl, de Boer et al., 2000). Es lassen sich dabei sowohl Vergleiche zwischen unterschiedlichen Krankheitsgruppen als auch zwischen verschiedenen Gruppen einer spezifischen Erkrankung ziehen.

Einen empirischen Schwerpunkt bildet die Erhebung von Lebensqualität als *Outcome-Parameter* bei der Evaluation von Interventionen oder Rehabilitationsmaßnahmen. Die Bedeutung von Lebensqualität als Erfolgsindex speziell in der Geriatrie und in der geriatrischen Rehabilitation liegt in veränderten Zielsetzungen gegenüber der Medizin des Erwachsenenalters. Es wird nur selten das Primat der Therapie im Sinne von kurativer Wiederherstellung eines Zustandes von „Gesundheit“ verfolgt. Vielmehr hat im medizinischen Denken eine Verschiebung der Prioritäten stattgefunden, sodass insbesondere im Kontext chronischer oder progredient verlaufender Erkrankungen (z. B. Rheuma, Osteoporose, Diabetes, Krebs oder einer Demenz vom Alzheimer Typ) eine Erhöhung oder zumindest der Erhalt der Lebensqualität von Patienten das vorrangige Ziel ist (Fuhrer, 2000; Higginson & Carr, 2001; Kaplan, 2003; Sanders et al., 1998). Diese Umorientierung fand zum einen statt, da in der Medizin generell zunehmend die Betonung auf einer qualitativen Verbesserung der Gesundheitssituation einzelner Patienten liegt und nicht mehr allein auf einer Verlängerung des Lebens um jeden Preis – dies möglicherweise auf Kosten der Lebensqualität. Es geht stattdessen häufig darum, einen adäquaten Umgang mit Symptomen zu finden und die Funktionsfähigkeit von Betroffenen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu verbessern und zu optimieren (Brenner, 1995; Slevin, 1992; vgl. Baltes & Baltes, 1990b). Zum anderen ist speziell im Alter, wo ein Großteil der Erkrankungen chronisch und progredient verlaufen, eine Heilung im herkömmlichen Sinne meist gar nicht möglich (Böhmer, 2000; Weyerer & Schäufele, 1999). Bei geriatrischen Patienten ist

also aufgrund der vorherrschenden Art der Erkrankungen häufig eine auf den Erhalt des Status quo und der Lebensqualität ausgerichtete Behandlung eher indiziert als eine kurative (O'Boyle, 1997; O'Boyle & Waldron, 1997; Paci, Miccinesi, Toscani, Tamburini, Brunelli, Constantini et al., 2001). Selbstverständlich hat die Bestimmung von Lebensqualität als Outcome-Parameter auch in der nicht geriatrischen Medizin ihren festen Platz.

Ein weiteres Einsatzgebiet von Maßen der Lebensqualität liegt in der *Vorhersage* von Krankheitsverläufen oder Therapie-Compliance einzelner Patienten. Dabei wird eine hohe Lebensqualität vor allem als Ressource bzw. positiver Prädiktor für einen positiven Verlauf betrachtet, beispielsweise bei der postoperativen Genesung oder im Zusammenhang mit Krebserkrankungen (Gerbershagen, Limm & Cieza, 2000; Joyce, 1991; Maltoni, Pirovano, Scarpi, Marinari, Indelli, Arnoldi et al., 1995).

Schließlich werden bei der Analyse von Versorgungsstrukturen und verschiedenen Ansätzen zur *Qualitätssicherung* in Pflege und Versorgung ebenfalls Erkenntnisse über die Lebensqualität von Patienten herangezogen. Lebensqualität gilt dabei meist als *ein* Kriterium bestehender Versorgungs- und Pflegequalität unter vielen (Garms-Homolova & Gilgen, 2000; Higginson & Carr, 2001).

Die sehr unterschiedlichen Anwendungsbereiche für eine Beurteilung von Lebensqualität bedingen unterschiedliche Anforderungen an das jeweilige Erhebungsinstrumentarium. Es wird deutlich, dass in den jeweiligen Kontexten eine differenzielle Gewichtung ausgewählter Facetten der Lebensqualität, beispielsweise eher subjektiver oder objektiver Komponenten, sinnvoll sein kann. Eine Darstellung des Spektrums dieser verschiedenen Facetten ist Inhalt eines der folgenden Abschnitte (vgl. Abschnitt 1.3.3). Zunächst jedoch soll eine Übersicht über verschiedene theoretische Konzeptionen und Zugänge zur Lebensqualität erfolgen.

1.3.2 Begriffsbestimmung von „Lebensqualität“

1.3.2.1 *Vorbemerkung: Schwierigkeiten einer Begriffsbestimmung*

Es ist anzunehmen, dass der Begriff „Lebensqualität“ für den Einzelnen fast unwillkürlich mit bestimmten Vorstellungen verknüpft ist – jeder Mensch würde wohl zustimmen, dass es wünschenswert ist, eine hohe oder gute Lebensqualität zu erfahren. Es verhält sich mit „Lebensqualität“ ähnlich wie mit Begriffen wie „Glück“ oder „Freiheit“: Sie provozieren eine intuitive, individuelle Bedeutungszuschreibung. Gleichzeitig werden sich diese subjektiven Bedeutungszuschreibungen inhaltlich vermutlich stark unterscheiden, denn ein

hypothetisches Konstrukt wie Lebensqualität besitzt keine direkte, objektive Referenzgröße. Als rein formaler Begriff kann er semantisch mehr oder weniger willkürlich definiert werden, ist also in hohem Maße unscharf. In Literaturstudien zu Konzepten und Operationalisierungen von Lebensqualität stechen Ambiguität und Unschärfe des Begriffs hervor (z. B. Farquhar, 1995b; Garratt, Schmidt, Mackintosh & Fitzpatrick, 2002): Deutlich unterschiedliche Konzepte wie „subjektives Wohlbefinden“, „funktionelle Kapazität“, „sozioökonomische Situation“, „Lebenszufriedenheit“, „Gesundheitsstatus“, „soziale Einbindung“ und viele mehr werden herangezogen, um den an sich „inhaltsleere[n] Begriff“ (Filipp & Mayer, 2002, S. 320) mit Bedeutung zu füllen (vgl. Diener & Suh, 1997a). Im gesundheitswissenschaftlichen Kontext ist der Begriff „Gesundheit“ selbst ein weiteres Beispiel für ein solches Konstrukt (vgl. Lawton & Lawrence, 1994, Figure 2.1). In statistischem Sinne handelt es sich um Faktoren zweiter Ordnung, welche über die Erhebung von Faktoren erster Ordnung bzw. über Indikatorvariablen indirekt erschlossen werden müssen. Welche Variablen im Einzelnen dies sind, ist Gegenstand eines breiten Diskurses, der im Verlauf der Folgenden Abschnitte ausschnittsweise beleuchtet werden soll.

Der Begriff „Qualität“ setzt nicht notwendig eine positive Konnotation voraus. Vielmehr bezeichnet er dem Wortsinn nach ganz allgemein „Beschaffenheit“, „Güte“ oder „Wert“ eines gegebenen Objektes (Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion, 2005). Das impliziert, dass Qualität positive und negative Ausprägungen annehmen kann; in diesem Sinne bewegt sich die „Qualität eines Lebens“ auf einem Kontinuum von höchst wünschenswerten bis hin zu höchst unerwünschten und unangenehmen Zuständen (vgl. WHOQoL Group, 1995). Auch in letzterem Fall würde man folgerichtig von „Lebensqualität“ sprechen, nur dass eine so geartete eben nicht erstrebenswert erscheint.

Ein allgemeines theoretisches Modell von Lebensqualität sollte, wie weiter unten dargestellt, multikriterial und multidimensional beschaffen sein. Unterschiedliche Wissenschaftszweige haben sich dem Begriff jedoch je nach ihren Schwerpunkten und Traditionen sehr unterschiedlich angenähert. Ein betrachteter Ausschnitt im Kontext einzelner Fachdisziplinen stellt notgedrungen immer eine Reduktion einer sehr viel komplexeren Struktur dar. Gleichzeitig ist diese Reduktion in praktischen, anwendungsorientierten Kontexten meistens sinnvoll. Sie wird unter anderem durch Überlegungen zur Effektivität, dem praktischen Nutzen, den zeitlichen Möglichkeiten und dem Zweck der Erhebung gerechtfertigt (Diener & Suh, 1997a; Fitzpatrick et al., 1998;

Higginson & Carr, 2001). Aufgrund der Unterschiedlichkeit der zugrunde gelegten Konzepte ist es häufig nicht möglich, die Ergebnisse verschiedener Studien zur Lebensqualität gegebener Populationen direkt miteinander zu vergleichen. Die Ambiguität des Begriffs „Lebensqualität“ macht es folglich unerlässlich zu spezifizieren, welche Dimensionen im konkreten Fall das Konstrukt bestimmen. Dies erfordert eine konzeptuelle Einbettung des Begriffs in einen theoretischen Rahmen, welche jedoch nur selten stattfindet (Gill & Feinstein, 1994). Paradoxerweise dient häufig gerade die Tatsache, dass es keinen *golden standard* für die Erhebung von Lebensqualität gibt, als Begründung für eine operationale Vereinfachung ohne theoretische Rechtfertigung (Hunt, 1997; Rosenberg, 1995). Hinzu kommt, dass sich vieles, was unter der Bezeichnung Lebensqualität erhoben wird, begrifflich trennschärfer und differenzierter charakterisieren lässt – z. B. als Lebenszufriedenheit, Alltagskompetenz, funktionelle Gesundheit oder subjektive Gesundheitseinschätzung (vgl. Filipp & Mayer, 2002; Leventhal & Colman, 1997).

Die grundsätzlichen Fragen, die es auf theoretischer Ebene im Hinblick auf die Messung von Lebensqualität zu beantworten gilt, betreffen die Facetten des menschlichen Lebens, welche eine Bedeutung für seine Qualität besitzen, die Art und Weise, wie diese operationalisiert werden sollten und wie ihre qualitative Wertigkeit valide erfasst werden kann. Gleichzeitig steht zu klären, aus welcher Perspektive heraus diese Beurteilung vorgenommen werden soll und wem letztlich die normative Urteilsgewalt zufällt, einem Leben positive oder negative Qualität zuzuschreiben. Obwohl in integrativen, multidimensionalen Modellen der Lebensqualität zunehmend eine Annäherung stattfindet, existieren zu diesen Fragen in Medizin, Psychologie, Pflege oder Rehabilitation höchst unterschiedliche Auffassungen. Drei unterschiedliche, einflussreiche Positionen werden im folgenden Abschnitt überblicksartig dargestellt und bewertet.

1.3.2.2 Der Begriff „Lebensqualität“ in den Forschungstraditionen

Eine der frühesten Quellen, die sich auf Lebensqualität im gesundheitswissenschaftlichen Zusammenhang beziehen, ist ein Editorial der *Annals of Internal Medicine* aus dem Jahre 1966 (Anonym, 1966). Vermutlich wurde das Konzept der Lebensqualität erst von Campbell, Converse und Rodgers (Campbell, Converse & Rodgers, 1976) mit dem Titel ihres Buches *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions* in die Fachterminologie der Psychologie und Verhaltenswissenschaften eingeführt. Der

Begriff selbst wurzelt in den sozioökonomischen Ansätzen und der Sozialberichterstattung und wurde bis zum Anfang der 1970er Jahre vorrangig in diesen Kontexten verwendet (vgl. Diener & Suh, 1997a).

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über unterschiedliche Konzeptionen von Lebensqualität im sozioökonomischen, psychologischen und medizinischen Kontext gegeben werden.

1.3.2.2.1 Lebensqualität aus sozioökonomischer Sicht

Aus sozioökonomischer Sicht wird ein großes Gewicht auf die materiellen, ökonomischen und infrastrukturellen Aspekte des Lebens und der Lebensumwelt gelegt, anhand derer dann Lebensqualität bestimmt wird. In dieser Wissenschaftsdisziplin werden somit demographische (z. B. Alter, Familienstand, Geschlecht), sozioökonomische (z. B. Einkommen, soziale Schicht, Beschäftigung) und ökologische (z. B. Wohnsituation, Wohnumfeld) Dimensionen der Lebensqualität am stärksten betont (Glatzer & Zapf, 1984; Mayer & Wagner, 1996; Naegele, 1998; Noll & Schöb, 2002). Lebensqualität wird damit weitgehend als Qualität der Bedingungen verstanden, als Umfang von Möglichkeiten und Ressourcen, die einer Person zur Verfügung stehen (vgl. Veenhoven, 2000). Diese Herangehensweise hat einige Vorteile, wie beispielsweise die relativ große Objektivität der Variablen und deren sozial-normativen Charakter, was interindividuell ähnliche Bewertungen ihrer Ausprägungen und damit direkte Vergleiche vereinfachen kann. Auf Basis eines solchen Modells lässt sich beispielsweise die allgemeine Wohlfahrtsentwicklung über die Zeit verfolgen (z. B. Zapf & Habich, 1997). Gleichzeitig sind die Variablen jedoch anfällig für Messprobleme, Interpretationsfreiräume und subjektiv gefärbte Entscheidungen darüber, welche aus einer Vielzahl möglicher Variablen tatsächlich in die Berichterstattung eingehen. Zudem ist die Aussagekraft sozioökonomischer Variablen bezüglich individueller Zufriedenheit und Wohlbefinden äußerst begrenzt (Diener & Suh, 1997a; Veenhoven, 1996).

1.3.2.2.2 Lebensqualität aus psychologischer Sicht

Die Psychologie ist neben der Medizin einer der größten Forschungsbereiche, die sich mit Lebensqualität beschäftigen. In dieser Wissenschaftsdisziplin wird Lebensqualität gemeinhin mit subjektivem Wohlbefinden (*subjective well-being*) gleichgesetzt und damit das individuelle Erleben in den Mittelpunkt gerückt (vgl. Diener & Larsen, 1993; Diener &

Lucas, 2000; Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). In Anlehnung an die grundlegende Unterscheidung von Emotion und Kognition wird von wenigstens zwei unterscheidbaren Aspekten des Wohlbefindens ausgegangen (Campbell et al., 1976; Diener, 1984).

Das emotionale bzw. affektive Erleben bestimmt die erste Ebene. Man unterscheidet hier nochmals zwischen eigenschaftsähnlichen, zeitlich überdauernden emotionalen Dispositionen (*trait*) und temporären affektiven Zuständen (*state*). Zwei voneinander weitestgehend unabhängige Dimensionen des emotionalen Erlebens konnten empirisch bestätigt werden: Positiver Affekt und negativer Affekt (vgl. Bradburn, 1969; Clark & Watson, 1991). Auf der *state*-Ebene konnte die faktorielle Unabhängigkeit der beiden Dimensionen in allen Altersgruppen vielfach bestätigt werden; Variationen im momentanen Erleben positiver und negativer Gefühlszustände hängen nicht systematisch zusammen (z. B. Diener & Emmons, 1985; Lawton, Kleban, Dean, Rajagopal & Parmelee, 1992a; Lawton, Kleban, Rajagopal & Dean, 1992b; Watson, Clark & Tellegen, 1988). Auf der Ebene der *traits* legen Forschungsergebnisse das Vorhandensein einer differentiellen Veranlagung zum eher positiv oder negativ getönten Erleben nahe. Auch hier zeichnen sich zwei voneinander unabhängige Dimensionen ab, die jeweils prädiktiven Wert für unterschiedliche Variablen physischer und psychischer Gesundheit besitzen: Negative und positive Affektivität (Clark & Watson, 1991) bzw. Neurotizismus und Extraversion (Costa & McCrae, 1980). Es spricht vieles dafür, dass es „*happy and unhappy people*“ (Costa & McCrae, 1980, S. 668) gibt bzw. einige Menschen dispositionell glücklicher sind als andere (Magnus, Diener, Fujita & Pavot, 1993; Myers & Diener, 1995). Im Zusammenhang mit den so genannten *top-down*- und *bottom-up*-Modellen des subjektiven Wohlbefindens werden diese Konzepte im Folgenden noch einmal aufgegriffen.

Die zweite, kognitive Komponente des subjektiven Wohlbefindens wird häufig als „Lebenszufriedenheit“ bezeichnet. Sie stellt eine bewusste Reflektion und Einschätzung von einzelnen Facetten des Lebens oder des Lebens in seiner Gesamtheit dar. Folglich können einerseits bereichsspezifische Zufriedenheitsurteile (z. B. hinsichtlich finanzieller Lage, Gesundheit, Beruf oder sozialer Einbindung) und andererseits globale Einschätzungen der Lebenszufriedenheit erfragt werden. In vielen Modellen wird davon ausgegangen, dass sich globale Lebenszufriedenheit durch gewichtete Zufriedenheitsurteile zu einzelnen Bereichen vorhersagen lässt (vgl. Campbell et al., 1976; Diener, 1984; Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten & Kunzmann, 1996).

1.3.2.2.3 Lebensqualität aus medizinischer Sicht

In der Medizin wurde lange Zeit versucht, Lebensqualität über objektive, meist physiologisch-funktionelle oder biologische Variablen zu bestimmen (Brenner, 1995; Mahoney & Barthel, 1965; O'Boyle, 1997). Diese Herangehensweise wurde in den letzten zwei Jahrzehnten im Zuge der Umorientierung vom rein biomedizinischen auf ein umfassenderes biopsychosoziales Rahmenmodell von Gesundheit und Krankheit zunehmend zugunsten einer Bestimmung von Lebensqualität modifiziert, die Aspekte subjektiven Erlebens integriert (Bullinger, 2000; Garratt et al., 2002). An die Stelle einer externen Bewertung von klinischen Zeichen und Symptomen traten zunächst funktionelle Variablen wie *Activities of Daily Living* (ADL; Katz et al., 1963) oder der *Barthel-Index* (Mahoney & Barthel, 1965), später ergänzt durch Elemente wie soziale Rollenfunktionen (vgl. Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Mittlerweile ist es in begrenztem Umfang sogar üblich, Fragen zur subjektiven Zufriedenheit und zum Wohlbefinden in die Fragebogenstruktur einzubinden (vgl. Brenner, 1995). Bis auf sehr wenige Ausnahmen (z. B. Joyce, Hickey, McGee & O'Boyle, 2003; Ruta, Garratt, Leng, Russell & MacDonald, 1994) beschränkt sich die „Subjektivität“ solcher Erhebungen jedoch auf Urteile der Patienten zu theoretisch objektivierbaren Variablen (z. B. funktionelle Gesundheitsaspekte) oder ihre globale Gesundheitswahrnehmung.

Aus medizinischer Sicht wird Lebensqualität konzeptionell zwischen funktioneller Kapazität und subjektiver Gesundheitseinschätzung verortet - teils mehr teils weniger explizit. Problematisch ist in fast allen Fällen, dass Lebensqualität lediglich negativ definiert wird, indem die Abwesenheit von Symptomen oder Einschränkungen mit guter Lebensqualität gleichgesetzt wird. *Positive* Komponenten finden hingegen kaum Eingang (vgl. Ryff & Singer, 1998). Obwohl sich mittlerweile in vielen Fällen der spezifischere Terminus „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ durchgesetzt hat, kritisieren einige Autoren, dass die gängigen medizinischen Erhebungsinstrumente zu Unrecht den Anspruch erheben, Lebensqualität zu messen. Vielmehr sollten sie als differenzierte Instrumente zur Erfassung der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der funktionellen Kapazität angesehen werden (Bowling, 1996; Lawton & Lawrence, 1994; Moons, 2004; Smith, Avis & Assmann, 1999). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hebt sich interessanterweise von dieser Kritik deutlich ab, indem sie Lebensqualität klar als „*individuals' 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, expectations,*

standards and concerns“ (WHOQoL Group, 1995, S. 1405) definiert – eine Sichtweise, die nur marginal mit Gesundheitszustand oder Mobilität zusammenhängt.

Alles in allem stellen sich die in der Medizin verwurzelten Messinstrumente überraschend heterogen dar. Auch in Anbetracht unterschiedlicher Untersuchungsziele lässt sich dieser Umstand nur schwer rechtfertigen und wird dementsprechend von vielen Autoren beklagt (z. B. Farquhar, 1995b; Fava, 1990; Garratt et al., 2002). Garratt et al. (2002) identifizierten im Rahmen einer groß angelegten Literaturstudie bis zum Jahr 2000 im angloamerikanischen Sprachraum 1275 Instrumente zur Bestimmung der Lebensqualität, die in medizinischen Studien Verwendung fanden. Viele davon waren ad hoc konstruiert und ohne eingehende Überprüfung ihrer psychometrischen Qualität jeweils lediglich in einzelnen Studien eingesetzt worden. Gezielte Evaluationen der Qualität von Lebensqualitätsmaßen in der medizinischen Literatur bemängeln bei zahlreichen Instrumenten und Studien eine inadäquate Konzeption und Methodik: Fehlende Angaben zu Validität, Reliabilität und anderen Gütekriterien von Messinstrumenten stellen in vielen Fällen deren Aussagekraft erheblich in Frage (z. B. Gill & Feinstein, 1994; Sanders et al., 1998). Der Bedarf einer größeren Vereinheitlichung und der Entwicklung von Standards für die Erhebung von Lebensqualität wurde mehrfach auch von Seiten der Medizin unterstrichen (Fitzpatrick et al., 1998; Garratt et al., 2002; Hunt, 1997).

1.3.2.3 Zusammenschau und Bewertung

Eine Klassifikation der Ansätze nach Wissenschaftsdisziplinen birgt die Gefahr einer übermäßigen Vereinfachung – gleichwohl der generelle Nutzen einer Systematisierung außer Frage steht. Neuere Strömungen innerhalb der Medizin, die eine „individualisierte“ Messung von Lebensqualität befürworten (Carr & Higginson, 2001; Fitzpatrick, 1999; Fuhrer, 2000; vgl. Abschnitt 1.3.8), verwischen die Grenzen dieser Einteilung, da zunehmend auch „psychologische“ Aspekte der Lebensqualität in „medizinische“ Fragebögen integriert werden. Anwendungsorientierte, interdisziplinäre Wissenschaftszweige wie die Gerontologie versuchen eine Integration der unterschiedlichen Perspektiven (vgl. Gunzelmann & Oswald, 2005; Lawton, 1991, 1994; Wahl & Tesch-Römer, 2000). Die zunehmende Interdisziplinarität der Gesundheitswissenschaften insgesamt erschwert die Klassifikationen von Ansätzen in ihrer Reinform.

Ein wichtiger Schluss aus diesen integrativen Entwicklungen ist, dass Lebensqualität sich weder aus Sicht der Betroffenen noch als allgemeines Konstrukt

ausschließlich aus den direkt gesundheits- und funktionalitätsbezogenen Strukturelementen ableiten lässt, wie es die Medizin lange Zeit tat (K. W. Smith et al., 1999; Ubel, Loewenstein & Jepson, 2003; vgl. Testa & Simonson, 1996). Die implizite Annahme, dass eine gute Gesundheit automatisch hohe Lebensqualität bedeutet bzw. dass eine hohe Lebensqualität bei objektiv schlechter Gesundheit nicht möglich ist, lässt sich angesichts der empirischen Forschungslage nicht halten (Moons, 2004). Es wäre jedoch ebenso unangemessen, Lebensqualität ausschließlich im Sinne von subjektivem Wohlbefinden zu verstehen (Diener, 2000; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Fliege & Philipp, 2000). Im Sinne eines multidimensionalen Modells sind zahlreiche Variablen sehr unterschiedlicher Art an der Konstitution von Lebensqualität beteiligt.

Lebensqualität wird im Kontext des Gesundheitswesens, wie weiter oben dargestellt (vgl. Abschnitt 1.3.1), unter anderem zur Evaluation von Therapie und Versorgung sowie zur Mitbegründung weiterführender Behandlungs- und Versorgungsleistungen erhoben – also mit erheblichen praktischen Implikationen. Daher ist die Frage nach der Validität der gewählten Indikatoren nachdrücklich zu stellen (vgl. Philipp & Mayer, 2002; Radoschewski, 2000; Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Dies gilt in besonderem Maße, wenn eine Erhebung in noch relativ schlecht erforschten Populationen wie Hochbetagte (80 Jahre und älter) und/oder mehrfach bzw. chronisch Erkrankte Verwendung stattfinden soll. Gerade in restriktiveren, eher normorientierten Modellen stellt jede Erhebung von Lebensqualität notwendigerweise eine *externe* Reduktion von komplexen Strukturen auf wenige beobachtbare Variablen dar. Wie im Verlauf der Arbeit noch ausführlicher dargestellt werden wird, eignen sich gängige Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität unter anderem aus diesem Grund vielfach nicht zur Erhebung bei sehr alten, gebrechlichen oder mehrfach erkrankten Menschen (z. B. Andersen, Gravitt, Aydelotte & Podgorski, 1999; Seymour, Ball, Russell, Primrose, Garratt & Crawford, 2001; Stadnyk, Calder & Rockwood, 1998). Ein mögliches alternatives Auswahlkriterium ist jedoch die jeweils individuelle Perspektive der Befragten: In einer extrem subjektzentrierten Herangehensweise könnte streng genommen *jeder* Bereich des individuellen Erlebens und Lebens einer Person konstituierendes Element ihrer Lebensqualität sein. Maßgeblich wäre dann lediglich die individuell geäußerte Bedeutsamkeit dieses bestimmten Bereichs.

Die folgenden Abschnitte stellen zunächst zwei multidimensionale Strukturannahmen zum Konstrukt Lebensqualität vor: Das aus der Gerontologie

stammende Modell der Lebensqualität gebrechlicher Älterer von Lawton (1991) sowie ein Modell aus der Glücksforschung, die „Vier Lebensqualitäten“ von Veenhoven (2000). Im Anschluss folgt eine systematische Darstellung der Rahmenfaktoren einer Operationalisierung von Lebensqualität.

1.3.3 Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt

In der wissenschaftlichen Gemeinschaft herrscht mittlerweile eine gewisse Einigkeit darüber, dass „Lebensqualität an sich“ ein multidimensionales Konstrukt ist, das eine multikriteriale Erhebung und multidisziplinäre Betrachtung erfordert, wenn man sich ihm *umfassend* nähern will: „[An] *area of consensus is the multi-dimensional nature of quality of life.*“ (WHOQoL Group, 1995, S. 1405; vgl. z. B. Bowling, Banister, Sutton, Evans & Windsor, 2002; Joyce, 1991; Lawton, 1991; Skevington, Sartorius & Amir, 2004). Um diese multidimensionale Struktur aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten, werden exemplarisch zwei unterschiedliche konzeptuelle Modelle der Lebensqualität dargestellt werden: Das multidimensionale Modell der Lebensqualität älterer Menschen nach Lawton (1991) und das Modell der vier Qualitäten des Lebens von Veenhoven (2000).

1.3.3.1 *Das multidimensionale Modell der Lebensqualität älterer Menschen nach Lawton*

Unterschiedliche perspektivische und inhaltliche Annäherungen an Lebensqualität, welche in späteren Abschnitten nochmals aufgegriffen und dezidiert betrachtet werden, können anhand des multidimensionalen Modells der Lebensqualität älterer Menschen, wie es M. Powell Lawton anbietet, gut veranschaulicht werden (Lawton, 1991, 1994). Lawton unterteilt die Bereiche des menschlichen Lebens und Erlebens, welche Lebensqualität konstituieren, in vier einander teilweise überlagernde Segmente: *Verhaltenskompetenz, objektive Umweltbedingungen, wahrgenommene Lebensqualität* und *psychisches Wohlbefinden* (siehe Abbildung 1). Die Schnittmengen in diesem Modell verweisen auf eine gewisse Unschärfe der Kategorisierung des abgebildeten Gegenstandsbereiches. Dies soll jedoch nicht als Schwäche, sondern vielmehr als Offenheit des Modells verstanden werden, welches Erweiterungs- und Anpassungsspielräume eröffnet und die praktische Umsetzung, insbesondere die konkrete Messung der einzelnen Bereiche, beim Anwender belässt. In der Praxis erweist sich die Sichtweise von Lawton dementsprechend als fruchtbare Grundlage für die Konzeptionalisierung und Weiterentwicklung von

Erhebungsansätzen (z. B. Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, 2004; Kruse, 2004; Schulz-Hausgenoss, Schönberg & Naegele, 2004).

Abbildung 1 *Bereiche der Lebensqualität nach Lawton*

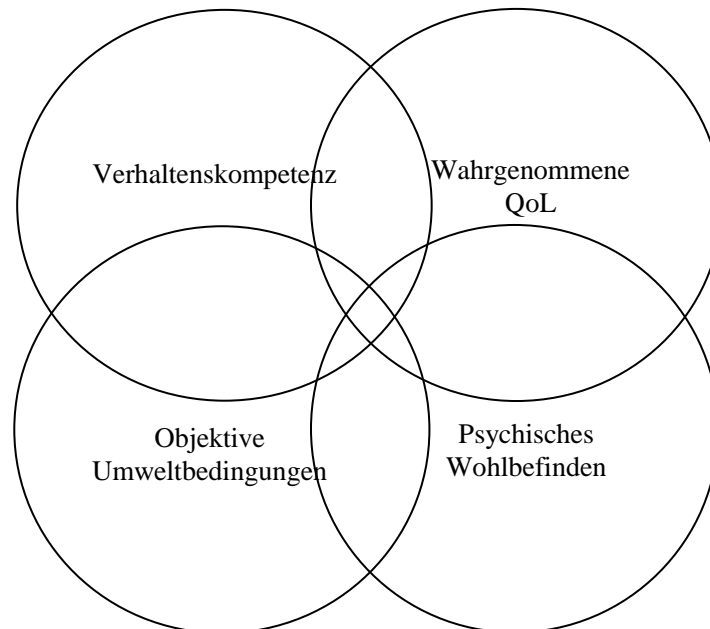


Abbildung nach Lawton, 1991; eigene Übersetzung.

Der Bereich der Verhaltenskompetenz (*behavioral competence*) repräsentiert die sozial-normative Evaluation des Funktionsniveaus in gesundheitlichen, funktionellen, kognitiven und sozialen Dimensionen. Hier sind beispielsweise fremd beurteilte Maße der Alltagskompetenz anzusiedeln, wie ADL/IADL (Activities of Daily Living bzw. Instrumental ADL; Katz et al., 1963; Lawton & Brody, 1969) oder der Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965). Physiologische Untersuchungen gehören ebenso diesem Bereich an wie auf psychologisch-psychiatrischer Ebene psychometrische Leistungstests (z. B. Gedächtnisleistung, Konzentrationsfähigkeit oder Verarbeitungsgeschwindigkeit). Besondere Bedeutung kommt im Alter natürlich der Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten bzw. der Abklärung einer möglichen Demenz zu. Es handelt sich in fast allen Fällen um Fremdbeurteilungen der Kompetenz, die anhand von äußeren („objektiven“) Kriterien vorgenommen werden. Eine Ausnahme stellen Maße von ADL/IADL dar, die auch im Selbstbericht erhoben werden können, theoretisch jedoch über Verhaltensbeobachtungen objektivierbar sind.

Die wahrgenommene Lebensqualität (*perceived quality of life*) stellt den zweiten Bereich der Lebensqualität in Lawtons Modell dar. Dieser per Definition subjektive Anteil repräsentiert die persönliche Einschätzung der Elemente der oben beschriebenen Verhaltenskompetenz. Dazu zählen insbesondere das Schmerzerleben, Selbstbeurteilungen von ADL bzw. IADL und subjektive Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes. In vielen Messinstrumenten sind diese Bereiche die einzigen, welche zur Bestimmung von Lebensqualität herangezogen werden – häufig sogar nur ein einzelner. Dies ist beispielsweise in den meisten Fragebögen der Fall, welche in der Medizin eingesetzt werden und explizit darauf abzielen, „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ zu erfassen (z. B. Bergner, Bobbitt, Carter & Gilson, 1981; Hunt, McEwen & McKenna, 1985; Ware & Sherbourne, 1992).

Der dritte Bereich umfasst die objektiven Umweltbedingungen (*objective environment*). Ihr Einfluss auf die Lebensqualität einer bestimmten Person wird in Abhängigkeit von zwei Faktoren gesehen: erstens ihrer Bedeutsamkeit im Sinne von Einschränkungen oder Möglichkeiten bezüglich des Bereichs „Verhaltenskompetenz“ und zweitens ihrer Relevanz für die „wahrgenommene Lebensqualität“. Dazu zählen sozioökonomische Aspekte, Infrastruktur des Wohnortes, Altersangemessenheit der direkten Wohnumgebung, aber auch soziale Stützsysteme. Es handelt sich in allen Fällen um Fremdbeurteilungen objektiver Umweltbedingungen.

Zuletzt spielt in Lawtons Modell das psychologische Wohlbefinden (*psychological well-being*) eine große Rolle bei der umfassenden Charakterisierung von Lebensqualität. Lawton definiert Wohlbefinden als „*weighted evaluated level of the person's competence and perceived quality in all domains of contemporary life*“ (Lawton, 1991, S. 11): Wohlbefinden speist sich aus der subjektiven Bewertung und dem Erleben der eigenen Kompetenz und Zufriedenheit innerhalb der bisher angesprochenen Dimensionen der Lebensqualität. Traditionelle psychologische Maße von Zufriedenheit und Wohlbefindens lassen sich dieser Kategorie zuordnen. Interessanterweise zeigt die weiter oben (Abschnitt 1.3.2.2.3) wiedergegebene Definition von Lebensqualität der WHO eine gewisse konzeptuelle Nähe zu Lawtons Verständnis von psychologischem Wohlbefinden (WHOQoL Group, 1995).

Das Modell Lawtons stellt eine multidimensionale, multikriteriale und multidisziplinäre Herangehensweise an Lebensqualität unter Einbeziehung sowohl subjektiver als auch objektiver Variablen in Eigen- und Fremdperspektive dar. Die große

Spannweite des Modells sensibilisiert für die Vielschichtigkeit dessen, was unter dem Oberbegriff Lebensqualität subsumiert werden kann. In praktischer Hinsicht verdeutlicht es den Auswahlcharakter der erhobenen Facetten von Lebensqualität – es wird in den seltensten Fällen möglich sein, alle angesprochenen Ebenen simultan zu erfassen. Lawton selbst hat sein Modell in erster Linie in Hinblick auf gebrechliche („*frail*“) ältere Menschen und Heimbewohner konzeptualisiert und speziell für Patienten mit Demenzerkrankungen angepasst (Lawton, 1994). Gerade in diesem Kontext diente in den letzten Jahren sein Ansatz als Basis für viel versprechende Adaptationen und Entwicklungen der Erfassung von Lebensqualität (Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, 2004; Kruse, 2004; Sowarka, 2000).

1.3.3.2 Das Modell der vier Lebensqualitäten nach Veenhoven

Eine andere Möglichkeit der Strukturierung des Konstruktes Lebensqualität stellt Veenhovens Taxonomie der „vier Lebensqualitäten“ dar (Veenhoven, 2000). Der konzeptuelle Rahmen dieser induktiven Klassifikation wird aufgespannt zwischen Bedingungen (*chances*) und Ergebnissen (*outcomes*) einerseits und äußeren (*outer qualities*) und inneren Qualitäten (*inner qualities*) andererseits. Diese Konzeption lässt sich schematisch als 2 x 2-Matrix darstellen, jedoch ohne Überlappungen, wie sie Lawton (1991) in seinem Modell zugelassen hat (vgl. Abbildung 1). Die resultierenden vier Felder der Matrix werden von Veenhoven als vier „Qualitäten des Lebens“ (*qualities of life*) betitelt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3 Vier Lebensqualitäten nach Veenhoven

	Äußere Qualitäten (<i>outer qualities</i>)	Innere Qualitäten (<i>inner qualities</i>)
Bedingungen des Lebens (<i>life chances</i>)	Lebbarkeit der Umwelt (livability of environment)	Lebens-Fähigkeit der Person (life-ability of the person)
Ergebnisse des Lebens (<i>life results</i>)	Nützlichkeit des Lebens (utility of life)	Beurteilung des Lebens (appreciation of life)

Tabelle nach Veenhoven, 2000; eigene Übersetzungen.

Drei dieser vier Qualitäten werden von Dritten, also quasi objektiv, bestimmt: Lebbarkeit der Umwelt, Nützlichkeit des Lebens und auch die „innere Qualität“ der

Lebens-Fähigkeit einer Person. Lediglich die Beurteilung des Lebens verbleibt, im Sinne von Wohlbefinden und Zufriedenheit, in der subjektiven Domäne. Veenhoven argumentiert im Rahmen seines Modells, dass einzig ein subjektives Urteil (*appreciation of life*) über die Ergebnisse des Lebens (*life results*) eine umfassende Auskunft über die Lebensqualität des Individuums geben kann: „*Only happiness can be measured completely, because it is an overall judgement in itself.*“ (Veenhoven, 2000, S. 32). Alle anderen „Qualitäten des Lebens“ seien demgegenüber nicht erschöpfend zu erfassen und lieferten damit lediglich unvollständige Informationen, wenn man die Lebensqualität *insgesamt* eines Menschen betrachten wolle. Diese Facette der Lebensqualität hängt nach Veenhoven maßgeblich vom Grad der Bedürfnisbefriedigung ab: „*[When] human capacities fit environmental demands, there is a good chance that human needs are gratified. [...] [This] will manifest in a stream of pleasant experiences. [...] In human consciousness this manifests in good mood, and subsequently in satisfaction with life as a whole.*“ (Veenhoven, 2000, S. 33).

Als problematisch innerhalb Veenhovens Modell ist anzusehen, dass er einerseits der einzigen subjektiven Dimension der Matrix die größte Bedeutung beimisst, sie aber andererseits nur unzureichend ausdifferenziert: Zwar diskutiert er die Unterschiede zwischen kognitiven und emotionalen Bewertungen, verwischt diese aber im konkreten Modell wieder zu einer allgemeinen Bewertung des Lebens. Teilweise im Widerspruch zum hohen Anspruch an die Aussagekraft der *appreciation of life* kritisiert er gleichzeitig Konzeptionen, in denen den von außen bewerteten „Qualitäten“ nicht in gleichem Maße Rechnung getragen wird wie in seinem eigenen Modell. Noch eine zweite „Qualität“ ist recht unscharf charakterisiert: Die *utility of life* wird von Veenhoven selbst kritisch diskutiert und weitgehend der Sphäre der Philosophie zugewiesen. Diesen Einschränkungen zum Trotz stellen seine Überlegungen eine interessante Perspektive für die Bewertung unterschiedlicher empirischer Ansätze zur Erfassung der Lebensqualität dar. Seine starke Argumentation zu Gunsten eines vornehmlich subjektiven Zugang zur allgemeinen Lebensqualität – einer Domäne, welche auch viele Messinstrumente aus der Medizin für sich beanspruchen – kann als Anregung für eine weitere inhaltliche Differenzierung von Modellen der Lebensqualität dienen.

1.3.3.3 Synoptische Bemerkungen

Die beiden in den vorangehenden Abschnitten dargestellten Modelle der Lebensqualität stellen zwei aus einer Vielzahl von Möglichkeiten dar, das Begriffsfeld inhaltlich zu strukturieren und differentielle Facetten zu eröffnen. Während Lawtons Modell in seiner Grundkonzeption bereits einen relativ starken Praxisbezug aufweist, verbleiben in Veenhovens Modell viele Gesichtspunkte im theoretischen Raum. Dies hängt selbstverständlich nicht zuletzt mit den Ursprüngen der jeweiligen Modellvorstellungen zusammen: Während Lawtons Arbeiten im praxisbezogenen, gerontologischen Forschungskontext des Philadelphia Geriatric Center wurzeln, fokussiert Veenhovens Forschung auf Glück und Freude („*subjective enjoyment of life*“) im Allgemeinen¹. Bei allen Unterschieden zwischen den Konzepten und Intentionen, implizieren beide Modelle, dass sich zwei abstrakte Dimensionen der Erfassung von Lebensqualität unterscheiden lassen: die perspektivische und die inhaltliche Ausrichtung der Erhebung (vgl. Filipp & Mayer, 2002). Diese beiden grundlegenden Dimensionen des Erhebungsmodus werden in den folgenden Abschnitten ausführlicher dargestellt und diskutiert.

1.3.4 Perspektive und Inhalt – Rahmenfaktoren der Operationalisierung von Lebensqualität

Die zwei Dimensionen „Perspektive“ und „inhaltliche Grundlage von Lebensqualität“ geben den Rahmen vor, innerhalb dessen sich unterschiedliche Operationalisierungen des Konstruktes vornehmen lassen. Die *Perspektive*, aus der heraus Lebensqualität bestimmt wird, kann entweder eine Selbstbewertung des Lebens im Sinne subjektiver Einschätzungen seitens des Betroffenen („subjektive Lebensqualität“) sein oder eine Fremdeinschätzung durch Dritte („zugeschriebene Lebensqualität“). Der Grad der Übereinstimmung bzw. Nicht-Übereinstimmung dieser beiden Perspektiven ist Thema einiger Forschungsarbeiten, die weiter unten ausführlicher dargestellt werden (z. B. Fitzsimmons, George, Payne & Johnson, 1999; Pearlman & Uhlmann, 1988; Slevin, Plant, Lynch, Drinkwater & Gregory, 1988).

Im Hinblick auf die *inhaltliche Ausrichtung* der Erfassung von Lebensqualität lässt sich unterscheiden, ob eher Merkmale der sozialen Umwelt und der objektiven Lebenslage im Zentrum der Betrachtung stehen oder aber individuelle, intrapsychische Faktoren und

¹ Vgl. die von Veenhoven initiierte Internet-Datenbank „World Database of Happiness“ (Veenhoven, undatiert).

Merkmale der betrachteten Person. In der Psychologie wird diese Dimension unter den Schlagworten *top-down*- und *bottom-up*-Prozesse bei der Entstehung von Wohlbefinden diskutiert (Brief, Butcher, George & Link, 1993; Diener & Lucas, 1999; Feist, Bodner, Jacobs, Miles & Tan, 1995; Headey, Veenhoven & Wearing, 1991). Eine solche zweidimensionale Strukturierung impliziert vier mögliche Erhebungszugänge an Lebensqualität, welche sich beispielhaft in Lawtons multidimensionalem Modell der Lebensqualität (Lawton, 1991, 1994) finden (vgl. Abschnitt 1.3.3.1).

Über die perspektivische Differenzierung in Fremd- und Selbstbericht sowie die inhaltliche Unterscheidung zwischen *top-down*- und *bottom-up*-Ansätzen hinaus kann ferner auf der Ebene der konkreten Operationalisierung zwischen Skalen und Einzelfragen (*single item measures*) unterschieden werden. In beiden Fällen kommen unterschiedliche Antwortformate in Frage – im gegebenen Kontext sind das vor allen Dingen die Skala vom Likert-Typ oder die Visuelle Analog Skala (VAS). Wie schon angesprochen, lässt sich, vor allem in medizinischen Kontexten, eine weitere formale Unterteilung hinsichtlich des intendierten Anwendungsbereiches vornehmen: zwischen generischen (allgemeinen) und krankheitsspezifischen Instrumenten. Im vorliegenden Zusammenhang sind vorrangig die generischen Instrumente von Bedeutung (Fitzpatrick et al., 1998; Gill & Feinstein, 1994; Guyatt, Feeny & Patrick, 1993). Im Folgenden sollen die perspektivische und die inhaltliche Differenzierung kurz anhand empirischer Befunde diskutiert werden.

1.3.4.1 Selbst- und Fremdperspektive in der Erfassung von Lebensqualität

Die erste grundlegende dichotome Dimension ist die Perspektive der Erhebung. In Hinblick auf eine Einschätzung des Gesundheitszustandes kam der Differenzierung von Selbst- und Fremdeinschätzung große Aufmerksamkeit zu. Wie bereits in Abschnitt 1.2.3 ausgeführt, zeigen sich mitunter erhebliche Abweichungen zwischen objektiver und subjektiver Bewertung der Gesundheit, mit einer Tendenz zur Überschätzung des eigenen Gesundheitsstatus (vgl. Lehr, 1987; Zank et al., 1997). Trotz einer deutlichen negativen Alterskorrelation sowohl körperlich-organischer Gesundheit als auch funktioneller Kapazität blieb beispielsweise die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit der Studienteilnehmer der Berliner Altersstudie mit zunehmendem Alter relativ stabil (Borchelt et al., 1996). Dies deutet auf eine zunehmende Überschätzung des eigenen Gesundheitszustandes im Verhältnis zu objektiven Indikatoren hin.

Ähnliche Beobachtungen konnten auch im Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des Wohlbefindens gemacht werden. In einer Untersuchung mit 126 älteren Patienten mit fünf häufigen chronischen Erkrankungen fanden beispielsweise Pearlman und Uhlmann (1988) nur schwache Zusammenhänge zwischen den Bewertungen der Lebensqualität seitens der Ärzte und der Patienten: Die Ärzte schätzten die Lebensqualität ihrer Patienten im Schnitt deutlich schlechter ein als diese selbst. In einer Studie an 108 Krebspatienten und ihren behandelnden Ärzten von Slevin et al. (1988) zeigten sich ebenfalls nur sehr schwache Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen der Patienten hinsichtlich Lebensqualität, Angst und Depression. Auch auf inhaltlicher Ebene geben Ärzte und Patienten deutlich voneinander abweichende Einschätzungen: Gefragt, welche Dimensionen der Lebensqualität durch eine Tuberkulose beeinträchtigt werden, betonten beispielsweise Ärzte sehr viel stärker interpersonelle und organisatorische Aspekte, während Patienten intrapersonelle Faktoren in den Vordergrund stellten (Richard, Laforest, Dufresne & Sapinski, 2005). Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch Studien von Fitzsimmons et al. (1999), Hansel, Wu, Chang & Diette (2004), Lomas, Pickard & Mohide (1987) und Horton (2002).

Angesichts dieser Differenzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen stellen sich die grundlegenden Fragen, wer Lebensqualität im medizinisch-pflegerischen Kontext überhaupt beurteilen sollte und wie valide scheinbar objektive Kriterien bei ihrer Bestimmung sind (Addington-Hall & Kalra, 2001; Slevin et al., 1988; vgl. Bowling & Dieppe, 2005). Auf der anderen Seite liegt es in der Natur des Gegenstandes, dass auch eine subjektive Einschätzung der eigenen Befindlichkeit oder eine individuelle Bewertung von Lebensumständen nicht auf ihre Validität hin überprüft werden können. Es sind lediglich Vergleiche der Selbsteinschätzung mit objektiven Variablen (z. B. Gesundheit, Einkommen oder soziales Netzwerk), mit bestimmten Zusammenhangserwartungen angesichts der Ausprägungen dieser Variablen oder eben mit Einschätzungen Dritter möglich.

In jedem Fall ist es von Bedeutung, dass Innen- und Außenperspektive Zugänge zu sehr unterschiedlichen Aspekten des Konstruktes Lebensqualität ermöglichen, die *beide* wichtige Informationen zu einem Gesamtbild beitragen können. Weder die eine noch die andere ist die „richtige“ Herangehensweise, vielmehr sollten beide als Teile eines multidimensionalen Modells von Lebensqualität verstanden werden (vgl. Lawton, 1991; Radoschweski, 2000; Veenhoven, 2000). Die Entscheidung für oder gegen eine dieser

Perspektiven in der konkreten Erhebungssituation hängt damit letztlich von der jeweiligen Fragestellung ab und lässt sich nicht ohne weitere Begründung treffen.

1.3.4.2 *Top-down- und bottom-up Konzepte von Wohlbefinden und Lebensqualität*

Die Lebensqualität eines Menschen kann vereinfacht auf zwei Ursachen zurückgeführt werden: Sie kann entweder durch objektive, äußere Faktoren bedingt sein („Glück von außen“) oder durch innere Prozesse und Dispositionen entstehen („Glück von innen“). Entsprechend der Zuschreibung von äußeren oder inneren Ursachen wird in der Forschungsliteratur zwischen sogenannten *bottom-up*- und *top-down*-Ansätzen der Lebensqualität unterschieden (z. B. Filipp & Mayer, 2002; Headey et al., 1991; Leonardi, Spazzafumo, Marcellini & Gagliardi, 1999).

1.3.4.2.1 Top-down Ansätze

In *Top-down*-Ansätzen wird von einer individuellen Disposition für ein eher positiv oder negativ gefärbtes Erleben ausgegangen, welche wesentlich verantwortlich für mehr oder weniger positiv ausgeprägtes subjektives Wohlbefinden bzw. Lebensqualität ist (z. B. Diener & Lucas, 1999; Magnus et al., 1993; Pavot, Diener, Randall & Sandvik, 1991). Beispielsweise wird im Modell der fünf Persönlichkeitsfaktoren von McCrae und Costa (McCrae & Costa, 1999, 2003) u. a. zwischen den je dominierenden Persönlichkeitseigenschaften Extraversion und Neurotizismus unterschieden. Diese Dispositionen scheiden „*happy and unhappy people*“ (Costa & McCrae, 1980) voneinander, indem sie das Ausgangsniveau von Wohlbefinden und Zufriedenheit bestimmen. Auf der affektiven Ebene stellen die Konstrukte positive und negative Affektivität, beispielsweise im Modell von Clark und Watson (1991), vergleichbare Konzepte dar. Auch positiver und negativer Affekt gelten als übergeordnete, überdauernde Dispositionen, die einen Einfluss auf darunter liegende Ebenen von Erleben und Verhalten ausüben. Es sind voneinander unabhängige Dimensionen, die in ihrer Ausprägung und ihrem Verhältnis zueinander Determinanten des Wohlbefindens einer Person darstellen (Bradburn, 1969; Watson et al., 1988).

1.3.4.2.2 Bottom-up Ansätze

Der gemeinsame Nenner von *bottom-up*-Ansätzen ist die Annahme, dass allgemeine Lebensqualität und Wohlbefinden als Summe positiver und negativer Erfahrungen sehr

stark von objektiven Einflussfaktoren abhängen. Die Analyse von Bedingungen bestimmt weitgehend das empirische Vorgehen. Dabei wird in der Regel zumindest implizit von bestimmten Bereichen ausgegangen, deren objektiven Charakteristika universell konstituierend für die globale Lebenszufriedenheit sind. Viele sozioökonomische Ansätze stellen beispielsweise *bottom-up*-Konzeptionen dar – sie leiten Lebensqualität primär aus materiellen und sozialen Ressourcen ab und beziehen die individuelle Zufriedenheit mit den jeweiligen Ressourcen nur marginal mit ein (vgl. Mayer & Wagner, 1996; Naegele, 1998; Noll & Schöb, 2002). Gerade in medizinisch-pflegerischen Settings dominieren Konzeptionen, welche Lebensqualität weitgehend mit physiologischen oder funktionellen Indikatoren gleichsetzen (z. B. Bergner et al., 1981; Hunt et al., 1985; Ware & Sherbourne, 1992). Symptome und funktionelle Funktionsfähigkeit werden abgefragt, ohne deren tatsächliche Bedeutsamkeit für den einzelnen Patienten oder seine Zufriedenheit mit dem Funktionsniveau zu integrieren. Implizit wird in solchen Modellen von einer normativen Wertigkeit bestimmter Fähigkeiten und externer Faktoren ausgegangen, welche subjektunabhängig auf die Lebensqualität einwirken.

1.3.4.2.3 Integrative Ansätze

Eine weitere Strömung befürwortet eine Integration dieser beiden Extrempositionen. Zahlreiche Ansätze gehen davon aus, dass weder Persönlichkeitseigenschaften (*top-down*) noch äußere Bedingungen (*bottom-up*) allein das Ausmaß des Wohlbefindens oder der Lebensqualität einer Person determinieren (z. B. Brief et al., 1993; Feist et al., 1995; Leonardi et al., 1999; Michalos, 1985). Diese integrativen Modelle beziehen Bewältigungsprozesse und kognitive Bewertungen von Ereignissen und Situationen als Vermittler zwischen Person und Situation ein und sehen Wohlbefinden als Produkt einer vermittelten, dynamischen Interaktion von äußeren und inneren Faktoren (Brandtstädter & Rothermund, 2002; Heckhausen & Schulz, 1995; Smith et al., 1996; vgl. jedoch Headey et al., 1991). Brief et al. (1993) beispielsweise konnten Wohlbefinden zwar als Resultat der jeweils direkten Einflüsse von Persönlichkeitseigenschaften (*top-down*) oder Gesundheitszustand (*bottom-up*) modellieren, der beste Prädiktor war jedoch die individuelle, subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes durch die Betroffenen selbst. Der indirekte Einfluss beider Größen in Form der subjektiven Interpretation eines Zustandes hing deutlich enger mit dem Wohlbefinden einer Person zusammen als objektiver Zustand oder Persönlichkeitseigenschaft für sich genommen. Die Unabhängigkeit des Wohl-

befindens von *unmoderierten* objektiven Bedingungen ist insgesamt noch besser belegt als von Persönlichkeitsvariablen (Diener & Suh, 1997a; Diener et al., 1999; Idler, 1993; Mroczek & Spiro, 2005; Veenhoven, 1996; Yi & Vaupel, 2002).

Innerhalb dieser integrativen Perspektive liegt eine besondere Betonung auf dem subjektiven Moment: Die Einbeziehung der individuellen kognitiven Verarbeitung berücksichtigt die interindividuelle Variabilität möglicher Reaktionen auf objektiv vergleichbare Bedingungen. Sie spiegelt sich vermutlich auch in unterschiedlichen Präferenzen für Situationen und Faktoren, welche die Lebensqualität einer Person steigern oder vermindern können.

1.3.5 Eine psychologische Perspektive: Globale versus bereichsspezifische Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden

Ein grundlegendes konzeptuelles Modell der Zufriedenheit in der Psychologie postuliert, dass die globale Lebenszufriedenheit einer Person als Summenfunktion seiner Zufriedenheiten mit bestimmten Lebensbereichen dargestellt werden kann (Andrews & Withey, 1974). Diese Annahme wurde erfolgreich in spezifischen Modellen getestet (z. B. Campbell et al., 1976; Headey et al., 1991; Rojas, 2006; Smith et al., 1996). Ein globales Zufriedenheitsurteil wird in der reduziertesten Form als Einzelfrage erhoben. In der Regel lautet diese Frage in etwa: „Wie würden Sie ganz allgemein Ihre Lebenszufriedenheit/Lebensqualität einschätzen?“ oder „Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Leben ganz allgemein?“ (vgl. Bowling, 2005; Bradburn & Caplovitz, 1965; Cantril, 1965). Äquivalent können auch die Zufriedenheitsurteile zu einzelnen Lebensbereichen (z. B. Zufriedenheit mit der beruflichen Situation, Zufriedenheit mit der Partnerschaft) erhoben und zu einem Gesamturteil aggregiert werden. Auch in diesem Zusammenhang wird von möglichen *bottom-up*- und *top-down*-Effekten gesprochen (Kahnemann, Diener & Schwarz, 1999; Schwarz & Strack, 1991). In diesem Kontext stehen jedoch Relationen zwischen den verschiedenen Abstraktionsebenen von Zufriedenheit und der globalen Lebenszufriedenheit im Mittelpunkt und nicht ursächliche Einflüsse dritter Größen wie etwa Persönlichkeit oder Umweltbedingungen, obwohl diese ebenfalls eine Rolle spielen können (Campbell et al., 1976; Feist et al., 1995; Lance, Lautenschlager, Sloan & Varca, 1989; Lance, Mallard & Michalos, 1995; Mallard, Lance & Michalos, 1997; Oishi & Diener, 2001; Smith et al., 1996).

Völlig widerspruchsfrei ist die Befundlage nicht: Beim Vergleich von globalen Urteilen mit über einzelne Bereiche aggregierten Zufriedenheitsurteilen fallen die Valenzen spezifischer Einzelurteile häufig anders aus als das globale Urteil und klären nur einen verhältnismäßig geringen Varianzanteil des allgemeinen Zufriedenheitswertes auf (Bulmahn, 1996; Mallard et al., 1997; Oishi & Diener, 2001; für einen Überblick vgl. Staudinger, 2000). Auf den ersten Blick scheint dies paradox, sollte sich doch die Tendenz von Einzelurteilen im Gesamturteil widerspiegeln. Gänzlich unabhängig von Drittvariablen sind die Zusammenhänge jedoch nicht: In zahlreichen Studien zeigte sich ein relativ starker Einfluss der gegenwärtigen Stimmung auf globale Zufriedenheitsurteile, während die bereichsspezifischen Urteile Stimmungseffekten nicht in gleichem Maße zu unterliegen scheinen² (z. B. Filipp & Buch-Bartos, 1994; Filipp & Ferring, 1998; Heinonen, Aro, Aalto & Uutela, 2004, 2005; Veenhoven, 1997). Pavot und Diener (1993a) beobachteten allerdings einen eher moderaten Einfluss der momentanen Stimmung auf die globale Zufriedenheit – die allgemeine Affektlage erwies sich als besserer Prädiktor.

Im Rahmen des folgenden Abschnitts wird zunächst das Modell der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheiten von Campbell et al. (1976) ausführlich dargestellt. Anschließend wird ein Urteilsmodell der allgemeinen Lebenszufriedenheit von Schwarz und Strack (1991) näher erläutert, in dessen Rahmen sich die beobachteten Diskrepanzen zwischen der Tendenz allgemeiner und spezifischer Urteile erklären lassen.

1.3.5.1 Modell der Lebenszufriedenheit nach Campbell, Converse und Rodgers

Eine der ersten systematischen Studien über Lebensqualität, von Campbell et al. (1976) in den USA durchgeführt, stützt sich auf ein explizites Modell der Struktur menschlicher Zufriedenheit. Da die Autoren Lebensqualität als inhärent subjektive Größe interpretieren („[...] *our concern was with the experience of life rather than the conditions of life*“, Campbell et al., 1976, S. 7), kommen für sie klassische Indikatoren der Sozialberichterstattung (objektive Bedingungen) als Indikatoren nicht in Frage. Vielmehr stehen aus ihrer Perspektive die Alternativen „Zufriedenheit“ oder „Glück“ zur Verfügung. Drei wesentliche Argumente stützen in ihrer Argumentation die Perspektive, Lebensqualität als Zufriedenheit mit der Erfüllung von Bedürfnissen zu definieren („[*We*] *define the quality of life experience mainly in terms of satisfaction of needs [...]*“, Campbell et al., 1976,

² Heinonen et al. (2004) schließen daraus, dass Affektivität nicht im engeren Sinne als Teil des Konstruktes Lebensqualität zu verstehen sei, sondern lediglich als Mediatorvariable, welche einen bedeutenden Einfluss auf das Gesamturteil über die eigene Lebensqualität ausübt.

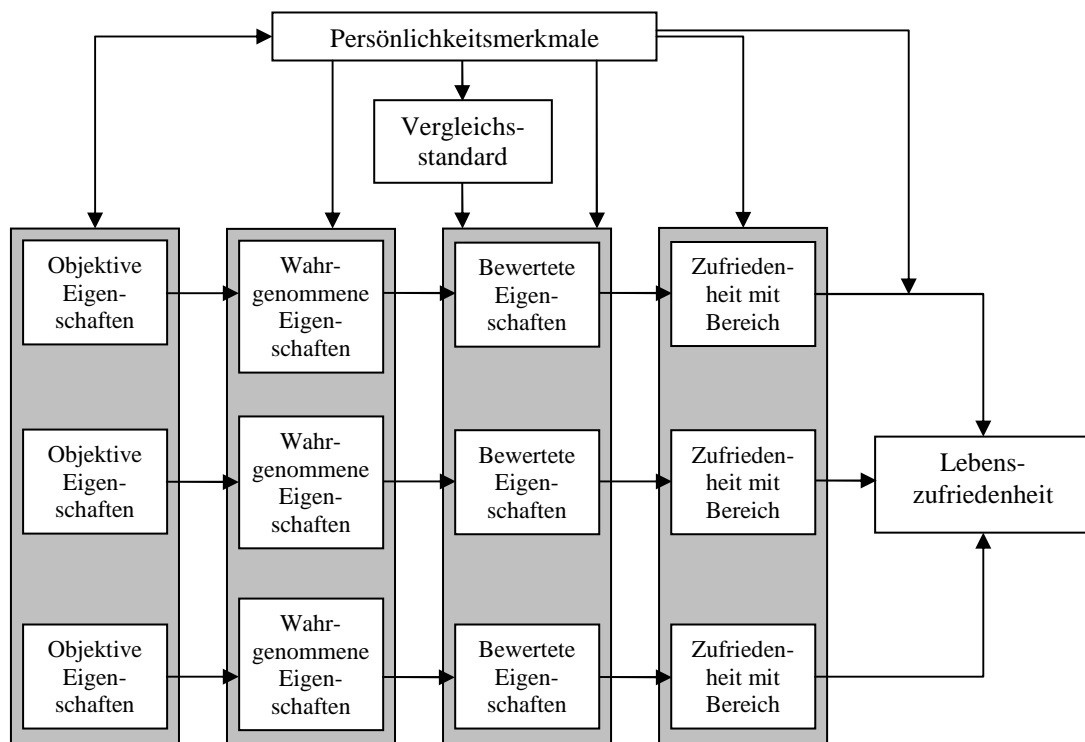
S. 9). Erstens kann dieser Indikator sehr viel präziser definiert werden als die Alternative „Glück“: *„Level of satisfaction can be precisely defined as the perceived discrepancy between aspiration and achievement [...]. Satisfaction implies a judgemental or cognitive experience, while happiness suggests an experience of feeling or affect“* (Campbell et al., 1976, S. 8). Zweitens sollen die erhobenen Daten praktische, politische Implikationen besitzen – in diesem Kontext erscheint Zufriedenheit als „realistischere“ Messgröße. Drittens sind die Autoren an einer differenzierten Betrachtung des Konstruktes interessiert und wollen ein globales Urteil (im Sinne von allgemeinem Wohlbefinden) als einzelnen Indikator vermeiden – Lebenszufriedenheit lässt sich jedoch global und bereichsspezifisch betrachten: *„Our focus was on these individual domains, their relationship to each other and their respective contributions to the overall quality of life“* (Campbell et al., 1976, S. 9).

Die konzeptuellen Grundlagen des Modells werden von Campbell et al. (1976, S. 13ff) folgendermaßen dargestellt: *„Satisfaction with a domain of life as expressed by an individual is seen as dependent on his evaluations or assessments of various attributes of that domain. [...] How a person assesses a particular attribute of a specific domain is considered to be dependent on two things: how he perceives the attribute and the standard against which he judges that attribute. [...] [A] person’s perception of any domain attribute is shown as dependent on, but distinct from, the objective environment. [...] [We] would want to recognize that personal characteristics have a significant bearing on every step of [the] model.“* Die weiterführende strukturelle Annahme besteht darin, dass sich die allgemeine Lebenszufriedenheit anhand mathematischer Verknüpfungen der Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen vorhersagen lässt: *„[...] satisfaction and dissatisfaction with various important spheres of life must combine in some way to influence global reports of well-being [...]. We can [...] ask, what rules for combining [...] produce the most effective predictions [...]“* (Campbell et al., 1976, S. 77). Eine einfache lineare Addition der gewichteten Bereichszufriedenheiten liefert die beste Vorhersage der globalen Lebenszufriedenheit. Direkt erfragte Gewichtungen der Bereiche brachten im Vergleich zum ungewichteten Modell überraschenderweise keine Verbesserung der Vorhersage. Die Autoren führen diesen Befund auf systematische Verzerrungen zurück, hauptsächlich auf Abwehrmechanismen bzw. die systematische Abwertung beeinträchtigter Bereiche. Ihr Modell der gewichteten Bereichszufriedenheiten kann jedoch teilweise durch die Verwendung indirekt gewonnener Gewichte, der Regressionsgewichte der Vorhersage

allgemeiner Lebenszufriedenheit aus den einzelnen Bereichen, untermauert und grundsätzlich beibehalten werden (für eine genauere Beschreibung vgl. Campbell et al., 1976, S. 82ff). Ein ähnliches Modell der Lebenszufriedenheit kommt beispielsweise in der Berliner Altersstudie (BASE) zur Anwendung (vgl. Smith et al., 1996).

Abbildung 2 gibt das Modell der Bereichszufriedenheiten und der allgemeinen Lebenszufriedenheit von Campbell et al. wieder. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die im ursprünglichen Modell vorgesehenen behavioralen Konsequenzen, d. h. Bewältigung und adaptives Verhalten, in der Abbildung nicht berücksichtigt. Sie hängen im ursprünglichen Modell von Campbell et al. sowohl von den bereichsspezifischen Zufriedenheiten als auch von der allgemeinen Lebenszufriedenheit ab (vgl. Campbell et al., 1976, Figure 1-2).

Abbildung 2 Modell der Bereichszufriedenheiten und der allgemeinen Lebenszufriedenheit nach Campbell et al.



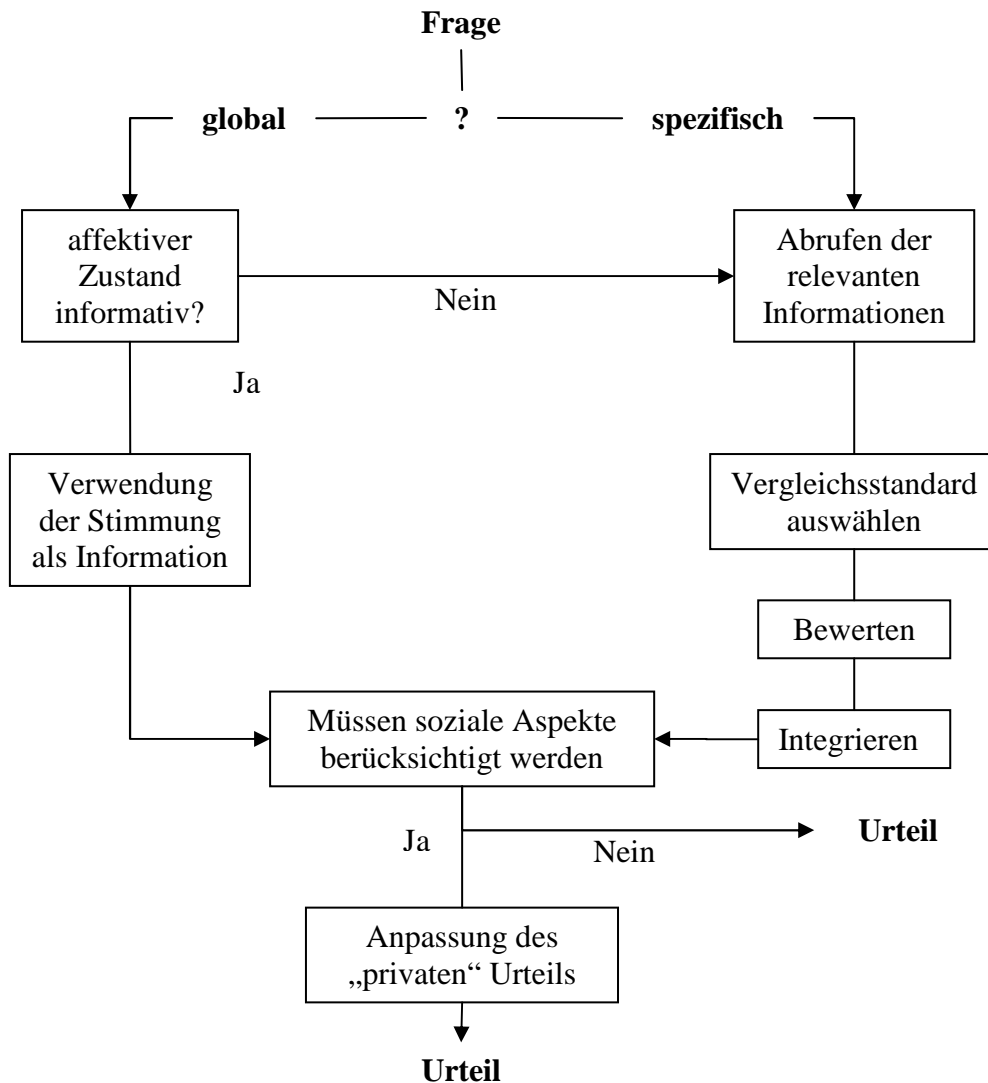
Modifiziert nach Campbell et al., 1976.

1.3.5.2 Das Urteilsmodell des subjektiven Wohlbefindens nach Schwarz und Strack

Es spielt eine große Rolle, ob man bereichsspezifischen und globalen Urteilen die gleichen kognitiven Abläufe zugrunde legt oder ihnen unterschiedliche Prozesse zuordnet. Scheinbare Widersprüche zwischen globalen und spezifischen Urteilen lassen sich

möglicherweise besser erklären, wenn man differentielle Prozesse der Urteilsbildung annimmt. Schwarz und Strack (1991) bieten mit ihrem Urteilsmodell des subjektiven Wohlbefindens einen Erklärungsansatz, der den Einfluss der momentanen affektiven Lage auf Aussagen zu globaler Zufriedenheit und allgemeinem Glücksempfinden (*happiness*) betont. Allgemeine Urteile zur Lebenszufriedenheit sind Anforderungen, die sich auf einen hoch komplexen Gegenstand und eine immense Informationsmenge beziehen, die möglicherweise gar nicht in allen relevanten Facetten verarbeitet werden kann. Daher verwenden Personen einfachere Heuristiken zur Bestimmung der globalen Lebenszufriedenheit, vorzugsweise ihren momentanen affektiven Zustand. Gleichzeitig wird für bereichsspezifische Zufriedenheitsurteile ein ähnlicher Prozess angenommen, wie ihn Campbell et al. (1976) postulieren: Informationen werden zu einem Vergleichsstandard in Beziehung gesetzt und eine Bewertung in Abhängigkeit von der Differenz zwischen Ist-Zustand und Standard vorgenommen. Wird bei einem allgemeinen Urteil zur Lebenszufriedenheit der Informationswert des Affektes als zu gering eingeschätzt, liegt momentan keine starke affektive Tönung vor oder sind andere Informationen hervorstechender, wird diejenige Vergleichsstrategie zur Urteilsfindung verwendet, die auch bei bereichsspezifischen Urteilen zum Einsatz kommen würde. Schwarz und Strack beziehen auch mögliche soziale Einflüsse auf das Urteil mit ein, welches in Abhängigkeit von Kontext, Situation oder beteiligten Personen modifiziert werden kann, bevor es zu einer Äußerung kommt. Das Modell wurde von Pavot und Diener (1993a) in einer empirischen Studie überprüft. Dabei fand sich der stärkste Zusammenhang zwischen globaler Lebenszufriedenheit und allgemeiner Stimmung. Abbildung 3 veranschaulicht das Modell.

Abbildung 3 Urteilsmodell des subjektiven Wohlbefindens nach Schwarz & Strack



Modifiziert nach Schwarz & Strack, 1991.

1.3.5.3 Verflechtung kognitiver und affektiver Komponenten in Urteilen zur Lebenszufriedenheit

Folgt man Schwarz und Strack (1991), kommen bei der Bewertung konkreter Lebensbereiche andere Bewertungsheuristiken zum Tragen als bei globalen Urteilen (vgl. Andrews & Withey, 1974). Im Falle erlebter Verluste und Einschränkungen etwa treten diese negativen Faktoren offenbar deutlicher bei der Beurteilung konkreter Einzelbereiche ins Bewusstsein und resultieren in ungünstigeren Bewertungen als bei der Bewertung der abstrakten Größe „das Leben ganz allgemein“. Letztere scheint primär auf Grundlage des

allgemeinen Gefühlszustandes beurteilt zu werden. Dies kann die Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit aus bereichsspezifischen Urteilen erschweren.

Ein anderer Gesichtspunkt in diesem Zusammenhang ist, dass bereichsspezifische Urteile nur dann das Gesamturteil bestimmen können, wenn man von universell gültigen, interindividuell einheitlich gewichteten Bereichen ausgeht, welche die Lebenszufriedenheit insgesamt determinieren (vgl. Campbell et al., 1976). In ein individuelles *globales* Zufriedenheitsurteil fließen jedoch interindividuell divergierende *Einzeldimensionen* ein, die sich in einer *vorgegebenen* Auswahl spezifischer Bereiche möglicherweise nicht wiederfinden (Browne, O'Boyle, McGee, Joyce, McDonald, O'Malley et al., 1994; Pavot & Diener, 1993b; Schwarz & Strack, 1991). Selbst bei stabilen Urteilsdimensionen hätte eine unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Summanden einen differentiellen Effekt auf das resultierende Gesamturteil. Dieses entstünde auf einer von den vorgegebenen, aggregierten Einzeldimensionen abweichenden Basis und wäre folglich nicht direkt mit einem aggregierten Wert vergleichbar.

In diesen Überlegungen spiegelt sich die mögliche Verflechtung kognitiver und emotionaler Anteile des Wohlbefindens wider. Es wird deutlich, dass die Verwendung globaler Zufriedenheitsurteile nicht unproblematisch ist, sofern nicht Stimmungseffekte in die Kalkulation mit einbezogen werden. Gleichwohl sind Einzelfragen aufgrund der geringen zeitlichen und kognitiven Belastung für die Teilnehmer und ihrer weiten Verbreitung (und damit Vergleichbarkeit) durchaus eine ansprechende Erhebungsmethode (Bowling, 2005). Es ist schwierig zu entscheiden, welche Methode zu einer valideren Aussage über die allgemeine Lebenszufriedenheit eines Menschen führt: Das vermutlich stark stimmungsabhängige globale Urteil oder die Aggregation individuell sehr unterschiedlich bedeutsamer Einzeldimensionen. Wie im Verlauf dieser Arbeit zu zeigen sein wird, stellen individuell konstruierte Urteilsdimensionen und eine Aggregationsfunktion mit individueller Gewichtung dieser Bereiche möglicherweise einen pragmatischen Ausweg dar.

1.3.6 Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter

Im vorangehenden Teil dieser Arbeit zeichneten sich eine große Divergenz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung der Lebensqualität und die überwiegende Unabhängigkeit der subjektiven Lebensqualität von äußeren Bedingungen, wie beispielsweise dem Gesundheitszustand, ab. Zudem wurden Prozessmodelle globaler und bereichsspezifischer

Lebenszufriedenheit dargestellt. Hier wurde auch die Verflechtung kognitiver und emotionaler Komponenten innerhalb der Urteilsbildung diskutiert.

Erklärungsansätze für die relative Unabhängigkeit subjektiver Lebensqualität von den objektiven Bedingungen bieten die in den folgenden Abschnitten diskutierten Modelle der Anpassung des Selbst im Alter. Adaptationsfähigkeit bedeutet in erster Linie: Widerstandsfähigkeit des Selbst gegen aversive Ereignisse und Umstände. Das „Selbst“ soll hier mit Brandstädter und Greve (1992, S. 270) als „selbstreflexives System mit selbststabilisierenden, selbstprotektiven und selbstproduktiven Funktionen, das in die kognitive Repräsentation, Bewertung, aktive Steuerung und emotionale Bewältigung von Entwicklungs- und Alternsprozessen involviert ist“, verstanden werden. Anpassungsleistungen im Sinne der Selbstregulation sind also Repräsentations-, Bewertungs- und Bewältigungsleistungen des Selbst. „Subjektive Lebensqualität“ kann in diesem Kontext als *Erlebnisqualität* interpretiert werden, die sich u. a. auf Anpassungsleistungen zurückführen lässt und ein Ergebnis mehr oder minder erfolgreicher Selbstregulation darstellt.

1.3.6.1 Modelle der Anpassung im Alter

Eine breite Forschungsströmung befasst sich mit den Prozessen und Voraussetzungen, die „erfolgreiches Altern“ ermöglichen (z. B. Baltes, Kohli & Sames, 1989; Baltes & Baltes, 1990a, 1990b; Poon, Basford, Dowzer & Booth, 2003; Poon, Gueldner & Sprouse, 2003; Rowe & Kahn, 1998). Strukturelle, ökonomische und sozialpolitische Bedingungen werden ebenso wie individuelle Variablen psychischen und physischen Wohlergehens hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Alternsverlauf untersucht. Einige Ansätze gehen eher normativ an die Frage des erfolgreichen Alterns heran - so schließen Rowe und Kahn (1987, 1998) im Rahmen der *MacArthur Study of Successful Aging* explizit kranke oder funktionell benachteiligte Menschen aus der Gruppe der potenziell „erfolgreich“ Alternenden aus. *Successful aging* ist in ihrem Modell der besonders positiv selektierten Gruppe gesellschaftlich produktiver, gesunder und sozial gut eingebundener Alter vorbehalten. Diese stark sozial-normative Charakterisierung ist nicht unwidersprochen geblieben (Strawbridge, Wallhagen & Cohen, 2002; von Faber, Bootsma-van der Wiel, van Exel, Gussekloo, Lagaay, van Dongen et al., 2001; vgl. Kahn, 2002). Sie weist in der Grundkonzeption Ähnlichkeiten mit medizinisch-funktionalen Modellen der Lebensqualität auf (vgl. Abschnitt 1.3.2.2.3). Andere Theorien, die direkt oder indirekt auf

erfolgreiches Altern Bezug nehmen, sind weniger restriktiv in ihren Erfolgsnormen und gestehen der alternden Person einen Anpassungs- und Bewältigungsspielraum in Hinblick auf das Erfolgskriterium (Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden) zu. Diese sollen im Folgenden näher erläutert werden.

Es gibt drei besonders einflussreiche Theorien zu den psychologischen Mechanismen, welche zur Resilienz des Selbst über die Lebensspanne beitragen und die Aufrechterhaltung von Lebenszufriedenheit trotz bestehender Risiken und Verluste ermöglichen: das Zwei-Prozess-Modell der Bewältigung von Brandtstädter (Brandtstädter, 2002), die Theorie der lebenslangen Kontrolle von Heckhausen und Schulz (Heckhausen & Schulz, 1995) sowie das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK) von Paul B. und Margret M. Baltes (Baltes & Baltes, 1990a). Alle drei beschreiben im Kern „*engagement and disengagement in response to shifts in opportunities for goal pursuit*“ (Poulin, Haase & Heckhausen, 2005). Ihre Wurzeln liegen in der Gerontopsychologie und der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne³.

Das Zwei-Prozess-Modell der Bewältigung wurde von Jochen Brandtstädter entwickelt und empirisch überprüft (Brandtstädter, 2002; Brandtstädter & Greve, 1992; Brandtstädter & Greve, 1994a, 1994b; Brandtstädter & Rothermund, 2002). Die wesentlichen Elemente dieses Prozessmodells sind die Anpassungsstrategien der Assimilation und der Akkomodation, welche das Zusammenspiel von Zielverfolgung und Zielanpassung bzw. Zielaufgabe steuern. Von ihrem balancierten Verhältnis hängt die Aufrechterhaltung einer positiven Sicht auf das Selbst und die persönliche Entwicklung grundlegend ab. In Brandtstädters Modell beinhaltet *assimilative* Anpassung die Veränderung oder bewusste Steuerung einer Situation im Sinne eigener Zielvorstellungen. Assimilation wird auch als „hartnäckige Zielverfolgung“ bezeichnet und schließt korrektive Maßnahmen (beispielsweise Hilfsmittelverwendung) und das Erlernen neuer Fähigkeiten zur Kompensation vorhandener Defizite mit ein. *Akkomodative* Mechanismen hingegen unterliegen nur selten der bewussten Steuerung. Sie bewirken eine Anpassung der eigenen Ziele, Wünsche und Vorlieben an situationale Einschränkungen („flexible Zielanpassung“) und umfassen beispielsweise auch die Degradierung blockierter Entwicklungsoptionen (Brandtstädter & Rothermund, 1994; Rothermund & Brandtstädter,

³ Die Betrachtung von Bewältigung und Anpassungsleistungen liegt im Alter aufgrund der Vielzahl von alterstypischen Verlusten und Risiken (z. B. Berentung, zunehmende Morbidität, Veränderung der Sozialstruktur) besonders nahe (vgl. Heckhausen, 1997). Zudem kann angenommen werden, dass die mit dem Alter sich stärker differenzierenden Opportunitätsstrukturen auch zu einer größeren Heterogenität der Anpassungsmechanismen führen (Maddox, 1987).

2003; Wentura & Greve, 2000). Assimilative und akkomodative Bewältigung schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern kennzeichnen vorherrschende Tendenzen, mit aktuellen Entwicklungsaufgaben, Verlusten und Risiken umzugehen. Beide Anpassungsformen kommen erst bei einer wahrgenommenen Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand zum Tragen. Ihnen ist die Verarbeitung und Bewertung selbstbezogener Informationen vorgelagert. *Immunisierungstendenzen*, d. h. selbstwertdienliche Filtermechanismen bestimmen maßgeblich die Toleranzschwelle selbstwertabträglicher Informationen (vgl. das Konzept der „positiven Illusionen“: z. B. Taylor & Brown, 1988, 1994). Erst wenn Informationen nicht mehr neutralisiert oder abgewehrt werden können, werden sie zum Gegenstand eines Bewältigungs- oder Anpassungsprozesses.

Eine verwandte Sichtweise der Entwicklungsregulation stellt die Theorie der lebenslangen Kontrolle von Heckhausen und Schulz (Heckhausen, 1997; Heckhausen & Schulz, 1995) dar. Die grundsätzlichen Selbstregulationsmechanismen werden hier in den Konzepten der primären und der sekundären Kontrolle verortet. Primäre Kontrolle „*attempts to change the external world* [...] [Sekundäre Kontrolle], *by contrast, targets the internal world of the individual in efforts to 'fit in with the world'*“ (Heckhausen, 1997, S. 176). Bei aller oberflächlichen Ähnlichkeit unterscheiden sich die beiden Modelle jedoch in der der Anpassung zugrunde gelegten Motivation: Brandtstädter sieht das Primat der Aufrechterhaltung eines kohärenten Selbst über die Zeit, während Heckhausen und Schulz ein phylogenetisch begründetes Streben nach Aufrechterhaltung primärer Kontrolle als treibende Kraft hinter der Adaptation postulieren (Poulin et al., 2005).

Das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK-Modell) von Baltes und Baltes (Baltes, 1990; Baltes & Baltes, 1990a; Baltes & Carstensen, 1996) identifiziert drei Mechanismen, die zu einem erfolgreichen Altern beitragen: die *Selektion* von Zielen und Situationen, die den eigenen Möglichkeiten angemessen sind, die *Optimierung* vorhandener Fähigkeiten und Möglichkeiten durch Übung und aktive Auseinandersetzung und die *Kompensation* vorhandener Defizite, beispielsweise durch Hilfsmittel oder soziale Unterstützung. Das Erfolgskriterium wird hier nicht in der Erfüllung normativer Standards gesehen, sondern vielmehr in der Art des Umgangs mit der eigenen gegenwärtigen Situation. Erfolgreiches Altern findet in dem Maße statt, in dem ein Mensch innerhalb der biologischen und sozialen Grenzen seiner Möglichkeiten eine weitgehend selbstbestimmte und subjektiv erfüllende Lebensführung realisiert. Im Wesentlichen kommen innerhalb dieses Modells assimilative, also aktiv-

steuerungsbezogene Elemente zum Tragen. Gerade im Bereich der Selektion von Handlungszielen spielen jedoch auch akkomodative Prozesse eine Rolle (vgl. Brandtstädter, 2002).

Das SOK-Modell ist von Heckhausen in Verbindung mit den Konzepten von primärer und sekundärer Kontrolle erweitert und spezifiziert worden (Heckhausen, 1997; Poulin et al., 2005). Ein wichtiger Gesichtspunkt innerhalb des SOK-Modells und dieser Weiterentwicklung ist, dass die Güte einer Bewältigungs- oder Entwicklungsleistung nur zum Teil von den beteiligten äußeren Einflussfaktoren oder den verwendeten Bewältigungsstrategien an sich abhängig ist. Vielmehr ist das Ergebnis im Sinne von beispielsweise Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Selbstwert das entscheidende Kriterium bezüglich des Umgangs mit den unterschiedlichen Verlusten und Einschränkungen, die das Alter mit sich bringt (Freund & Baltes, 1998). Die empirische Forschungslage attestiert in dieser Hinsicht der älteren Bevölkerung einen überraschend gelungenen Umgang mit Veränderungen und Entwicklungsaufgaben (vgl. Smith & Baltes, 1996; Strawbridge et al., 2002; von Faber et al., 2001). Dies kontrastiert mit der normativ orientierten Auffassung von erfolgreicher Entwicklung im Alter, wie sie beispielsweise im Kontext der *MacArthur Study of Successful Aging* (Rowe & Kahn, 1987) und implizit von Verfechtern medizinisch-funktionaler Modelle von Lebensqualität (vgl. Ravens-Sieberer & Cieza, 2000) vertreten wird.

1.3.6.2 Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens

Menschen verzeichnen mit fortschreitendem Alter eine zunehmend negative Bilanzierung von „Gewinnen und Verlusten“ (Baltes, 1990, 1993; Heckhausen et al., 1989; Smith, 2003). Gleichzeitig neigen sie eher zur Verwendung akkomodativer Bewältigungsstrategien (Brandtstädter, 2002; Brandtstädter & Baltes-Götz, 1990; Rothermund & Brandtstädter, 2003) bzw. sekundärer Kontrolle (Heckhausen, 1997; Heckhausen & Schulz, 1995). Diese Beobachtungen beinhalten keine Wertung der Verlagerung auf eher passive Bewältigungsformen. Ganz im Gegenteil können bei objektiv vorhandenen starken Einschränkungen die Anerkennung eigener Grenzen und die kognitive Umorientierung auf realistischere Ziele eine höhere Zufriedenheit mit dem eigenen Leben und dem eigenen Alter fördern (Helgeson, 1992; Kunzmann, Little & Smith, 2002; Staudinger, Freund, Linden & Maas, 1996).

In zahlreichen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Gesundheitsvariablen fanden sich bezüglich der subjektiven Bewertungen von Lebensqualität bzw. Wohlbefinden Ergebnisse, die unter dem Schlagwort „Zufriedenheitsparadox“ zusammengefasst werden (Staudinger, 2000). In einer Analyse internationaler Studien zu Wohlbefinden und Alter zeigte sich, dass Menschen mit zunehmendem Alter vergleichbare oder sogar höhere Ausprägungen von Zufriedenheit und Wohlbefinden berichteten als jüngere Teilpopulationen. Der scheinbare Widerspruch zwischen objektiven Bedingungen bzw. aufgrund der Bedingungen erwarteter Zufriedenheit alter Menschen einerseits und ihres eigenen berichteten Wohlbefindens andererseits ist in verschiedensten Kontexten empirisch belegt worden (z. B. Diener & Suh, 1997b; Mroczek & Spiro, 2005; Smith et al., 1996; Staudinger & Freund, 1998). Besonders pointiert wird das Zufriedenheitsparadox im Gesundheitskontext deutlich: Menschen an beiden Enden des Krankheitsspektrums („Gesunde“ und „Kranke“) berichten nur geringfügig abweichende Ausprägungen ihres Wohlbefindens oder der Zufriedenheit mit ihrem Leben insgesamt (für eine Übersicht vgl. Diener et al., 1999). Weiter oben (Abschnitt 1.2.3) wurden bereits Ergebnisse berichtet, die darauf hindeuten, dass auch die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit im Altersverlauf, bei gleichzeitig im Mittel ansteigender Morbidität, weitgehend stabil bleibt (z. B. Idler, 1993; Yi & Vaupel, 2002).

Speziell in Bezug auf die emotionalen Komponenten des Wohlbefindens lässt sich beobachten, dass im Altersverlauf, also mit im Durchschnitt beachtlich ansteigenden Verlusten und Einschränkungen, die Häufigkeit von positivem Affekt zwar abnimmt, negativer Affekt aber nur einer sehr geringen Altersveränderung unterliegt (Charles, Reynolds & Gatz, 2001; Lawton, 2001; Magai, 2001). Entsprechend zeigt die Balance zwischen positivem und negativem Affekt im Mittel keine negative Alterskorrelation – positiver Affekt überwiegt bei weitem die Ausprägung von negativem Affekt (Isaakowitz & Smith, 2003; Mroczek & Kolarz, 1998; Smith et al., 1996; Stacey & Gatz, 1991). Dieser Befund ist nicht nur als Facette des Wohlbefindensparadoxes, sondern vor allen Dingen vor dem Hintergrund des Urteilsmodells des subjektiven Wohlbefindens von Schwarz und Strack (1991) von Bedeutung, welches einen erheblichen Einfluss der momentanen Affektlage auf globale Zufriedenheitsurteile annimmt (vgl. Abschnitt 1.3.5.2).

Die Anpassungsfähigkeit des Menschen hat selbstverständlich Grenzen (vgl. Jerusalem, 1997; Smith et al., 2002; Staudinger & Freund, 1998; Staudinger, 1997). So

zeigt sich nach sehr schwerwiegenden Ereignissen und Veränderungen (z. B. bei ernster chronischer Krankheit) eine große Übereinstimmung zwischen der (schlechten) objektiven Gesundheitssituation und der subjektiven Einschätzung bzw. Lebensqualität (Grimby & Svanborg, 1997; Kruse, 1992a; Martin, 2003; Poon et al., 2003). Ebenfalls nimmt im Zuge einer Akkumulation von Widrigkeiten im sehr hohen Alter (älter als 85 Jahre) das subjektive Wohlbefinden ab – gleichwohl alte Menschen im Mittel bis ins hohe Alter nach wie vor Werte des Wohlbefindens berichten, die deutlich im positiven Bereich liegen (Lawton, 2001; Magai, 2001; Smith et al., 2002). Obwohl sich beispielsweise in der Berliner Altersstudie insgesamt sehr differenzielle Strukturen protektiver Faktoren herauskristallisieren (Staudinger & Freund, 1998; Staudinger et al., 1996), konnten als globalen Risikofaktoren fehlende finanzielle und soziale Ressourcen (Baltes & Lang, 1997) sowie wie die dauerhafte Unterbringung in einem Heim oder einer Pflegeeinrichtung (Baltes, 1995) identifiziert werden. In einer Clusteranalyse von Daten der Berliner Altersstudie fanden Smith und Baltes (Smith & Baltes, 1997) zudem eine Häufung negativer Funktionsprofile in der Altersgruppe der Hochbetagten, welche mit einem deutlichen Absinken des Wohlbefindens in diesen Clustern einhergeht.

In Bezug auf das Zufriedenheitsparadox bieten sich unter diesen Gesichtspunkten weitere Erklärungsalternativen an. Ausgehend von einer vorherrschenden akkomodativen Verarbeitung bzw. einer Verlagerung auf sekundäre Kontrollstrategien, legen ältere Menschen möglicherweise bei zunehmenden Einschränkungen entweder veränderte Standards hinsichtlich ihrer eigenen Leistungsfähigkeit an oder senken die Schwelle der Zielerreichung (Brandtstädter & Baltes-Götz, 1990; Heckhausen, 1997; Rothermund & Brandtstädter, 2003). Als Ursachen für diese Veränderungen hinsichtlich ihrer Erwartungen und Ziele werden subjektive Altersvorstellungen und soziale Altersnormen sowie soziale und temporale Vergleichsprozesse diskutiert (Beaumont & Kenealy, 2004; Filipp & Buch-Bartos, 1994; Filipp & Ferring, 1998; Mehlsen, Kirkegaard Thomsen, Viidik, Olesen & Zachariae, 2005; Montepare & Clements, 2001; Thomae, 1987). Brickman und Campbell (1971) postulierten ein Streben des Selbst nach einer moderat positiven Affektlage und prägten für die damit verbundenen Prozesse den Ausdruck „*hedonic treadmill*“. Die grundlegenden Mechanismen um diese ausgewogene Gefühlslage zu erreichen sind nach ihren Überlegungen selbstwertdienliche zeitliche, räumliche und soziale Vergleiche. Über diese Vergleichsprozesse hinaus besteht die Möglichkeit, dass ältere Menschen eine generelle Verschiebung ihrer Prioritäten erleben oder eine bewusste

Reorganisation der eigenen Zielsysteme vornehmen, sodass sie zur Bewertung ihrer Zufriedenheit andere Situationen und Ziele heranziehen als zuvor. Bereiche, die früher einmal wichtig waren (oder in jüngeren Kohorten wichtig sind), werden in ihrer subjektiven Bedeutsamkeit herabgemindert oder nicht mehr evaluiert; die Bewertung des eigenen Lebens findet anhand neuer oder modifizierter Bereiche statt, in denen aktuell eine größere Kompetenz wahrgenommen wird oder die „altersangemessener“ erscheinen (Brandtstädter & Rothermund, 1994; Heckhausen, 1997; Rudinger & Thomae, 1990; vgl. Baltes & Baltes, 1990a; Sprangers & Schwartz, 1999). Untermauert wird diese Interpretation von Untersuchungen, welche die Bedeutsamkeit von Lebensbereichen und Zielen im Alter und im Altersvergleich thematisieren. Diese werden weiter unten ausführlicher dargestellt (vgl. Abschnitt 1.3.6.4).

1.3.6.3 Differenzielle Effekte von Multimorbidität auf Lebensqualität aus medizinisch-pflegerischer Perspektive

Nicht nur aus psychologischer Perspektive wurden Zusammenhänge von Lebensqualität und Krankheit bearbeitet. Auf Grund der großen Bedeutung der Variablen „Lebensqualität“ im medizinisch-pflegerischen Sektor fanden auch hier zahlreiche Untersuchungen statt, die weitere Facetten des Zufriedenheitsparadoxons beleuchten. Zum besseren Verständnis ist es hilfreich, sich die Struktur vieler medizinisch-pflegerischer Messinstrumente der Lebensqualität zu vergegenwärtigen.

Im medizinisch-pflegerischen Kontext wird zwischen so genannten generischen und krankheitsspezifischen Instrumenten differenziert (Bullinger, 2000; Fitzpatrick et al., 1998; Guyatt et al., 1993). Das wesentliche Charakteristikum generischer Maße ist der Anspruch, auf einer universalen Ebene Lebensqualität von Individuen oder Populationen abbilden zu können, ungeachtet ihrer möglichen Zugehörigkeit zu einer Teilpopulation (z. B. Altersgruppe). Krankheitsspezifische Instrumente dagegen sollen den unterschiedlichen spezifischen Charakteristika bestimmter Krankheitsgruppen Rechnung tragen. Sie sollen eine differenziertere Betrachtung von besonders relevanten Teilaspekten der Lebensqualität und Entwicklungsverläufen im Rahmen bestimmter Profile von Einschränkungen, Behinderungen oder allgemein gesprochen Veränderungen im Zustand von Personen ermöglichen (Fitzpatrick et al., 1998; Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Meist wird Lebensqualität innerhalb des Instruments in unterschiedliche Facetten aufgefächert – die häufigsten sind sicherlich eine physiologisch-funktionale, eine psychologisch-

emotionale und eine soziale Facette (Ravens-Sieberer & Cieza, 2000; vgl. z. B. Ware & Sherbourne, 1992; WHOQoL Group, 1993). Diese Teilskalen sind sehr unterschiedlich valide und differenziert. Tendenziell sind die Instrumente beim Einsatz in älteren Populationen identisch mit solchen, die für jüngere Menschen entwickelt wurden. Obwohl einige Instrumente speziell für ältere Populationen adaptiert oder neu entwickelt wurden, gibt es nur unzureichende Nachweise ihrer psychometrischen Qualität (Haywood, Garratt & Fitzpatrick, 2005a, 2005b).

Grimby und Svanborg (Grimby & Svanborg, 1997) fanden in einer Untersuchung zum Zusammenhang von Multimorbidität und Lebensqualität älterer Menschen ein inverses Verhältnis von Anzahl der Erkrankungen und körperbezogenen Dimensionen der Lebensqualität (gemessen mit dem Nottingham Health Profile: Hunt et al., 1985). Für die sozialen und psychologischen Dimensionen trat diese gegenläufige Beziehung jedoch erst bei erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen auf, nämlich bei vier oder mehr Diagnosen. Auch Michelson, Bolund und Brandberg (2001) kamen in einer Studie zu Multimorbidität und Lebensqualität in der Schwedischen Allgemeinbevölkerung zu ähnlichen Ergebnissen in Bezug auf den älteren Teil der Population. Mit einer steigenden Zahl von Erkrankungen sank die Lebensqualität (gemessen mit dem EORTC QLQ-C30: Sprangers, Cull, Bjordal, Groenvold & Aaronson, 1993) der Befragten zwischen 60 und 79 Jahren deutlich ab. Wurde jedoch zwischen körperbezogenen und emotionalen Aspekten der Lebensqualität differenziert, so zeigten die Befragten trotz schlechteren Gesundheitszustandes ein normales bis positives „emotionales Funktionsniveau“. Wensing, Vingerhoets und Grol (2001) kamen in einer Studie mit dem SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) zu dem Ergebnis, dass Gesundheitsprobleme und Komorbiditäten bedeutend bessere Prädiktoren für die physischen Dimensionen als für die mentalen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität seien. Bestätigung finden diese exemplarisch dargestellten Ergebnisse in einer Übersichtsarbeit von Fortin et al. (2004), welche den Zusammenhang zwischen mehrfachen Erkrankungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität thematisiert. Trotz Einschränkungen der Vergleichbarkeit der untersuchten Studien (auf Grund eines mangelnden Konsens' bezüglich der Definition von Multimorbidität) finden die Autoren über alle betrachteten Untersuchungen hinweg einen umgekehrten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Diagnosen und den körperbezogenen Dimensionen von Lebensqualität. Soziale, emotionale und psychologische Bereiche sind indessen in den meisten Fällen erst bei

deutlich erhöhter Anzahl der Erkrankungen, also vermutlich sehr starker körperlicher Beeinträchtigung, betroffen (vgl. Fortin, Bravo, Hudon, Lapointe, Almirall, Dubois et al., 2006). Angesichts der Kenntnisse zur Anpassungsfähigkeit alter Menschen (vgl. Abschnitt 1.3.6.1) verwundert es nicht, dass für den Einzelnen Gesundheitseinschränkungen zunächst nur auf der Ebene der Selbstbewertung des Gesundheitszustandes, nicht jedoch auf der des Wohlbefindens oder der sozialen Beziehungen spürbar werden.

1.3.6.4 Die Bedeutung spezifischer Lebensbereiche im Alter

Mit zunehmendem Alter verändern sich viele Ebenen der Lebenssituation eines Menschen, z. B. soziale Rollen, gesundheitliche Situation, Zeit- und Zukunftsperspektiven, soziale Beziehungen und Partnerschaft. Die vor allem im Zusammenhang mit erfolgreichem Altern diskutierten Gewinne und Verluste im Alter wirken in starkem Maße auf die Grenzen und Möglichkeiten der individuellen Lebensgestaltung und Entwicklung ein. Die oben diskutierte Anpassungsfähigkeit des Selbst ermöglicht es dem Einzelnen, mit dieser Verschiebung der objektiv gegebenen Möglichkeiten und Entwicklungsperspektiven mehr oder weniger erfolgreich umzugehen. Ein bedeutsamer Mechanismus der Anpassung ist die Neuausrichtung des eigenen Ziel- und Wertesystems durch eine Verschiebung der Wichtigkeit seiner Elemente (Baltes & Baltes, 1990a; Brandtstädter & Rothermund, 1994; Schindler, Staudinger & Nesselroade, 2006; Staudinger et al., 1996). Altersspezifische Studien zur Bedeutsamkeit von Lebensbereichen können einen Einblick in die querschnittliche Struktur der individuellen Wertesysteme im Alter geben.

Eine Verschiebung der Wertigkeit einzelner Lebensbereiche im Vergleich zu jüngeren Kohorten spiegelt sich vermutlich auch in der Bewertung der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben. Eine zunehmende Betonung „sinnbezogener“ im Gegensatz zu „handlungsbezogenen“ Ressourcen im Alter kann Quellen positiver Erfahrungen und selbstwertdienlichen Kompetenzerlebens trotz objektiver Einschränkungen und Risiken eröffnen (Brandtstädter, Meiniger & Gräser, 2003; vgl. Ryff, 1989a). In diesem Sinne tragen gesundheitliche bzw. funktionelle Einschränkungen und soziale Veränderungen (z. B. Rente, Umzug oder auch Todesfälle im Freundes- und Familienkreis), vermittelt durch kognitive Adaptationsprozesse, zur interindividuellen Heterogenität der Bedeutung von Lebensbereichen im Alter erheblich bei.

In Tabelle 4 sind neun Studien aus jüngerer Zeit im Überblick dargestellt, welche die individuellen Vorstellungen älterer Menschen zu ihrer Lebensqualität und ihrem

Wohlbefinden thematisieren (vgl. auch Brandtstädter et al., 2003). In der Zusammenschau treten folgende Muster in den Vordergrund: Allgemein nimmt die Bedeutung der beruflichen Arbeit bei älteren Menschen stark ab, da die wenigsten Personen im Rentenalter noch einer regelmäßigen Beschäftigung nachgehen. Gute Kontakte zur Familie und zu Freunden erlangen demgegenüber in vielen Fällen eine hohe Priorität; obgleich sich das soziale Netzwerk im Alter quantitativ reduziert, gewinnt die Qualität der sozialen Kontakte großes Gewicht (vgl. Carstensen, 1995; Carstensen, Fung & Charles, 2003). Gleichzeitig sind erfüllende soziale Rollen und soziale Partizipation nach eigenem Bekunden wichtige Faktoren für die Lebensqualität älterer Menschen. In einigen Studien werden zudem Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit besonders thematisiert. Die eigene Gesundheit und Mobilität besitzt meistens einen hohen Stellenwert, jedoch keineswegs die höchste Priorität. Bedeutsam sind auch sozial-räumliche Bedingungen, wie beispielsweise die eigene Wohnung, die Wohngegend und die Infrastruktur. Der Zugang zu den unterschiedlichen Akteuren und Institutionen des Gesundheitssystems stellt aus Sicht der älteren Menschen ebenfalls eine wichtige Einflussgröße dar. Schließlich gewinnt die Beschäftigung mit religiösen, philosophischen und „geistigen“ Themen an Bedeutung.

Diese Befunde stützen zum Teil die dargestellten Theorien zur Anpassung im Alter. Beispielsweise ist im Sinne des SOK-Modells eine Verschiebung der Prioritäten auf Bereiche mit bestehender Handlungskompetenz der Lebenszufriedenheit dienlich ist (vgl. Baltes & Baltes, 1990a; Heckhausen, 1997). Es gibt jedoch auch Studien mit interessanten gegenläufigen Ergebnissen: Bowling et al. (2003) fanden eine Tendenz der befragten älteren Menschen, diejenigen Dinge im Leben besonders wertzuschätzen, die ihnen verloren gegangen waren (z. B. Gesundheit, soziale Sicherheit). Es bleibt offen, ob diese „hartnäckige Zielverfolgung“ im Brandtstädter’schen Sinne (Brandtstädter & Rothermund, 2002) ein Artefakt des Frageformats darstellt oder ob auch selbstwertabträgliche Wahrnehmungen stärker als bisher angenommen in den Selbstrepräsentationen und Wertesystemen älterer Menschen präsent sind. Zudem treten in einigen Studien Dimensionen in den Vordergrund, die in vielen Fragebögen zur Lebensqualität unterrepräsentiert sind: die eigene Wohnung, das Versorgungssystem oder gesellschaftspolitische Partizipation. Möglicherweise speist sich die Wahrnehmung von Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter gerade auch aus solchen Bereichen, deren Bewertung direkt oder indirekt das Erleben von Unabhängigkeit und Selbstbestimmung (z. B. eigene

Wohnung, gesellschaftliche Teilhabe) oder Abhängigkeiten (z. B. Gesundheitsversorgung, Infrastruktur) zum Inhalt haben (vgl. Baltes et al., 1996).

Tabelle 4 Studien zu subjektiven Vorstellungen älterer Menschen hinsichtlich Lebensqualität und Wohlbefinden

Studie	Stichprobe	Fragestellung(en); Häufigkeit/Prozent benannter Dimensionen (wenn angegeben); Anmerkungen
(Borglin, Edberg & Hallberg, 2005)	<p>N = 11 w = 6, m = 5</p> <p>80-85 Jahre</p>	<p><i>Themenzentrierte Interviews: „I am interested to hear about your thoughts, feelings, and experience of the good life/quality of life and how it has influenced you. I would like you to narrate positive, negative, and neutral aspects.“</i></p> <p><u>Life values</u> Living in the present Living at the end of life Accepting and adjusting</p> <p><u>Recollection of previous life</u> Reminiscing</p> <p><u>Significant others</u> Staying together as opposed to losing a part of oneself Being involved as opposed to being left out</p> <p><u>Material wealth</u> Having freedom as opposed to having limitations</p> <p><u>Health</u> Being independent as opposed to being dependent Being aware of the inevitable Keeping control as opposed to losing control over body and/or mind</p> <p><u>Home</u> Having home as an integrated part of oneself</p> <p><u>Activities</u> Participating in life Enjoying life Giving meaning to the day</p> <p><i>Anmerkung: ST sind nicht pflegebedürftig und leben zu Hause in einer schwedischen Großstadt.</i></p>

Fortsetzung Tabelle 4

(Bowling, 1995)	n = keine Angaben (siehe Anmerkungen)	<i>Offene Frage zu „things regarded as important (good or bad)“ und individuelle Rangordnung der genannten Bereiche im Rahmen einer umfassenderen Befragung zur Lebensqualität. Auf den Rängen 1-5 der wichtigsten Bereiche (frei generiert):</i>																																										
	65 Jahre und älter	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><i>Altersgruppe</i></th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><i>65- 74</i></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><i>75+</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Relationships with family/relatives</td> <td style="text-align: center;">47%</td> <td style="text-align: center;">46%</td> </tr> <tr> <td>Relationships with other people</td> <td style="text-align: center;">12%</td> <td style="text-align: center;">16%</td> </tr> <tr> <td>Own health</td> <td style="text-align: center;">65%</td> <td style="text-align: center;">60%</td> </tr> <tr> <td>Health of someone close/responsible for</td> <td style="text-align: center;">32%</td> <td style="text-align: center;">26%</td> </tr> <tr> <td>Financial security</td> <td style="text-align: center;">48%</td> <td style="text-align: center;">35%</td> </tr> <tr> <td>Environment</td> <td style="text-align: center;">7%</td> <td style="text-align: center;">10%</td> </tr> <tr> <td>Conditions at work/job</td> <td style="text-align: center;">2%</td> <td style="text-align: center;">0%</td> </tr> <tr> <td>Availability of work/able to work</td> <td style="text-align: center;">4%</td> <td style="text-align: center;">4%</td> </tr> <tr> <td>Social life/leisure activities</td> <td style="text-align: center;">22%</td> <td style="text-align: center;">20%</td> </tr> <tr> <td>Religion/spiritual</td> <td style="text-align: center;">6%</td> <td style="text-align: center;">6%</td> </tr> <tr> <td>Education</td> <td style="text-align: center;">1%</td> <td style="text-align: center;">1%</td> </tr> <tr> <td>Other (crime, politics/government, happiness/subjective well-being, unspecified, sex life etc.)</td> <td style="text-align: center;">14%</td> <td style="text-align: center;">15%</td> </tr> </tbody> </table>			<i>Altersgruppe</i>			<i>65- 74</i>	<i>75+</i>	Relationships with family/relatives	47%	46%	Relationships with other people	12%	16%	Own health	65%	60%	Health of someone close/responsible for	32%	26%	Financial security	48%	35%	Environment	7%	10%	Conditions at work/job	2%	0%	Availability of work/able to work	4%	4%	Social life/leisure activities	22%	20%	Religion/spiritual	6%	6%	Education	1%	1%	Other (crime, politics/government, happiness/subjective well-being, unspecified, sex life etc.)	14%
	<i>Altersgruppe</i>																																											
	<i>65- 74</i>	<i>75+</i>																																										
Relationships with family/relatives	47%	46%																																										
Relationships with other people	12%	16%																																										
Own health	65%	60%																																										
Health of someone close/responsible for	32%	26%																																										
Financial security	48%	35%																																										
Environment	7%	10%																																										
Conditions at work/job	2%	0%																																										
Availability of work/able to work	4%	4%																																										
Social life/leisure activities	22%	20%																																										
Religion/spiritual	6%	6%																																										
Education	1%	1%																																										
Other (crime, politics/government, happiness/subjective well-being, unspecified, sex life etc.)	14%	15%																																										
<i>Anmerkung:</i> Teilstichprobe der Personen von 65 Jahren und älter der monatlichen nationalen Stichprobe des OPCS Omnibus Survey aus Großbritannien zu einem Messzeitpunkt (N = 2031). ST leben zu Hause in Großbritannien.																																												

Fortsetzung Tabelle 4

<p>(Bowling et al., 2003)</p>	<p>N = 999 n (65-74) = 624 n (75+) = 375 w = 480, m = 519</p> <p>65 und älter</p>	<p><i>Offene Fragen zu konstituierenden Elementen der Lebensqualität im Rahmen eines umfassenderen, teilstrukturierten Interviews zu individuellen Vorstellungen zur Lebensqualität älterer Menschen.</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>“good things give quality”</th> <th>“bad things take quality”</th> <th>“mentioned good or bad”</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Social relationships</td> <td>81%</td> <td>12%</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>Social roles & activities</td> <td>60%</td> <td>1%</td> <td>62%</td> </tr> <tr> <td>Other activities done alone</td> <td>48%</td> <td>2%</td> <td>49%</td> </tr> <tr> <td>Health</td> <td>44%</td> <td>50%</td> <td>76%</td> </tr> <tr> <td>Psychological</td> <td>38%</td> <td>17%</td> <td>49%</td> </tr> <tr> <td>Home & neighbourhood</td> <td>37%</td> <td>30%</td> <td>54%</td> </tr> <tr> <td>Financial circumstances</td> <td>33%</td> <td>23%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Independence</td> <td>27%</td> <td>4%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>Other/miscellaneous</td> <td>8%</td> <td>29%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>Society/politics</td> <td>1%</td> <td>16%</td> <td>16%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Anmerkung:</i> Nationale Stichprobe von zu Hause lebenden Menschen über 64 Jahren in Großbritannien.</p>		“good things give quality”	“bad things take quality”	“mentioned good or bad”	Social relationships	81%	12%	83%	Social roles & activities	60%	1%	62%	Other activities done alone	48%	2%	49%	Health	44%	50%	76%	Psychological	38%	17%	49%	Home & neighbourhood	37%	30%	54%	Financial circumstances	33%	23%	50%	Independence	27%	4%	30%	Other/miscellaneous	8%	29%	35%	Society/politics	1%	16%	16%
	“good things give quality”	“bad things take quality”	“mentioned good or bad”																																											
Social relationships	81%	12%	83%																																											
Social roles & activities	60%	1%	62%																																											
Other activities done alone	48%	2%	49%																																											
Health	44%	50%	76%																																											
Psychological	38%	17%	49%																																											
Home & neighbourhood	37%	30%	54%																																											
Financial circumstances	33%	23%	50%																																											
Independence	27%	4%	30%																																											
Other/miscellaneous	8%	29%	35%																																											
Society/politics	1%	16%	16%																																											
<p>(Browne et al., 1994)</p>	<p>N = 56</p> <p>65-90 Jahre (t1) M = 73,7 Jahre (t1)</p>	<p><i>Im Rahmen eines individualisierten Fragebogens zur Lebensqualität (SEIQoL) genannte Dimensionen der Lebensqualität zu t1 und t2 (12 Monate später).</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>t1</th> <th>t2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Family</td> <td>89%</td> <td>89%</td> </tr> <tr> <td>Social and leisure activities</td> <td>95%</td> <td>59%</td> </tr> <tr> <td>Health</td> <td>91%</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>Living conditions</td> <td>80%</td> <td>89%</td> </tr> <tr> <td>Religion</td> <td>75%</td> <td>84%</td> </tr> <tr> <td>Independence</td> <td>16%</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>Finances</td> <td>25%</td> <td>43%</td> </tr> <tr> <td>Relationships</td> <td>18%</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>Work</td> <td>5%</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>Happiness</td> <td>5%</td> <td>5%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Anmerkung:</i> ST sind gesunde Ältere, d. h. aktuell keine verschreibungspflichtigen Medikamente, nicht in medizinischer Behandlung und ohne chronische oder akute Erkrankungen. Alle ST leben unabhängig zu Hause im Großraum Dublin, Irland.</p>		t1	t2	Family	89%	89%	Social and leisure activities	95%	59%	Health	91%	87%	Living conditions	80%	89%	Religion	75%	84%	Independence	16%	14%	Finances	25%	43%	Relationships	18%	21%	Work	5%	7%	Happiness	5%	5%											
	t1	t2																																												
Family	89%	89%																																												
Social and leisure activities	95%	59%																																												
Health	91%	87%																																												
Living conditions	80%	89%																																												
Religion	75%	84%																																												
Independence	16%	14%																																												
Finances	25%	43%																																												
Relationships	18%	21%																																												
Work	5%	7%																																												
Happiness	5%	5%																																												

Fortsetzung Tabelle 4

(Farquhar, 1995a)	N = 204 städtisch: n(65-84) = 66 n(85+) = 68 ländlich: n(65+) = 70 Alter: 65+	<i>Offene Fragen zur eigenen Lebensqualität im Rahmen einer umfangreicheren Fragebogenbatterie zu Lebensqualität im Alter:</i>									
		<i>„What things give your life quality?“</i>			<i>“What would make the quality of your life better?“</i>						
			<i>urban</i>		<i>rural</i>		<i>urban</i>		<i>rural</i>		
			<i>65-84</i>	<i>85+</i>	<i>65-84</i>		<i>65-84</i>	<i>85+</i>	<i>65-84</i>		
		Nothing	2	8	-	Nothing	19	7	15		
		Family	26	23	34	More mobile/able	7	27	11		
		Activities	15	20	34	Better health	6	12	15		
		Other social contacts	15	17	15	Move house	20	9	12		
		Health	23	7	17	Company	6	8	2		
		Material circumstances	15	7	15	Material circumstances	22	7	24		
			<i>“What things take quality away from your life?“</i>			<i>“What would make the quality of your life worse?“</i>					
				<i>urban</i>		<i>rural</i>		<i>urban</i>		<i>rural</i>	
	<i>65-84</i>	<i>85+</i>	<i>65-84</i>		<i>65-84</i>	<i>85+</i>	<i>65-84</i>				
Nothing	4	9	15	Losing anything	2	4	-				
Reduced social contacts	20	22	22	Losing family	34	27	39				
Ill health		11	18	12	Immobility/housebound	9	15	24			
Helplessness/immobility	4	14	10	Ill health		15	14		15		
Housebound	4	11	-	Losing home/income	7	10	5				
Material circumstances	26	7	10								
Miserable/unhappy	7	7	10								
<i>Anmerkung: Alle Angaben sind absolute Häufigkeitswerte. ST leben zu Hause, entweder städtisch (Hackney, London, UK) oder ländlich (Braintree, Essex, UK).</i>											

Fortsetzung Tabelle 4

<p>(Fliege & Philipp, 2000)</p>	<p>N = 26 w = 14, m = 12 65-74 Jahre M = 69,8 Jahre</p>	<p><i>Halbstandardisierte Interviews zu konstituierenden Elementen von Glück (n = 13) bzw. Lebensqualität (n = 13):</i></p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="685 316 1120 587"> <p><u>Personale Ressourcen</u> Gesundheit hohe allgemeine Leistungsfähigkeit positive Einstellungen und Bewertungen positive Befindlichkeit/Zufriedenheit ethisch-religiöse Orientierung Rückblick/Bilanzierung Vorausblick/Hoffnung andere personale Ressourcen</p> </td> <td data-bbox="1368 316 1747 526"> <p><u>Aktivitäten</u> Erfüllung einer Aufgabe Ausgefüllter Tages-/Wochenablauf Freizeitbeschäftigung Reisen/Urlaub/Kur Mobilität/Flexibilität Freiheit der Lebensgestaltung</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="685 624 1093 834"> <p><u>Soziale Ressourcen und Interaktionen</u> Familie Partnerschaft außerfamiliäre Interaktion Unabhängigkeit Alleinsein/Einsamkeit gesellschaftspolitische Verhältnisse</p> </td> <td data-bbox="1368 563 1747 710"> <p><u>Materielle Ressourcen und Umwelt</u> Wohnung/Haus Lebensfreude/Natur finanzielle Ressourcen materielle Güter</p> </td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1368 746 1995 925"> <p><u>Definitische Aspekte</u> Abstrakte Umschreibungen/Zuschreibungen Glück bzw. Lebensqualität als Kontrasterleben Glück bzw. Lebensqualität als Abwesenheit/Gegenteil von Unglück</p> </td> </tr> </table> <p><i>Anmerkung:</i> ST mit relativ gutem Gesundheitszustand und weitgehend eigenständiger Lebensführung aus Trier.</p>	<p><u>Personale Ressourcen</u> Gesundheit hohe allgemeine Leistungsfähigkeit positive Einstellungen und Bewertungen positive Befindlichkeit/Zufriedenheit ethisch-religiöse Orientierung Rückblick/Bilanzierung Vorausblick/Hoffnung andere personale Ressourcen</p>	<p><u>Aktivitäten</u> Erfüllung einer Aufgabe Ausgefüllter Tages-/Wochenablauf Freizeitbeschäftigung Reisen/Urlaub/Kur Mobilität/Flexibilität Freiheit der Lebensgestaltung</p>	<p><u>Soziale Ressourcen und Interaktionen</u> Familie Partnerschaft außerfamiliäre Interaktion Unabhängigkeit Alleinsein/Einsamkeit gesellschaftspolitische Verhältnisse</p>	<p><u>Materielle Ressourcen und Umwelt</u> Wohnung/Haus Lebensfreude/Natur finanzielle Ressourcen materielle Güter</p>		<p><u>Definitische Aspekte</u> Abstrakte Umschreibungen/Zuschreibungen Glück bzw. Lebensqualität als Kontrasterleben Glück bzw. Lebensqualität als Abwesenheit/Gegenteil von Unglück</p>
<p><u>Personale Ressourcen</u> Gesundheit hohe allgemeine Leistungsfähigkeit positive Einstellungen und Bewertungen positive Befindlichkeit/Zufriedenheit ethisch-religiöse Orientierung Rückblick/Bilanzierung Vorausblick/Hoffnung andere personale Ressourcen</p>	<p><u>Aktivitäten</u> Erfüllung einer Aufgabe Ausgefüllter Tages-/Wochenablauf Freizeitbeschäftigung Reisen/Urlaub/Kur Mobilität/Flexibilität Freiheit der Lebensgestaltung</p>							
<p><u>Soziale Ressourcen und Interaktionen</u> Familie Partnerschaft außerfamiliäre Interaktion Unabhängigkeit Alleinsein/Einsamkeit gesellschaftspolitische Verhältnisse</p>	<p><u>Materielle Ressourcen und Umwelt</u> Wohnung/Haus Lebensfreude/Natur finanzielle Ressourcen materielle Güter</p>							
	<p><u>Definitische Aspekte</u> Abstrakte Umschreibungen/Zuschreibungen Glück bzw. Lebensqualität als Kontrasterleben Glück bzw. Lebensqualität als Abwesenheit/Gegenteil von Unglück</p>							

Fortsetzung Tabelle 4

(Mountain, Campbell, Seymour, Primrose & Whyte, 2004)	N = 60	<i>Erfassung der individuell für Lebensqualität bedeutsamen Bereiche im Rahmen des SEIQoL (Joyce et al., 2003)</i>	
	w = 36, m = 24		
	65-95 Jahre	<u>Lebensbereich</u>	Häufigkeit
	M = 81 Jahre	Family	54
		Health	35
		Hobbies/leisure activities	32
		Home	26
		money	25
		Relationship with spouse	18
		Friends	18
		Work	12
		Religion	9
		mobility	9
	Social activities	8	
	Neighbours	7	
	Pets, sex, love, carer	<5	
<i>Anmerkung: ST rekrutiert aus Neueinweisungen einer geriatrischen Krankenhausabteilung.</i>			

Fortsetzung Tabelle 4

(Richard et al., 2005)	N = 72 (w = 53, m = 19)	<i>Acht Fokusgruppen (n = 8-10) zu „issues related to health and quality of life“:</i>			
	50-89 Jahre	<i>Factors positively related to quality of life</i>		<i>Factors negatively related to quality of life</i>	
		<u>Intrapersonal factors</u>	<u>n</u>	<u>Intrapersonal factors</u>	<u>n</u>
		Health and independence	8	Financial problems/poverty	4
		Financial security	8	Health problems and loss of independence	2
		Self-determination	6	Addictions	2
		Opportunities for personal growth and learning	6	Difficulties in adapting to retirement	2
		Personal activities / active lifestyle	6	Negative personal attitude/self-perception	1
		Positive personal attitude	5		
		Personal qualities and capacities	5	<u>Interpersonal factors</u>	
		Spiritual/religion	4	Isolation, lack of social support	7
		Life history	3	Negative attitude towards older adults	4
		Luck	2	Difficulties in becoming socially involved	4
				Violence/abuse	3
		<u>Interpersonal factors</u>			
		Human contacts and social network	7	<u>Organizational factors</u>	
		Feeling useful/accepted; having a place in society	7	Medication costs	6
		Social activities/involvement	7	Deterioration of the health system	4
		Balance and variety of activities	2	Tendency towards over-medication	2
		Linguistic integration	2		
		<u>Community factors</u>		<u>Community factors</u>	
		Availability of seniors' centres	7	Lack of affordable, quality housing	8
		Easy access to services and resources	6	Poor quality of the regular/adapted transit system	4
		Accessibility and proximity of services	6	Lack of access to adapted housing	3
		Accessibility/quality of housing	6	Overloaded volunteer work	4
		Pleasant, healthy and clean neighbourhood	5	Difficulties in getting around the city (environmental barriers)	3
		Accessibility/quality of public transportation	3	Automation of services	2
		Safe environment	2	Climate of fear and insecurity	2
		<u>Organizational factors</u>		<u>Political factors</u>	
		Quality and accessibility of health care services	6	Inadequate old age pension	7
		Home-care services	5	Questionable government financing priorities and actions	5
		Respect/consideration by health care workers	2	Little decision-making power; feelings of powerlessness	5
		Accessibility of medication	1		

Fortsetzung Tabelle 4

		<p><u>Political factors</u></p> <p>Having decision-making power 5</p> <p>Adequate income 3</p>	<p>(Forts. <i>political factors</i>)</p> <p>High levels of taxation 4</p> <p>Government loss of power 3</p> <p>Little or no consultation on important issues affecting populations 3</p> <p>Abusive coercion by government 2</p> <p><i>Anmerkung:</i> Werte bezeichnen absolute Anzahl der Fokusgruppen, in denen der jeweilige Faktor genannt wurde. ST sind relativ gesunde Teilnehmer von Seniorengruppen in Montreal, Kanada.</p>
(Ryff, 1989b)	<p>N = 102 (w = 61, m = 41)</p> <p>M = 73,5 Jahre</p>	<p><i>Strukturiertes Interview zu Sichtweisen auf psychologisches Wohlbefinden, das unter anderem folgende Fragen enthielt:</i></p> <p>„What is most important to you in your life at the present time?“</p> <p>Family ~ 60%</p> <p>Health ~ 51%</p> <p>Activities ~ 39%</p> <p>Friendships ~ 20%</p> <p>Philosophy ~ 10%</p> <p>Job ~ 5%</p> <p>“What are you unhappy about?“</p> <p>(Nothing ~ 25%)</p> <p>Health (self) ~ 22%</p> <p>Deaths ~ 13%</p> <p>State of world ~ 12%</p> <p>Family problems ~ 10%</p> <p><i>Anmerkung:</i> Alle Werte sind ungefähr, da sie aus Diagrammen übertragen wurden. ST sind relativ gesunde, zu Hause lebende Bewohner einer Stadt im mittleren Westen der USA.</p>	<p>“What would you like to change in yourself or your life?“</p> <p>(Nothing ~ 30%)</p> <p>Health ~ 22%</p> <p>Active self improvement ~ 20%</p> <p>More money ~ 18%</p> <p>More family / friends ~ 17%</p> <p>More accomplishments ~ 5%</p>

1.3.7 Empirische Herausforderungen in der Messung von Lebensqualität multimorbider älterer Menschen

Im medizinisch-pflegerischen Kontext nimmt die Messung von Lebensqualität einen besonders hohen Stellenwert ein. Wie in einem früheren Abschnitt bereits dargelegt (vgl. Abschnitt 1.3.1), ist Lebensqualität in gesundheitlichen Kontexten, insbesondere in der geriatrischen Medizin ein bedeutsamer Marker für beispielsweise Therapieerfolg oder Behandlungsqualität (Filipp & Mayer, 2002). Die allgemein verbreitete medizinisch-pflegerische Herangehensweise unterscheidet sich jedoch von psychologischen Konzepten durch eine sehr starke Körper- und Funktionsorientierung bei der Bestimmung von Lebensqualität. Gebräuchlich sind die so genannten generischen Maße, also allgemeine und vorgeblich umfassende Messinstrumente. Sie eignen sich jedoch trotz ihres hohen Verbreitungsgrades nur sehr eingeschränkt dazu, Lebensqualität im Alter bzw. bei mehrfach erkrankten Patienten differenziert abzubilden.

Ein sehr verbreitetes generisches Erhebungsinstrument aus der Medizin ist beispielsweise der SF-36 (*Short Form 36*), die Kurzform einer umfangreichen Erhebung, welche im Rahmen der *Medical Outcome Study* (MOS) durchgeführt wurde (Ware & Sherbourne, 1992). Mittels 36 Fragen werden acht verschiedene Aspekte der Lebensqualität eines Patienten erfasst (z. B. Vitalität, psychisches Wohlbefinden, allgemeiner Gesundheitszustand), die entweder als differenziertes Profil oder summiert als körperliche und psychische Lebensqualität ausgewertet werden können.

Das Beispiel des SF-36 zeigt, dass mittels eines generischen Instruments kaum noch differenzierte Unterscheidungen in der Ausprägung von Lebensqualität älterer mehrfach erkrankter Menschen getroffen werden können: Auf fünf der acht Subskalen des SF-36 fanden sich Bodeneffekte, als Andersen et al. (Andersen et al., 1999) den Fragebogen bei kognitiv nicht eingeschränkten Pflegeheimbewohnern einsetzten. Insgesamt schnitten die Teilnehmer auf den Subskalen zur geistigen Gesundheit deutlich besser ab als auf denen der körperlichen Gesundheit. Auch Stadnyk et al. (1998) dokumentierten bei einer Stichprobe Hochbetagter Bodeneffekte und damit innerhalb dieser Teilpopulation mangelnde Variabilität der Antworten bei den stärker funktionsbezogenen Subskalen des SF-36. Beide Autoren weisen zudem auf unzureichende Reliabilität und Validität des Instruments für ältere Mehrfacherkrankte hin (vgl. Seymour et al., 2001). Auch andere Studien belegen das Risiko von Bodeneffekten für ältere Teilnehmer, wenn auch teilweise nicht so stark ausgeprägt (Brazier, Walters, Nicholl &

Kohler, 1996; Hill, Harries & Popay, 1996). Insgesamt steht vor allem die Inhaltsvalidität von generischen Fragebögen in der Kritik: Potenziell für die Lebensqualität älterer Menschen wichtige Bereiche werden nicht abgefragt, während einige der vorgegebenen Themen, wie beispielsweise „Arbeit“, lediglich eine untergeordnete Bedeutung für die Zielpopulation besitzen (Andersen et al., 1999; Stadnyk et al., 1998; vgl. Bowling et al., 2003; Ryff, 1989b). Auch qualitative Untersuchungen lenken das Augenmerk auf die Problematik der Inhaltsvalidität: Zahlreiche ältere Studienteilnehmer weisen auf die mangelnde Bedeutsamkeit einiger Items für ihre Lebensqualität hin (Mallinson, 1998, 2002). In diesem Kontext ist ein weiterer grundsätzlicher Kritikpunkt die stabile relative Gewichtung der in einem Instrument abgefragten Bewertungsdimensionen zueinander. Im Krankheitsverlauf kann es zu einer Verschiebung der relativen Bedeutsamkeit einzelner Dimensionen kommen (Bernhard, Lowy, Mathys, Herrmann & Hürny, 2004). Wie auch schon aus den Überlegungen zur Anpassungsfähigkeit und Wertigkeit von Lebensbereichen (vgl. Abschnitte 1.3.6.1 und 1.3.6.4) hervorgeht, sind individuelle Vorstellungen und Überzeugungen zur Lebensqualität, wie zu jedem anderen Bereich ebenfalls (vgl. Rokeach, 1985), in Abhängigkeit von der momentanen Situation Schwankungen unterworfen. Daher bilden Messinstrumente mit fixen Dimensionen und Gewichtungen den Gegenstandsbereich für einzelne Personen zu verschiedenen Messzeitpunkten u. U. sehr unterschiedlich gut ab. Untersuchungen zur Verteilung fehlender Werte (Brazier et al., 1996; Hayes, Morris, Wolfe & Morgan, 1995) und qualitative Auswertungen von Kommentaren befragter älterer Menschen unterstreichen die diesbezüglichen Schwächen generischer Instrumente (Mallinson, 1998, 2002).

Browne et al. (1994) fassen einige der bisher dargestellten Einwände treffend zusammen: “Existing QOL instruments for the elderly tend to *focus on deterioration in functioning* according to a *predetermined model of quality of life* in old age. Such an approach will *underestimate the QOL of an elderly person* if it focuses exclusively on domains in which function is deteriorating, rather than on those *domains which the individual considers particularly relevant.*” (S. 237; Hervorhebungen vom Autor).

Die hier vorgebrachten Einwände gelten in dieser Form in erster Linie für Messinstrumente aus dem medizinisch-pflegerischen Bereich mit ihrer Fixierung auf die physischen Aspekte der Lebensqualität. Aus psychologischer Perspektive stehen Erleben und Reflexion im Mittelpunkt des Interesses – Lebensqualität wird fast immer primär über Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden erschlossen (vgl. Diener & Suh, 1997a). Der

Einwand gegen eine a priori Festlegung der Bewertungsdimensionen und ihrer Gewichtung greift jedoch auch bei „psychologischen“ Fragebögen zur Lebenszufriedenheit. Weiter oben wurde eine große empirische Variabilität von bedeutsamen Lebensbereichen im Alter dargestellt, sowohl hinsichtlich des Inhalt als auch der Bedeutsamkeit der jeweiligen Bereiche oder Themen (Abschnitt 1.3.6.4). Nimmt man die Implikationen ernst, die sich allein aus der empirischen Befundlage ergeben, sollte die Annäherung an Lebensqualität so idiografisch wie möglich erfolgen – eine Festlegung der Bewertungsdimensionen reduziert den möglichen Informationsgehalt beträchtlich. Das gilt selbst dann, wenn die spezifischen Bereiche theoretisch und/oder empirisch begründet ausgewählt wurden (vgl. beispielsweise Fahrenberg, Mytek, Schumacher & Brähler, 2000). Selbstverständlich ist diese Einsicht nicht neu, und so wurden verschiedene Ansätze entwickelt, die der individuellen Perspektive der Befragten ein noch stärkeres Gewicht verleihen. Pavot und Diener (1993b) entwickelten beispielsweise die Satisfaction with Life Scale (SWLS), einen Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, der anhand von fünf globalen Fragen Lebenszufriedenheit unter Einbeziehung der subjektiven Standards des einzelnen Befragten erfassen soll. Dem Vorgehen liegen folgende Annahmen zugrunde: *„Individuals are [...] likely to have unique criteria for ‚success‘ in each of [...] the] areas of their lives. [...] The Satisfaction with Life Scale items [...] allow] respondents to weight domains of their lives in terms of their own values, in arriving at a global judgement of life satisfaction“* (Pavot & Diener, 1993b, S. 164). Die individuellen Kriterien sollen gerade wegen der Allgemeinheit der Frageformulierungen besonders stark zum Tragen kommen. Die SWLS vergrößert tatsächlich den individuellen Freiraum innerhalb der Erhebungssituation erheblich, ist jedoch mit genau den Problemen konfrontiert, die für die meisten globalen Urteile zur Lebenszufriedenheit gelten: Die momentane Affektlage wird einen deutlichen Einfluss auf die abgegebene Bewertung haben (Schwarz & Strack, 1991; vgl. Abschnitt 1.3.5.2).

Neben diesen vorwiegend empirischen Argumenten für eine Maximierung der Subjektivität in der Erfassung von Lebensqualität lässt sich darüber hinaus theoretisch argumentieren. Es gibt unterschiedliche Ansätze, welche die subjektive Konstruktion individuell wahrgenommener Wirklichkeit thematisieren. Diese reichen von eher abstrakten, epistemologischen Positionen (z. B. Maturana & Varela, 1987; von Glasersfeld, 1997; vgl. Schmidt, 2003) hin zu konkreten Modellen der individuellen Wirklichkeitsgenese (z. B. Kelly, 1955/1991). Vor allem letztere können mit zur Begründung eines individualisierten Herangehens bei der Erhebung von Lebensqualität

beitragen. So postuliert beispielsweise George A. Kelly, jeder Mensch verfüge über ein individuelles System von internalen Repräsentationen oder Bedeutungszuschreibungen zu zentralen Begriffen und Begebenheiten des Lebens (Kelly, 1955/1991). Er bezeichnet diese als „persönliche Konstrukte“, welche die individuelle Semantik einer Person bzw. ihre individuelle Wirklichkeitskonstruktion widerspiegeln und durch die von ihm entwickelte Methode des „repertory grid“ zugänglich gemacht werden können. Das Verfahren, wie auch die gesamte Theorie der personalen Konstrukte, wird schwerpunktmäßig in der Psychotherapie eingesetzt und weiter entwickelt (vgl. Fay, 2003; Jankowicz, 1987). In Kellys Sinn kann davon ausgegangen werden, dass auch „Lebensqualität“ für jeden Menschen eine subjektive, individuelle semantische Ebene besitzt, deren Kenntnis möglicherweise fundamentale Unterschiede in der Bedeutungskonstruktion dieses Begriffs enthüllt. Leider ist die Methode des „repertory grid“ vergleichsweise aufwändig und setzt ein sehr hohes Reflektionsvermögen der Person voraus. Ein Versuch, dieses Verfahren zur quantitativen Bestimmung von Lebensqualität zu verwenden (Thunedborg, Allerup, Bech & Joyce, 1993), wird von Patel, Veenstra und Patrick (2003) als nicht gelungen bewertet – für ältere Menschen ist das Verfahren vermutlich in jedem Fall ungeeignet. Dennoch impliziert die Theorie persönlicher Konstrukte einen Bedarf an „individualisierten“ Erhebungsinstrumenten und unterstützt allgemein subjektivistische Ansätze in der Psychologie (vgl. Raskin, 2001).

1.3.8 Individualisierte Messung von Lebensqualität

Neben einem allgemeinen Trend in Medizin und Pflege, individuelle Vorstellungen von Patienten bei der Bestimmung von Lebensqualität stärker in den Mittelpunkt zu rücken (z. B. Brenner, 1995; Calman, 1984; Carr & Higginson, 2001; Fuhrer, 2000; Hendry & McVittie, 2004; O'Boyle, 1997), wird in einzelnen Fällen die in der Psychologie weit eher geläufige Perspektive vertreten, dass Zufriedenheit und Wohlbefinden die besten Indikatoren für Lebensqualität seien (Brenner, 1995; Spiro & Bossé, 2000).

Interessanterweise stammen einige der radikalsten subjektivistischen Ansätze in der Erfassung von Lebensqualität aus der Medizin. So existieren mehrere „individualisierte“ Maße der Lebensqualität, die alle nach ähnlichen Prinzipien arbeiten (vgl. Fitzpatrick et al., 1998; Patel et al., 2003). Im Gegensatz zu den meisten anderen im gesundheitlichen Kontext gebräuchlichen Instrumenten sind diese in der Mehrzahl explizit theoriebasiert entwickelt worden. Exemplarisch sollen der *Patient-Generated Index* (PGI: Ruta et al.,

1994; Ruta, Garratt & Russell, 1999) und der *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life* (SEIQoL: Joyce et al., 2003) dargestellt werden: Die Befragten werden in beiden Fällen aufgefordert, selbst diejenigen Bereiche frei zu benennen (üblicherweise maximal fünf), die nach eigener Einschätzung für ihre Lebensqualität besondere Bedeutung besitzen⁴. Anschließend sollen die Befragten diese Dimensionen bewerten und gewichten. Der Index der Lebensqualität wird aus der Summe dieser gewichteten Bewertungen gebildet. Diese Art von Messung wird im Folgenden als „individualisierte Messung“ bezeichnet (vgl. Fitzpatrick et al., 1998).

Hinsichtlich älterer Befragter weist diese Methode einige Nachteile auf: Der SEIQoL beispielsweise erfordert in der Originalfassung eine sehr aufwändige Gewichtungsprozedur, die für ältere Teilnehmer zu einer „geometrischen“ Gewichtung durch Aufteilung eines Kreisdiagramms in unterschiedlich große Segmente vereinfacht wurde (Browne, O'Boyle, McGee, McDonald & Joyce, 1997). Die Gewichtung der Dimensionen des PGI erfolgt durch die Aufteilung einer vorgegebenen Punktzahl auf die Dimensionen (Ruta et al., 1994), jedoch wurde auch hier aufgrund von Problemen älterer Teilnehmer eine vereinfachte Version erarbeitet (Tully & Cantrill, 2000). Auch in den vereinfachten Versionen der Messinstrumente setzen die Bearbeitungsschritte jedoch nach wie vor eine relativ hohe kognitive Flexibilität voraus. Im Falle des PGI traten bei älteren Menschen gehäuft Probleme mit der freien Generierung der Dimensionen und der Gewichtung auf (Ahmed, Mayo, Wood-Dauphinee, Hanley & Cohen, 2005b; Macduff & Russell, 1998; Tully & Cantrill, 2000). Bei der Bearbeitung des SEIQoL bereitete in einer Untersuchung von Mountain et al. (2004) mehr als einem Viertel der befragten älteren Menschen die Bewertung und fast der Hälfte die Gewichtung der Dimensionen Schwierigkeiten; zudem erwies sich die Durchführung als zu zeitintensiv für den klinischen Routineeinsatz. Die Art der gewonnenen (qualitativen) Daten wird dessen ungeachtet auch von medizinischem Personal als erweiterte Basis zur Entscheidungsfindung und Verbesserung der Patientensituation sehr geschätzt (Macduff, 2000; Mountain et al., 2004; Patel et al., 2003).

Vom methodischen Standpunkt aus bieten individualisierte Maße der Lebensqualität einen erheblichen Vorteil gegenüber vielen herkömmlichen Messmethoden: So folgern Ahmed, Mayo, Wood-Dauphinee, Hanley und Cohen (2005a) im Zuge einer

⁴ Im PGI wird weiter eingeschränkt, dass die Bereiche in Hinblick auf die aktuelle Erkrankung auch tatsächlich betroffen sein müssen (Ruta et al., 1994).

Vergleichsstudie dreier Erhebungsmethoden der Lebensqualität, dass individualisierte Messungen in Longitudinalstudien einem möglichen *response shift* – der Verschiebung von internen Maßstäben und Bewertungsstandards, die einem Urteil über die eigene Lebensqualität zugrunde liegen – am besten Rechnung tragen. Im Längsschnitt kann es problematisch sein, tatsächliche Veränderungen in der Ausprägung von Lebensqualität von Verschiebungen dieser internen Vergleichsstandards zu trennen: Eine Veränderung der Messwerte kann sowohl durch eine Änderung des gemessenen Konstruktes als auch durch eine Veränderung dieser am Antwortprozess beteiligten Faktoren zustande kommen (vgl. Abschnitt 1.3.6.2). Individualisierte Maße jedoch können durch die individuell variable Bewertungsgrundlage, d. h. die individuelle Dimensionsgenerierung und Gewichtung, einen möglichen *response shift* in die Erhebung mit einbeziehen (Ahmed et al., 2005a; Schwartz & Sprangers, 1999; Sprangers & Schwartz, 1999). Aufgrund der Explikation sämtlicher am Bewertungsprozess beteiligten Faktoren, können diese getrennt betrachtet und evaluiert werden.

Teilt man die Ansicht, dass ein Mensch „je älter, desto individueller wird“ (Hirsch, 2005), so gewinnt die Weiterentwicklung der individuumszentrierten, individualisierten Ansätze eine besondere Bedeutung. Sie spiegeln die Subjektivität des Konstruktes Lebensqualität in hohem Maße und können wertvolle Informationen für eine individuell gestaltete Behandlung und Pflege liefern. Diese Verlagerung des Fokus von „Mittelwerten“ hin zum Subjekt wird auch in Medizin und Pflege, den klassischen Anwendungsfeldern, sehr positiv rezipiert (Carr & Higginson, 2001; Fitzpatrick, 1999; Fuhrer, 2000; Macduff, 2000; Macduff & Russell, 1998).

1.4 Der Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen (FLQM)

1.4.1 Theoretische und empirische Grundlagen

In der vorliegenden Arbeit soll ein Messinstrument für die individualisierte Erhebung der Lebensqualität entwickelt werden, welches auch den Bedürfnissen und Fähigkeiten mehrfach erkrankter älterer Menschen gerecht wird: Der Fragebogen soll kurz gehalten und gut verständlich formuliert sein sowie normative Vergleiche mit Funktions- und Verhaltensstandards vermeiden; die zwar objektiv eingeschränkten, subjektiv jedoch stark diversifizierten Lebenswelten älterer, sehr kranker Menschen sollten berücksichtigt werden. Aus psychologischer sowie aus pragmatischer medizinisch-pflegerischer

Perspektive bietet sich eine Operationalisierung von Lebensqualität über die Zufriedenheit mit dem Leben und den Lebensbedingungen an. Der Fragebogen soll nicht nur für die Befragten, sondern auch die Anwender leicht verständlich sowie in kurzer Zeit durchzuführen und auszuwerten sein, um eine Integration in klinische oder ambulante Routinen zu ermöglichen. Im Folgenden werden die wesentlichen theoretischen Überlegungen und empirischen Befunde, welche der Konstruktion des „Fragebogens zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen – FLQM“ zugrunde liegen, nochmals synoptisch dargestellt.

Unterstellt man, dass „erfolgreiches Altern“ als Synonym für hohe Lebensqualität gelten kann, so ist diese nach einem bekannten Modell in dem Maße erreichbar, in dem ein Mensch es schafft, seine Ziele zu selektieren, die Mittel zur Zielerreichung zu optimieren und vorhandene Defizite zu kompensieren (Baltes & Baltes, 1990a). Erfolgreiches Altern ist also ein Prozess, der stets in einem individuellen Rahmen stattfindet und der den Umgang mit individuellen Grenzen und Möglichkeiten widerspiegelt. Die positive oder negative Ausprägung von Lebensqualität ist aus dieser Perspektive im Erleben und im Einflussbereich des Individuums zu sehen und nur indirekt in den objektiven Gegebenheiten.

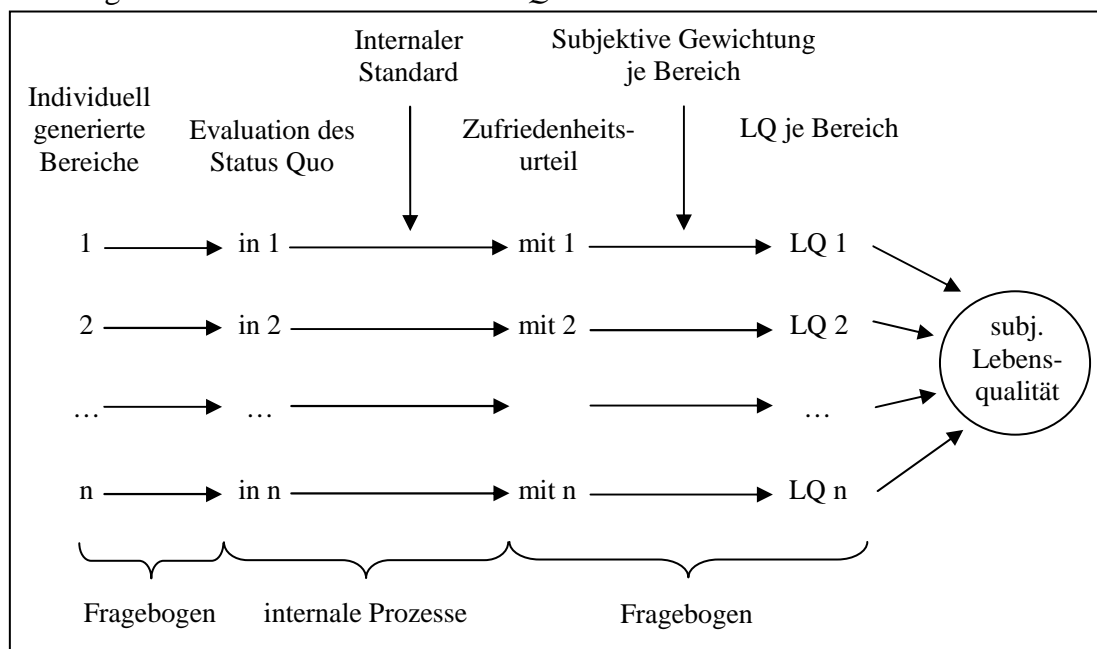
Die subjektive Lebenszufriedenheit gilt als ein wichtiger – einigen sogar als wichtigster – einzelner Indikator für Lebensqualität (Diener & Suh, 1997a; Lawton, 1991; Olthuis & Dekkers, 2005; Ryff, 1989a; Veenhoven, 2000). Sie speist sich aus individuell sehr unterschiedlichen Quellen, zeigt also eine differentielle inhaltliche Struktur (Baltes & Baltes, 1990a; Bowling et al., 2002; Campbell et al., 1976; Diener et al., 1999; Ryff, 1989b, 1989b). Es besteht ein Unterschied zwischen einer globalen Frage nach der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben insgesamt und einer differenzierten Evaluation der einzelnen Strukturelemente, d. h. bereichsspezifischer Zufriedenheiten. Globale Einschätzungen werden eher von der Affektlage beeinflusst, während konkrete, bereichsspezifische Urteile auf Grundlage komplexerer kognitiver Evaluationen abgegeben werden (Schwarz & Strack, 1991; vgl. Oishi & Diener, 2001; Pavot & Diener, 1993a). Gleichzeitig erweist sich *allgemeine* Lebenszufriedenheit empirisch als außerordentlich stabile Variable, die weitgehend von äußeren Umständen, Alter und objektiver Lebenssituation unabhängig ist (Diener & Suh, 1997a; Staudinger, 2000). Der Informationsgehalt aller relevanten bereichsspezifischen Urteile der Lebenszufriedenheit ist also größer als der eines globalen Urteils. Eine Summenfunktion der

bereichsspezifischen Urteile gilt als guter Prädiktor allgemeiner Lebenszufriedenheit, jedoch wird diskutiert, welche Art der Gewichtung der Summanden die Varianzaufklärung maximieren kann (vgl. Campbell et al., 1976; Rojas, 2006; Smith et al., 1996). Aussagen über die individuelle Struktur von Lebenszufriedenheit, d. h. Kenntnis der individuellen inhaltlichen Dimensionen und ihrer relativen Bedeutsamkeit, werden von Akteuren des Gesundheitswesens als wichtige Informationsquelle für eine patientenzentrierte Versorgung und Behandlung gesehen (Macduff, 2000; Mountain et al., 2004; Patel et al., 2003). Es gibt unseres Wissens bislang keinen validierten Ansatz zur simultanen Erfassung von Lebenszufriedenheit und ihren Bestimmungselementen, der einer geriatrischen Population gerecht würde.

Bei der Bestimmung der Lebensqualität eines alten Menschen gilt es zu bedenken, dass sich die *Wertigkeit* und die *Bedeutsamkeit bestimmter Facetten des Lebens* für eine Person mit dem Alter (und der Situation) verändern (Baltes & Baltes, 1990a; Schindler et al., 2006; Staudinger & Freund, 1998). Junge Menschen zeigen andere Präferenzprofile als ältere Menschen, zudem gibt es über alle Altersgruppen hinweg eine große Heterogenität der Bedeutung, die einzelne Dimensionen oder Lebensbereiche für Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden besitzen. Im Alter ist dies auch ein Spiegelbild der sehr unterschiedlichen Profile von Potenzialen und Risiken.

Auf Grundlage des Modells der Lebensqualität von Campbell et al. (1976) und angelehnt an die Operationalisierungen von Lebensqualität im Rahmen der Fragebögen von Ruta et al. (1994) und Joyce et al. (2003) wurde ein neuer Fragebogen zur Einschätzung der Lebensqualität multimorbider älterer Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen – im Folgenden kurz FLQM – entworfen und in einer Pilotstudie erprobt. Lebensqualität wird innerhalb dieses Fragebogens als rein subjektive Größe konzipiert. Die Operationalisierung subjektiver Lebensqualität erfolgt als primär kognitive (im Gegensatz zur affektiven) Bewertung der Zufriedenheit im Hinblick auf die Übereinstimmung von eigenen Ansprüchen und der Erfüllung dieser Ansprüche innerhalb bestimmter selbst ausgewählter Lebensbereiche. Es handelt sich somit um eine subjektiv bewertete Ist-Soll-Diskrepanz im Rahmen einer maximalen Konkretisierung des Prozesses der Urteilsbildung. Die Strukturannahme zur Urteilsbildung innerhalb des FLQM ist in Abbildung 4 grafisch veranschaulicht.

Abbildung 4 Theoretische Struktur des FLQM



Das Prinzip der freien Generierung von Bewertungsdimensionen der Lebensqualität wurde für jüngere Populationen bereits in mehreren Instrumenten erfolgreich umgesetzt (vgl. Fitzpatrick et al., 1998; Joyce et al., 2003; Ruta et al., 1999). Diese ermöglichen es den Befragten sowohl die Dimensionen, anhand derer Lebensqualität beurteilt werden soll, als auch deren relative Gewichtung zueinander selbst festzulegen. Allerdings sind in den bisherigen Ansätzen sowohl die Prozedur der Dimensionsgenerierung als auch deren Gewichtung für viele ältere, gesundheitlich stark eingeschränkte Menschen zu komplex. „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“, im Sinne des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustandes, ist ein davon klar abgegrenztes Konstrukt (vgl. Moons, 2004; Spiro & Bossé, 2000). Wird Lebensqualität konzeptuell zu stark an subjektive Einschätzungen von Gesundheit und Funktionsfähigkeit gekoppelt, forciert dies eine Dedifferenzierung und Homogenisierung älterer und gesundheitlich mehrfach beeinträchtigter Personen. Die Gleichsetzung von „Lebensqualität“ mit „gesundheitsbezogener Lebensqualität“ ist sowohl unter theoretischen als auch empirischen Gesichtspunkten fragwürdig (vgl. Abschnitt 1.3.3). Der FLQM soll folglich *nicht* als Ersatz für subjektive Maße der Gesundheitseinschätzung oder Therapieevaluation fungieren, sondern ist als ergänzende Maßnahme zu verstehen, zusätzliches Wissen über das Wohlergehen älterer Menschen zu erlangen (vgl. Ahmed et al., 2005b; Macduff, 2000).

Der FLQM generiert sowohl qualitative – welche Lebensbereiche sind für die individuelle Lebensqualität von besonderer Bedeutung? – als auch quantitative Informationen – die Bewertungen und Gewichtungen der einzelnen Lebensbereiche sowie den Gesamtscore. Er soll Hinweise darüber liefern, inwieweit die Befragten in ihrer aktuellen Situation ihnen wichtige Lebensbereiche als ausgefüllt und befriedigend gestaltet erleben. Kenntnisse darüber erleichtern unter anderem eine stärker individuell und ressourcenorientiert ausgerichtete Therapie und Intervention. Zudem werden indirekt Informationen über die Wahrnehmung und Beurteilung der Versorgungsleistungen zugänglich. Ein weiterer Gesichtspunkt ist die im Vergleich zu herkömmlichen Methoden sehr viel umfassendere Information über Ursachen eines *response shift* der Patienten, d. h. einer möglichen Verschiebung ihrer internen Standards, Werte oder Konzepte von Lebensqualität (Ahmed et al., 2005a, 2005b; Schwartz & Sprangers, 1999; Sprangers & Schwartz, 1999). Auch eine Verwendung des Fragebogens zur Evaluation von Behandlungs- oder Betreuungssettings sowie der Versorgungssituation ist denkbar.

1.4.2 Fragebogenentwurf

Das Design des FLQM sieht im Kern vor, dass die befragte Person selbst diejenigen Lebensbereiche benennen und in ihren subjektiven Bedeutsamkeiten gewichten soll, welche zur Beurteilung ihrer Lebensqualität herangezogen werden. In dieser Hinsicht greift er das Grundkonzept der wenigen so genannten „individualisierten“ oder „patientengenerierten“ Indices der Lebensqualität auf (z. B. Joyce et al., 2003; Ruta et al., 1994, 1999): Die Befragten werden aufgefordert, eine gewisse Anzahl von Bereichen zu benennen, die für sie im Hinblick auf ihre aktuelle Erkrankung besondere Bedeutung besitzen; in der Folge sollen sie diese dann bewerten und gewichten. Letztere Prozesse sind bei den bestehenden individualisierten Fragebögen jedoch sehr komplex und langwierig gestaltet und damit der kognitiven Kapazität vieler alter Menschen nicht angemessen. Ebenso stellt die Aufforderung, ad hoc Bereiche zu benennen, welche die Lebensqualität beeinflussen, eine nicht unerhebliche Anforderung an Personen, die möglicherweise nicht im reflexiven Denken geübt sind (Ahmed et al., 2005b). Als Anregung für Lebensbereiche, die in die Beurteilung einfließen könnten, wird deshalb im Rahmen des FLQM den Befragten eine empirisch fundierte Anregungsliste von Bereichen und Themen vorgelegt, an denen sie sich orientieren können (vgl. dazu auch Macduff & Russell, 1998). Sie ist keinesfalls als vollständige Repräsentation aller möglichen relevanten Bereiche zu

verstehen und enthält den expliziten Verweis darauf, dass es sich bei den aufgeführten Themen und Bereichen lediglich um eine Auswahl handelt, die einen breiteren Kontext für die konkrete individuelle Wahl eröffnen soll. Die Anregungsliste wurde anhand einer explorativen qualitativen Voruntersuchung (vgl. Abschnitt 2.2.1) in Form strukturierter Interviews und des Vergleichs der Ergebnisse dieser Vorstudie mit vorhandener Forschungsliteratur entwickelt (vgl. Flick, 2002). Dieses Vorgehen soll insbesondere der Sicherung der Inhalts- und Augenscheinvalidität des FLQM dienen. Darüber hinaus sollen auch die Bewertung und die Gewichtung der individuell benannten Dimensionen der Lebensqualität im FLQM in einer der Zielgruppe angemessenen Weise realisiert werden. Für beide Urteilsprozesse stehen den Teilnehmern sechsstufige Likert-Skalen zur Verfügung, die an die Schulnotenskala erinnern. Eine genaue Beschreibung des FLQM, des Erhebungsmodus sowie der Auswertung wird im folgenden Kapitel in Abschnitt 2.2.2 gegeben.

1.5 Ziele dieser Arbeit und forschungsleitende Annahmen

In den vorangegangenen Abschnitten wurden theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Lebensqualität im Alter unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitszustandes dargelegt. Lebensqualität ist nach verbreitetem Konsens ein multidimensionales theoretisches Konstrukt, welches inhaltlich nur schwer allgemeingültig zu definieren ist (Fillip & Mayer, 2002; Lawton, 1991; Skevington et al., 2004; Veenhoven, 2000). Eine Bestimmung von Lebensqualität in ihrer ganzen Breite sollte multikriterial erfolgen und gleichermaßen personenbezogene wie situative Indikatoren berücksichtigen. Bei einigen Dimensionen der Lebensqualität sind subjektive Einschätzungen weitgehend unabhängig von objektiven Umständen, bei anderen besteht ein enger Zusammenhang. Dies bedeutet, dass die gemessene Ausprägung der Lebensqualität unter anderem davon abhängig ist, welche Bereiche mit welchen Methoden und aus welcher Perspektive bewertet werden. Der Selbstperspektive, d. h. der subjektiven Bewertung der eigenen Situation, sollte eine besondere Stellung zukommen, da lediglich dieser Aspekt der Lebensqualität direkt erfasst werden kann (Veenhoven, 2000). Gleiche objektive Bedingungen werden bei verschiedenen Personen auf Grund differenzieller kognitiver Verarbeitungs- und Bewertungsprozesse sehr unterschiedliche Reaktionen hervorrufen. Diese Bewertungsprozesse wiederum werden durch individuelle Normen,

Werte und Ziele sowie lebenslange Erfahrungsprozesse bestimmt. Daher ist es epistemologisch nur schwer zu rechtfertigen, die Ausprägungen objektiver Faktoren zur Bestimmung eines subjektiven Erlebens („Lebensqualität“) heranzuziehen (vgl. Schmidt, 2003). Ein einheitlichen Effekt externer Faktoren in der sehr heterogenen Population der multimorbiden älteren Menschen kann, genau wie in jüngeren Populationen, nicht vorausgesetzt werden – daher sollten bei der Bestimmung von Lebensqualität subjektive Indikatoren objektiven vorgezogen werden, sofern nicht eine reine Bestimmung der „Qualität der Bedingungen“ geleistet werden soll.

Ein „erfolgreiches Altern“ ist in dem Maße möglich, in dem es einem Menschengelingt, seine Ziele zu selektieren, die Mittel zur Zielerreichung zu optimieren und vorhandene Defizite zu kompensieren. Erfolgreiches Altern ist also ein Prozess, der stets in einem individuellen Rahmen stattfindet und der den Umgang mit individuellen Grenzen und Möglichkeiten widerspiegelt (Baltes & Baltes, 1990b). Die positive oder negative Ausprägung von Lebensqualität ist auch unter diesem Blickwinkel im Erleben (und Einflussbereich) des Individuums zu sehen und weniger in den objektiven Gegebenheiten.

Diese Forschungsarbeit umfasst in erster Linie die theoretische Fundierung und praktische Entwicklung eines Fragebogens zur Lebensqualität älterer mehrfach erkrankter Menschen (FLQM). Der neu entwickelte Fragebogen wird in einer Pilotuntersuchung getestet. Dementsprechend werden im empirischen Teil dieser Arbeit 1.) die Testgüte (Validität) des FLQM abgeschätzt sowie 2.) Durchführbarkeit und Verständlichkeit des Fragebogens überprüft. Die Validität soll mittels einer explorativen Konstruktvalidierung überprüft werden, Durchführbarkeit und Verständlichkeit werden teils systematisch erfasst, teils werden sich Hinweise auf beide Testeigenschaften aus dem Verlauf der Erhebung ergeben. Ein nachgeordneter Schritt befasst sich mit der inhaltlichen Auswertung der von den Teilnehmern benannten Lebensbereiche in Hinblick auf 3.) die inhaltliche Validität des Fragebogens. Sekundäres Anliegen der Arbeit ist 4.) die Exploration querschnittlicher Unterschiede subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität. Sofern spezifische Annahmen zu den verschiedenen Zielstellungen getroffen werden können, sind diese in den folgenden Abschnitten dargestellt.

1.5.1 Hypothesennetz zur Konstruktvalidierung

Um insgesamt eine Vorabschätzung der Validität des FLQM im Rahmen einer explorativen Konstruktvalidierung zu ermöglichen, werden parallel weitere Variablen über Fragebögen erhoben: Grundlegende *soziodemografische Merkmale* wie Alter, Geschlecht, Familien- und Bildungsstand werden anhand einer Checkliste erfragt. Die *subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit* wird in den Facetten psychische und physische Gesundheit mittels des SF-36 erhoben, *positiver und negativer Affekt* mit einer deutschen Version des Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996). Zudem wird mittels einer deutschen Version der Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS; Smith et al., 1996) das *allgemeine subjektive Wohlbefinden* mit den Facetten „Lebenszufriedenheit“, „Zufriedenheit mit dem eigenen Alter“ und „Unaufgeregtheit“ erhoben. Ein Einzelitem erfasst die *allgemeine Lebenszufriedenheit*. Folgende Unterschiede und Zusammenhänge werden hinsichtlich der Lebensqualitätsausprägung der Studienteilnehmer auf dem FLQM und der verschiedenen externen Validierungsinstrumente angenommen:

1.5.1.1 *Zusammenhänge mit den Subskalen des SF-36*

In der *globalen Einschätzung* des eigenen Gesundheitszustandes kann eine Tendenz zur Überschätzung im Vergleich zu objektiven Indikatoren beobachtet werden. Subjektive Einschätzungen der eigenen Funktionsfähigkeit hängen jedoch relativ eng mit dem tatsächlichen Gesundheitszustand zusammen (vgl. Borchelt et al., 1996; Pinguart, 2001). Der SF-36 ist ein Fragebogen zur Einschätzung von „gesundheitsbezogener Lebensqualität“ mit einem relativ großen Gewicht auf physisch-funktionalen Faktoren gegenüber emotionalen oder kognitiven Facetten der Lebensqualität. Der subjektive Gesundheitsstatus weist im Alter keinen engen Zusammenhang mit subjektivem Wohlbefinden auf (Diener & Suh, 1997b; Harris, Pedersen, Stacey, McClearn & Nesselroade, 1992). Daher werden jeweils nur mittlere positive Zusammenhänge ($r \geq 0,3$) der physischen und der psychischen Teilskala des SF-36 mit dem FLQM erwartet.

1.5.1.2 *Zusammenhänge mit dem PANAS*

Das Urteilmodell des subjektiven Wohlbefindens von Schwarz und Strack (1991) postuliert einen starken Einfluss von Emotionen auf globale Zufriedenheitsurteile, der jedoch für spezifische Urteile deutlich abgeschwächt wird, da hier relevante Informationen

leichter zugänglich und spezifische Vergleichsstandards verfügbar sind. Es wird daher lediglich ein mittlerer positiver Zusammenhang ($r \geq 0,3$) zwischen positivem Affekt (PANAS) und der Ausprägung des FLQM angenommen. Da positiver und negativer Affekt weitgehend unabhängig voneinander variieren und negativer Affekt im Allgemeinen nur eine sehr geringe Variationsbreite im unteren Spektrum der Ausprägung aufweist (Diener & Emmons, 1985; Lawton et al., 1992a, 1992b; Smith et al., 1996), wird für negativen Affekt (PANAS) und FLQM ein schwacher negativer Zusammenhang ($r \leq -0,1$) angenommen.

1.5.1.3 Zusammenhänge mit dem PGCMS

Ältere Personen zeigen im Mittel trotz zunehmender Gesundheits- und Funktionseinbußen relativ stabile Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden (z. B. Diener & Suh, 1997b; Staudinger, 2000). Dieses Phänomen lässt sich zumindest teilweise mit der Anpassungsfähigkeit des Selbst im Alter erklären, wobei insbesondere akkomodative Prozesse eine wichtige Rolle spielen (Heckhausen, 1997; Rothermund & Brandtstädter, 2003). Das allgemeine subjektive Wohlbefinden (PGCMS) wird stark ($r \geq 0,5$) mit dem FLQM korrelieren; die Facetten „Lebenszufriedenheit“ und „Zufriedenheit mit dem eigenen Alter“ werden ebenfalls stark ($r \geq 0,5$), die Facette „Unaufgeregtheit“ mittelstark ($r \geq 0,3$) mit dem FLQM zusammenhängen.

1.5.1.4 Zusammenhang mit globaler Lebenszufriedenheit

Eine Grundannahme des Modells der Lebensqualität, welches dem FLQM zu Grunde liegt, ist, dass sich die allgemeine Lebensqualität aus den individuell ausgewählten und gewichteten Bereichen ableiten lässt (Campbell et al., 1976; vgl. Abschnitt 1.3.5.1). Die Ausprägung des Einzelitems zur allgemeinen Lebenszufriedenheit wird daher stark positiv ($r \geq 0,5$) mit dem FLQM korrelieren.

1.5.1.5 Zusammenhänge mit sozioökonomischen und demografischen Variablen

Es wird erwartet, dass die Ausprägung der Lebensqualität auf dem FLQM unabhängig von Alter, Geschlecht und Bildungsstand ist. Die empirische Befundlage (vgl. Diener et al., 1999) unterstützt jedoch die Annahme, dass in einer Partnerschaft lebende Teilnehmer eine höhere Lebensqualität berichten werden als alleinstehende. Der FLQM-Gesamtscore wird

zudem nicht systematisch mit der Anzahl selbstberichteter Erkrankungen oder dem Vorliegen einer Pflegestufe zusammenhängen.

1.5.2 Inhaltsvalidität

1.5.2.1 *Reichhaltigkeit der individuellen Bereichssysteme*

Hinsichtlich derjenigen Bereiche, die zur Bestimmung der Lebensqualität eines alten Menschen herangezogen werden gilt es zu bedenken, dass sich die *Wertigkeit* und die *Bedeutsamkeit bestimmter Facetten des Lebens* mit dem Alter und der Situation verändern können (vgl. Abschnitt 1.3.6.4). Junge Menschen zeigen andere Präferenzprofile als ältere Menschen, zudem gibt es über alle Altersgruppen hinweg eine große Heterogenität der Bedeutung, die einzelne Dimensionen für Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden besitzen. Im Alter ist dies auch ein Spiegelbild der sehr unterschiedlichen Profile von Potenzialen und Risiken. So ziehen unterschiedliche Erkrankungsprofile sehr unterschiedliche Einschränkungen nach sich, jedoch werden für nicht mehr oder nur noch eingeschränkt zugängliche Lebensbereiche oder Ziele im Rahmen eines lebenslangen Prozesses Anpassungen und Veränderungen am individuellen Ziel- und Wertesystem vorgenommen (Baltes & Baltes, 1990a; Heckhausen, 1997; Rothermund & Brandtstädter, 2003). Die Anzahl der von den Studienteilnehmern genannten Lebensbereiche wird unabhängig vom Geschlecht und dem subjektiven Erkrankungsstatus, d. h. der Anzahl selbstberichteter Erkrankungen, sein; ein höherer Bildungsstand eröffnet jedoch eine größere Vielfalt potentieller Betätigungs- und Interessensfelder – daher wird bei schlechterem Bildungsstand eine geringere Vielfalt von Nennungen zu beobachten sein. Im sehr hohen Alter können auf Grund einer Kumulation von Risiken und Verlusten die Grenzen der Adaptationsfähigkeit erreicht werden, daher werden mit zunehmendem Alter ebenfalls weniger Bereiche im Rahmen des FLQM benannt werden.

1.5.2.2 *Grad der Abhängigkeit individueller Nennungen von der Instruktion zum FLQM*

Unabhängig von möglichen pathologischen kognitiven Veränderungen, nimmt die kognitive Leistungsfähigkeit im Bereich fluider kognitiver Prozesse im Alter ab (Bäckman, Small, Wahlin & Larsson, 2000; Schaie, 1996). Die komplexe Aufgabe, im Rahmen des FLQM individuell bedeutsame Lebensbereiche zu benennen, wird mit zunehmendem Alter auf Grund der nachlassenden kognitiven Flexibilität eine steigende Herausforderung darstellen. Daher werden sich ältere Menschen stärker als jüngere an den Beispielen der

Anregungsliste in der Instruktion zum FLQM orientieren. Mit zunehmendem Alter wird eine geringere inhaltliche Unabhängigkeit der individuellen Nennungen von der Anregungsliste erwartet. Eine höhere Schulbildung stellt einen protektiven Faktor für die Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter dar (Bäckman et al., 2000; Bosma, van Boxtel, Ponds, Houx & Jolles, 2003), so dass bei schlechterem Bildungsstand ebenfalls eine geringere inhaltliche Unabhängigkeit der Nennungen erwartet wird.

1.5.3 Exploration querschnittlicher Unterschiede subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität im Alter

Über die bisherigen Annahmen hinaus bieten die mittels des FLQM generierten Daten die Möglichkeit, Einblicke in die Struktur subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität älterer Menschen zu erlangen. Als sekundäre Analysen werden daher mögliche querschnittliche Unterschiede in Reichhaltigkeit und Zusammensetzung der subjektiven Systeme bedeutsamer Lebensbereiche in Anlehnung an die im vorigen Abschnitt dargelegten Befunde und Annahmen explorativ betrachtet.

1.5.4 Verständlichkeit und Durchführbarkeit

Es wird empfohlen, bei der Entwicklung neuer Erhebungsinstrumente neben einer psychometrischen Prüfung der Güteeigenschaften eines neuen Fragebogens über kognitive Interviews oder begleitende Befragungen auch die Verständlichkeit, Akzeptanz und mögliche Probleme mit dem Fragebogen zu beleuchten (Mallinson, 2002; McColl, Meadows & Barofsky, 2003). Ein explorativer Meta-Fragebogen wird einer Teilstichprobe vorgelegt werden, um das Verständnis der Teilnehmer sowie Akzeptanz und Altersangemessenheit des FLQM genauer zu beleuchten. Die Auswertung von beobachteten Problemen, Missverständnissen oder Äußerungen der Teilnehmer sowie eine Abwägung des Zeit- und Ressourcenaufwandes sollen weitere Hinweise auf die praktische Tauglichkeit des Fragebogens liefern.