

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und  
Gesundheitsökonomie  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Lebensqualität schwer psychisch Kranker – eine Querschnittserhebung  
in der Integrierten Versorgung

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Luise Martin

aus Berlin

Datum der Promotion: 23. Juni 2013

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Abstrakt</b>	<b>1</b>
<b>Abstract</b>	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1 Konzeption der Lebensqualität	5
1.1.1 Konzeptualisierungen und kritische Betrachtung der Lebensqualität	5
1.1.2 Operationalisierung der Lebensqualität	7
1.1.3 Anwendungsbereiche der Lebensqualitätsverfahren	8
1.2 Lebensqualität psychiatrischer Patienten und deren Einflussfaktoren	10
1.2.1 Affektive Störungen	10
1.2.1.1 Unipolare Depression	10
1.2.1.2 Bipolare Depression	11
1.2.2 Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	12
1.2.2.1 Schizophrenie	12
1.2.2.2 Schizoaffektive Störung	13
1.2.3 Angsterkrankungen	14
1.2.4 Morbus Alzheimer und andere demenzielle Erkrankungen	14
1.2.5 Alkoholabhängigkeit	16
<b>2 Fragestellungen</b>	<b>17</b>
<b>3 Methoden</b>	<b>18</b>
3.1 Gesamtzusammenhang	18
3.2 Modell der Integrierten psychiatrischen Versorgung	19
3.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der IV	22
3.4 Studienablauf	24
3.4.1 Datenerfassung	24
3.4.2 Auswahl der Patienten in die vorliegende Untersuchung	24

3.4.3 Einflussfaktoren der Lebensqualität	25
3.5 Beschreibung der Erhebungsinstrumente	27
3.5.1 Lebensqualitätsfragebogen: WHOQOL-BREF	27
3.5.2 Skala zur Erfassung des sozialen Funktionsniveaus: GAF	28
3.5.3 Skala zur Beurteilung des klinischen Gesamteindruck: CGI	29
3.6 Statistische Auswertung	30
3.7 Datenmanagement und Datenschutz	32
<b>4 Ergebnisse</b>	<b>33</b>
4.1 Deskriptive Darstellung der Patientendaten stratifiziert nach Hauptdiagnosen	33
4.2 Lebensqualität (WHOQOL-BREF) stratifiziert nach Hauptdiagnosen	40
4.3 Lebensqualitätsvergleich zwischen den Hauptdiagnosegruppen	42
4.4 Beziehungen zwischen Lebensqualität und Patientencharakteristika	48
4.4.1 Lebensqualität und soziodemographische Charakteristika	48
4.4.2 Lebensqualität und psychiatrisch-anamnestische Charakteristika	50
4.4.3 Lebensqualität und klinische Charakteristika	53
4.5 Determinanten der Lebensqualität	54
<b>5 Diskussion</b>	<b>58</b>
5.1 Methodische Probleme und Einschränkungen der Aussagekraft	59
5.2 Lebensqualität (WHOQOL-BREF)	61
5.2.1 Lebensqualität der gesamten klinischen Stichprobe	61
5.2.2 Lebensqualitätsvergleich zwischen psychiatrischen Diagnosegruppen	62
5.3 Einflussfaktoren auf die Lebensqualität psychiatrischer Patienten	65
5.4 Schlussfolgerungen	70
<b>6 Literaturverzeichnis</b>	<b>71</b>
<b>7 Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>81</b>
<b>8 Abbildungsverzeichnis</b>	<b>83</b>
<b>9 Tabellenverzeichnis</b>	<b>84</b>

**10 Eidesstattliche Versicherung** **85**

---

**11 Lebenslauf** **86**

---

**12 Publikationsliste** **87**

---

## **Abstrakt**

**Hintergrund:** Im Rahmen eines Forschungsprojekts zur Evaluation eines Modells zur Integrierten psychiatrischen Versorgung (IV) in Berlin/Brandenburg und Niedersachsen/Bremen wurde die subjektive Lebensqualität der in die IV eingeschlossenen, schwer psychisch Kranken erfasst. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Darstellung der Lebensqualität dieser klinischen Stichprobe. Zudem soll die Lebensqualität mit den erhobenen soziodemographischen, psychiatrisch-anamnestischen sowie klinischen Patientencharakteristika kontextualisiert werden, um die Faktoren, die auf die unterschiedlichen Bereiche der Lebensqualität Einfluss nehmen, zu identifizieren.

**Methoden:** Im Zeitraum zwischen 2008 und 2010 wurden Versicherte der DAK-Gesundheit und der beteiligten Betriebskrankenkassen, die eine schwere psychische Erkrankung und eine deutliche Beeinträchtigung des sozialen Funktionsniveaus aufwiesen, in die IV Behandlung eingeschlossen. Der behandelnde Arzt diagnostizierte bei Einschluss mittels ICD-10, erhob die soziodemographischen und psychiatrisch-anamnestischen Patientencharakteristika sowie den klinischen Befund mit globaler Schweregrad- (CGI) und sozialer Funktionsbeurteilung (GAF). Zudem erfolgte die Erfassung der subjektiven Lebensqualität durch den Patienten mit Hilfe des generischen Messinstruments World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. Der WHOQOL-BREF umfasst einen Globalscore zur Gesamtbeurteilung der Lebensqualität sowie vier Lebensqualitätsbereiche (körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umweltbedingungen).

**Ergebnisse:** Von 1347 psychiatrischen Patienten, die insgesamt in dem genannten Zeitraum mit IV-Behandlung dokumentiert wurden, haben 953 (davon 63,2 % mit affektiver Störung, 18,4 % mit Störung aus dem schizophrenen Formenkreis) den WHOQOL- BREF vollständig ausgefüllt. Deskriptiv zeigte sich, dass psychische Erkrankungen in allen Bereiche der Lebensqualität zu Beeinträchtigungen führen. Im deskriptiven Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigten sich bei den hier untersuchten

Patienten in allen WHOQOL-BREF Lebensqualitätsbereichen Beeinträchtigungen. Es ergaben sich zudem diagnosespezifische Unterschiede. Patienten mit einer unipolaren Depression gaben in fast allen Aspekten der Lebensqualität die niedrigsten Zufriedenheitswerte an. Demenziell Erkrankte die höchsten. Statistisch signifikante Assoziationen konnten zwischen Lebensqualität und den Variablen Hauptdiagnose, Wohn- und Unterhaltsform, Schweregrad der Erkrankung (CGI) sowie somatische komorbide Erkrankung dargestellt werden. Insgesamt konnten die hier untersuchten Variablen nur einen kleinen Teil der Varianz (zwischen 3 % und 13 %) in den unterschiedlichen WHOQOL-BREF Domänen erklären.

**Schlussfolgerungen:** Es konnte gezeigt werden, dass die Lebensqualität schwer psychisch Kranker unterschiedlicher Diagnosegruppen in der IV deutlich eingeschränkt ist. In Kongruenz mit der Literatur ließ sich in der vorliegenden Arbeit durch soziodemographische, psychiatrisch-anamnestische sowie klinische Patientencharakteristika nur ein geringer Teil der Varianz der verschiedenen WHOQOL-BREF Domänen erklären. Um das Verständnis der Lebensqualität schwer psychisch Kranker zu schärfen und um die Lebensqualität als validen Outcomeparameter in Studien nutzen zu können, sind Anstrengungen zur Identifizierung weiterer Einflussfaktoren der Lebensqualität psychisch Kranker notwendig.

## **Abstract**

The Quality of Life of People with Severe Mental Illness - A Cross-Sectional Survey of Integrated Health Care

**Background:** A research project for the evaluation of a model for integrated psychiatric care (IV) in Berlin/Brandenburg and Lower Saxony/Bremen investigated the subjective perception of quality of life shown by patients with severe mental illness in an integrated psychiatric care programme. The present study seeks to delineate the quality of life as expressed in this clinical sample while at the same time placing it in the context of the socio-demographic, psychiatric anamnestic and clinical characteristics exhibited by the patients in the survey in an effort to identify those factors which exert an influence on the various component domains of quality of life.

**Methods:** Between 2008 and 2010 persons insured by DAK Gesundheit and other associated employer-based health insurance schemes with a severe mental illness and serious restrictions on their level of social functioning were included in an IV care programme. On admittance to the programme, the treating physician made a diagnosis based on ICD-10 criteria, noted the socio-demographic and psychiatric anamnestic characteristics of patients, and rated their severity on the Clinical Global Impression (CGI) scale and the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. Assessment of the patient's subjective perception of quality of life was made with the World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL-BREF) generic measuring instrument. WHOQOL-BREF offers a global scale for the overall assessment of quality of life and its four constituent domains (physical health; psychological health; social relationships and environment).

**Results:** Of the 1347 patients documented in the IV care programme for the above mentioned period, 953 fully completed the WHOQOL-BREF questionnaire. 63.2 percent of these showed an affective disorder and 18.4 percent a schizophrenia-related disorder. In descriptive terms it was shown that psychiatric illnesses lead to impairments in all the constituent domains of quality of life. In a descriptive comparison to the general population the patients studied here exhibited impairments in all the WHOQOL-BREF

## Abstract

quality of life domains. Further differences were also found in terms of specific diagnoses. Patients with unipolar depression gave the lowest satisfaction ratings in nearly all aspects of quality of life while the highest ratings were given by those with dementia. Statistically significant associations could be established between quality of life and the variables primary diagnosis, living and working conditions, severity of illness (CGI), and somatic comorbid illness. In overall terms, the variables investigated here could explain only a small part (between 3 and 13 percent) of the variance in the various WHOQOL-BREF domains.

**Outlook:** It was shown that the quality of life of groups of patients diagnosed with various types of serious mental illness in the IV programme was subject to severe limitations. As substantiated by the literature, the socio-demographic, psychiatric-anamnestic and clinical patient characteristics can only explain a small part of the variance between the various WHOQOL-BREF domains. Further efforts are needed to identify other factors with an influence on the quality of life of people with mental illness if we are to achieve a more focussed understanding of people with serious mental disorders and use quality of life as a valid outcome parameter in clinical studies.



## **1 Einleitung**

### **1.1 Konzeption der Lebensqualität**

#### **1.1.1 Konzeptualisierungen und kritische Betrachtung der Lebensqualität**

Der Begriff der Lebensqualität hat seine wissenschaftlichen Wurzeln außerhalb der Medizin in der soziologischen und sozioökonomischen Forschung der 60er und 70er Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts (1). In der Medizin wird das Thema Lebensqualität zunächst im Fachbereich der Onkologie im Zusammenhang mit dem Nutzen der Chemotherapie und der Frage nach der Quantität des Lebens im Vergleich zur Qualität, zum Forschungsgegenstand (2). Während sozialwissenschaftliche Arbeiten die Lebensqualität über strukturelle Indikatoren, wie beispielsweise Neugeborenensterblichkeit, Mortalitätsraten oder Bruttosozialprodukt, erfassten, änderte man in der Medizin die Blickrichtung und subsumierte unter dem multidimensionalen Konstrukt der Lebensqualität die subjektiv wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Aspekte des persönlichen Wohlbefindens. Damit nähert sich der Lebensqualitätsbegriff in der Medizin der idealtypischen Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation an, die neben dem körperlichen auch das psychische und soziale Wohlbefinden des Individuums berücksichtigt (3). Demnach kann der allgemeine Gesundheitszustand der betroffenen Person nicht durch die Quantifizierung der körperlichen Gesundheit durch medizinisch-wissenschaftliche Messgrößen allein beurteilt werden, es bedarf zusätzlich einer Einschätzung des Gesundheitszustands durch den Betroffenen selbst. Diese unter physischen, psychischen und sozialen Aspekten betrachtete subjektiv erlebte Gesundheit, kann als die gesundheitsbezogene Lebensqualität eines Patienten aufgefasst werden (4). Mit der zunehmenden Lebenserwartung und dem damit wachsenden Lebenszeitraum gehen langandauernde psychische, körperliche und soziale Überlastungen einher, die Risiken chronischer somatischer und psychischer Erkrankungen bergen. Das primär kurative Ziel der medizinischen Therapie bekommt zunehmend palliativen Charakter. Folglich können klassische biologische Zielkriterien die nachhaltigen Konsequenzen von chronischen Erkrankungen auf den Lebenszusammenhang der Patienten nicht länger ausreichend

## 1 Einleitung

abbilden. Vielmehr bedarf es zusätzlicher Indikatoren, wie der Lebensqualität, die den Therapieverlauf widerspiegeln. Es hat sich gezeigt, dass die gesundheitsorientierte Lebensqualität dabei nicht nur durch rein somatisch bedingte Krankheiten beeinträchtigt wird. In zahlreichen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen in einem vergleichbaren oder stärkeren Ausmaß betroffen sein können (5–7).

Das Konzept der Lebensqualität ist in den letzten Jahren insbesondere in der psychiatrischen Forschung kontrovers diskutiert worden. Für einen kritischen Umgang mit dem Konstrukt sprechen laut einer Analyse von Pukrop insbesondere konzeptuelle Defizite. So ergibt sich aus dem Fehlen einer hinreichend präzisen Definition eine starke Heterogenität der Ansätze. Offene Fragen in der Lebensqualitätsforschung bestehen auch in dem Problem des Repräsentierens individueller Lebensqualitätsdimensionen durch standardisierte Instrumente. Weiterhin bemängelt wird das Defizit an verbindlichen Kriterien für die Operationalisierung von Lebensqualität (8).

Eine weitere zentrale Schwäche des Konstrukts, der einer besonderen Berücksichtigung in der Psychiatrie bedarf, stellt die Korrelation zwischen Lebensqualität und psychosozialen Merkmalen dar. Hiermit ergibt sich die Frage, in welchem Ausmaß die subjektive Lebensqualität eher Ausdruck persönlichkeitsbezogener Charakteristika, aktueller Stimmungslagen oder psychopathologischer Symptome ist, die sich durch medizinische Interventionen oder andere Veränderungen der Lebenssituation beeinflussen lassen (9). In einer von Rapaport et al. durchgeführten Studie, konnten diagnosespezifische Symptome allerdings nur einen kleinen Anteil der Lebensqualitäts-Varianz von Patienten mit affektiven Störungen erklären (10). Demnach stellt die subjektive Lebensqualität, neben psychopathologischen Symptomen, eine zusätzliche Komponente der vollständigen klinischen Einschätzung dar.

Eine weitere mögliche Fehlerquelle in der Beurteilung der Lebensqualität, insbesondere chronisch schwer Kranker, ist als „Response shift Bias“ (Veränderung des

## 1 Einleitung

Bewertungsmaßstabes) beschrieben. „Response shift“ kann einen Beitrag leisten zur Erklärung von dem zunächst paradox erscheinenden Effekt, dass beispielsweise chronisch schwer Kranke ihre Lebensqualität oft als ähnlich gut beschreiben wie Gesunde (11). Solche Ergebnisse sind der Tatsache geschuldet, dass die subjektive Lebensqualität im Sinne von „Coping“, bei belastenden Lebensbedingungen, wichtigen Veränderungen des individuellen Bewertungsmaßstabes und individuellen Anpassungsmechanismen unterworfen ist (8).

### **1.1.2 Operationalisierung der Lebensqualität**

Es gibt eine Vielzahl an psychometrisch geprüften, normierten und international verfügbaren Instrumenten zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Fragebögen werden in Querschnittsuntersuchungen eingesetzt, um Lebensqualitätsunterschiede zwischen Personen zu vergleichen, sowie in Längsschnittuntersuchungen zur Messung der Lebensqualität einer Person zu verschiedenen Zeitpunkten (evaluativer Ansatz). Prinzipiell kann die Evaluation der Lebensqualität sowohl durch die Selbstbeurteilung des Patienten, als auch durch die Fremdeinschätzung durch Ärzte erfolgen. Allerdings korreliert die Fremdeinschätzung nur bedingt mit der subjektiven Wahrnehmung der Patienten, daher ist die Selbstbeurteilung gegenwärtig die häufigere Form der Erfassung. Weiterhin werden bei den heute gebräuchlichen Messinstrumenten krankheitsübergreifende Fragebögen (generische Messverfahren), die indikationsunabhängig allgemeine Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfassen und krankheitsspezifische Instrumente, die für definierte Populationen, Erkrankungen und Funktionen konzipiert wurden, unterschieden (9). Generische Instrumente, wie beispielsweise die WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) - Skala (12), sind auf verschiedene Bevölkerungsgruppen anwendbar und damit einerseits für den Vergleich verschiedener Patientengruppen und für die ökonomische Untersuchung von Lebensqualitätsparametern geeignet, andererseits bergen sie die Gefahr einer unzureichenden Abbildung spezifischer Aspekte einer Erkrankung. Diagnosespezifische Lebensqualitätsinstrumente, wie beispielsweise die schizophreniespezifische

## 1 Einleitung

Lebensqualitätsskala QLiS (Quality of life in Schizophrenia) (13) sind hingegen patientennäher und klinisch sensitiver (14).

Darüber hinaus sind unidimensionale Indexinstrumente von multidimensionalen Profilinstrumenten zu unterscheiden. Letztere, wie beispielsweise das NHP (Nottingham Health Profile) (15), bilden durch die Beschreibung von Gesundheitszuständen mit Abstufungen in verschiedenen Krankheitsdimensionen ein Krankheitsprofil ab, das genutzt werden kann, um zu untersuchen, welche Teilaspekte der Lebensqualität durch eine medizinische Maßnahme beeinflusst werden. Bei unidimensionalen Indexinstrumenten wird hingegen auf Grundlage von Abstufungen ein Index berechnet, der im Besonderen bei der Bearbeitung gesundheitsökonomischer Fragestellungen angewandt wird (16).

Aus der Kritik, dass vorstrukturierte Erhebungsmethoden die individuelle Perspektive der Betroffenen nur unvollständig widerspiegeln, sind zudem Lebensqualitätssinstrumente, wie beispielsweise der SEIQoL (Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life)-Fragebogen (17), entstanden, die gesundheitsrelevante Beeinträchtigungen individualisiert zu messen versuchen. Dieser Ansatz erlaubt zwar eine sehr patientennahe Abbildung des Gesundheitszustands, bietet naturgemäß aber nicht die Vergleichbarkeit von Fragebögen mit festgelegten Problembereichen (14).

### **1.1.3 Anwendungsbereiche der Lebensqualitätsverfahren**

Während zu Beginn der Lebensqualitätsforschung die Arbeiten vor allem theoretisch-konzeptionell ausgerichtet waren, hat sich die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität heute in nahezu allen gesundheitswissenschaftlichen Forschungsbereichen etabliert und konzentriert sich gegenwärtig auf folgende vier Einsatzgebiete:

In der epidemiologischen Forschung erfordern die zunehmende Lebenserwartung sowie neue soziale und umweltbezogene Verhältnisse eine erweiterte Perspektive in der Gesundheitserfassung. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bietet sich hierbei als Erhebungsgegenstand an, um das subjektive Befinden spezifischer Bevölkerungs-, Diagnose- und Risikogruppen zu beschreiben. Die Feststellung der Beeinträchtigungen

## 1 Einleitung

bestimmter Gruppen hat das Ziel, auf der Ebene der Gesundheitspolitik in Empfehlungen für Interventionen und die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte zu münden. In Deutschland begann die Anwendung von Lebensqualitätsinstrumenten 1998 im Rahmen des Bundesgesundheits surveys mit dem Einsatz des Lebensqualitätsinstrumentes SF-36 (18).

Ferner wird in klinischen Studien, neben der Erfassung biomedizinischer Parameter, verstärkt der Effekt therapeutischer Behandlungsmaßnahmen auf die Lebensqualität bestimmter Patientengruppen untersucht. Damit dient die Erfassung der Lebensqualität als Effektmaß und ermöglicht Aussagen darüber welche Patientengruppen von welchen Behandlungsstrategien hinsichtlich ihrer Lebensqualität am meisten profitieren (9). In der Gesundheitsökonomie soll erfasst werden, inwieweit Ergebnisse von Behandlungen und Therapien gesundheitspolitischen und ökonomischen Vorgaben entsprechen Die Lebensqualitätsdaten gehen in so genannte Kosten - Nutzwert Analysen ein (19).

Auch in Versorgungsanalysen des Gesundheitswesens und im Bereich der Qualitätssicherung finden Lebensqualitätsverfahren zunehmend Anwendung als Ergebnisparameter (9).

### **1.2 Lebensqualität psychiatrischer Patienten und deren Einflussfaktoren**

Trotz der definitorischen Unsicherheit des Konstrukts Lebensqualität ist das Interesse an der Erfassung von Lebensqualitätseffekten in der Psychiatrie gewachsen. Dies widerspiegelt sich auch in zahlreichen aktuellen Untersuchungen, die sich mit der Erforschung der Lebensqualität von psychiatrischen Patienten befassen (20,21). Von besonderem wissenschaftlichem Interesse ist die Identifikation und Wirkung von den die Lebensqualität beeinflussenden Faktoren. Im Folgenden wird die Lebensqualität sowie deren Determinanten für die in der vorliegenden Untersuchung eingeschlossenen Diagnosegruppen dargestellt.

#### **1.2.1 Affektive Störungen**

##### ***1.2.1.1 Unipolare Depression***

Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass eine unipolare Depression zu einem deutlichen Verlust an Lebensqualität führt (22). In Untersuchungen zu den Einflussfaktoren der Lebensqualität depressiv Erkrankter konnte gezeigt werden, dass soziodemographische Variablen, wie Alter, Geschlecht, Beziehungsstatus und Wohnsituation, nur einen sehr geringen Anteil der Varianz der Lebensqualität depressiver Patienten aufklären (23,24). Als weitere Determinanten der Lebensqualität an Depression Erkrankter haben sich das Selbstbewusstsein des Patienten sowie die soziale Unterstützung herausgestellt (25). Studienergebnisse, die einen starken Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Lebensqualität der Patienten aufweisen, machen deutlich, dass sich die Therapie depressiver Patienten nicht auf die Symptomverbesserung beschränken sollte. Vielmehr sollten Therapieansätze etabliert werden, die dem Patienten helfen, unterstützende soziale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten (25). Bezüglich klinischer Einflussfaktoren der Lebensqualität depressiver Patienten belegen Studien einen negativen Einfluss komorbider psychischer Störungen auf die Lebensqualität (26). Hinsichtlich des Einflusses verschiedener Therapiemodalitäten konnte sowohl ein positiver Effekt pharmakotherapeutischer Therapien (27) als auch kognitiver Verhaltenstherapien (28) auf die Lebensqualität depressiver Patienten gezeigt werden.

## 1 Einleitung

Hinsichtlich des Einflusses der Erkrankungsschwere konnte eine Abnahme der Lebensqualitätswerte proportional zum Ausmaß der Depressionsschwere dargestellt werden (29). Kritiker weisen darauf hin, dass die Korrelation zwischen Depressionsschwere und subjektiver Lebensqualität ein Hinweis für eine Überlappung dieser beiden Konstrukte sein kann (30). Diskutiert wird die enge Verknüpfung unter dem Begriff „affective fallacy“ (31) – Täuschung („fallacy“) daher, weil einige Forschende der Annahme sind, dass die depressive „Verzerrung“ der Wahrnehmung die Validität der Selbstbeurteilung in Frage stellt (32). Trotz der deutlichen Korrelation zwischen den beiden Konstrukten haben Studien Lebensqualität bei depressiven Patienten prospektiv untersucht und sind zu dem Ergebnis gekommen, dass die Lebensqualität auch bei affektiven Störungen als ein durchaus brauchbarer Ergebnisparameter dient (30,33).

### ***1.2.1.2 Bipolare Depression***

Literaturübersichtsarbeiten zeigen, dass Personen mit Diagnose einer bipolaren Depression auch in euthymen Phasen gegenüber Gesunden eine Einschränkung ihrer Lebensqualität erleben (34). Die vorhandenen Studien erbringen zudem den Hinweis, dass bipolare Patienten in manischen und gemischten Phasen ihre subjektive Lebensqualität höher einschätzen als in depressiven (35,36).

Hinsichtlich soziodemographischer Einflussfaktoren konnte in einer Untersuchung von Sierra et al. kein Einfluss der Variablen Alter, Geschlecht sowie Arbeitssituation auf die Lebensqualität dargestellt werden (37). Im Hinblick auf mögliche klinische Einflussvariablen zeigte sich in einer niederländischen Untersuchung zur Lebensqualität ambulanter Patienten mit Diagnose einer bipolaren Störung eine negative Korrelation zwischen Lebensqualität und Anzahl psychopathologischer Symptome (38). In einer anderen Studie war ein Erkrankungsbeginn vor dem 20. Lebensjahr mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität assoziiert (39). Auch das Vorhandensein komorbider psychischer Erkrankungen, wie beispielsweise neurotische Störungen (40) oder Suchterkrankungen (41), war auch nach Adjustierung für mögliche Störfaktoren mit niedrigeren Lebensqualitätsmittelwerten assoziiert. Erfolgreiche pharmakologische (42)

## 1 Einleitung

und nicht-pharmakologische Therapien (43) scheinen die Lebensqualität bipolarer Patienten zu verbessern.

### **1.2.2 Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis**

#### ***1.2.2.1 Schizophrenie***

Die subjektive Lebensqualität an einer Schizophrenie Erkrankter ist im Allgemeinen niedriger als die der Allgemeinbevölkerung (44). Im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungen, wie beispielsweise affektive Störungen, liegt sie jedoch höher (21,32). Aus der Literatur geht hervor, dass dieser Befund im Besonderen auf den bereits beschriebenen „Response-Shift-Bias“ zurückzuführen sein kann (8).

Bei der Analyse der Zusammenhänge zwischen der Lebensqualität schizophrener Patienten und soziodemographischer Faktoren gibt es unterschiedliche Ergebnisse. Grundsätzlich scheint nur ein schwacher Zusammenhang zu bestehen (45). Hinsichtlich des Einfluss des Geschlechts konnte in vielen Studien gezeigt werden, dass Männer größere Lebensqualitätseinschränkungen erleben (32,46,47). Ein klarer Zusammenhang zwischen der Lebensqualität schizophrener Patienten und dem Lebensalter geht aus der Literatur nicht hervor. So gibt es neben Studien, die keinen Zusammenhang darlegen konnten (46), sowohl Untersuchungsergebnisse, die eine schlechtere Lebensqualität bei älteren Patienten zeigen (48), als auch Befunde, die eine eingeschränkte Lebensqualität bei jüngeren Erkrankten belegen (49).

Bezüglich psychosozialer Einflussfaktoren besteht Konsens darüber, dass neben Krankheitsverarbeitung und gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen die soziale Unterstützung als wichtiger positiver Prädiktor der subjektiven Lebensqualität betrachtet werden kann (50). So belegt eine von Yanos et al. durchgeführte Studie, dass negative soziale Interaktionen und insbesondere die infolgedessen wahrgenommene Stigmatisierung einen großen Vorhersagewert auf die Lebensqualität haben (51).

Die Untersuchung des Einfluss des Schweregrads der Erkrankung auf die Lebensqualität ergab in zahlreichen Studien eine negative Korrelation (52). In einigen Untersuchungen werden im Besonderen depressive Symptome und Ängste als



## 1 Einleitung

beeinträchtigender wahrgenommen als positive Symptome, wie Wahn oder Halluzination (53,54).

Mit Hinblick auf die Versorgungsstruktur als Determinante der Lebensqualität konnte gezeigt werden, dass an Schizophrenie Erkrankte, die außerhalb von Kliniken betreut werden, in der Regel in vielen Bereichen zufriedener sind als stationär behandelte Langzeitpatienten (55). Eine andere Untersuchung konnte keine Relation zwischen der Anzahl und Länge der Hospitalisierungen und der Lebensqualität, nachweisen (46). Weiterhin können pharmakotherapeutische Nebenwirkungen einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität haben (56).

### ***1.2.2.2 Schizoaffective Störung***

In der psychiatrischen Literatur gibt es bislang nur wenige Studien zur Lebensqualität schizoauffektiv Erkrankter, da diese Patientengruppe im Allgemeinen entweder mit in die Gruppe Schizophrenie Erkrankter oder in die Gruppe affektiv Erkrankter mit einbezogen wurde. In den wenigen vorliegenden Studien zur Lebensqualität schizoauffektiv Erkrankter zeigten diese eine deutliche Einschränkung in allen Bereichen ihrer Lebensqualität im Vergleich zur gesunden Allgemeinbevölkerung (21).

Hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren geht aus einigen Studien kein Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und soziodemographischen Faktoren hervor (46). In anderen Untersuchungen ist eine negative Assoziation zwischen Globalbeurteilung der Lebensqualität und u.a. der Schwere der depressiven Symptomatik, der körperlicher Beschwerden sowie der Negativsymptomatik gezeigt worden. Die Faktoren soziale Unterstützung, Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit waren hingegen positiv mit der Lebensqualität assoziiert (57).

### **1.2.3 Angsterkrankungen**

Betroffene einer Angsterkrankung gaben in einer Untersuchung von Comer et al. sowohl im Vergleich mit der Normalbevölkerung als auch im Vergleich mit chronisch somatisch Erkrankten eine eingeschränkte Lebensqualität an. In derselben Untersuchung schnitten innerhalb der Gruppe der Angsterkrankungen die Patienten mit einer generalisierten Angststörung am schlechtesten ab (58).

Die subjektive Einschätzung der Lebensqualität scheint weitestgehend unabhängig von soziodemographischen Variablen sowie der klinischen Krankheitsschwere zu sein (59). In einer Untersuchung bei Patienten mit einer sozialen Phobie, zeigten weder Erkrankungsdauer noch Alter bei Ersterkrankung einen Einfluss auf die Lebensqualität. Lediglich die Anzahl der „Triggersituationen“ (isolierte vs. generalisierte soziale Phobie) war mit einer eingeschränkten Lebensqualität assoziiert (60). In einer Studie von Masellis et al. stellte sich eine komorbide depressive Erkrankung als der wichtigste negativ einflussnehmende Faktor heraus (61).

In Studien zur Effektivität verschiedener Therapiemodalitäten, gingen sowohl medikamentöse (62) als auch psychotherapeutische Behandlungsmethoden (63) mit einer Lebensqualitätsverbesserung einher. Auch der Einfluss von Versorgungskonzepten auf die Lebensqualität ist in der Literatur beschrieben worden. So haben Rollman et al. in einer Interventionsstudie mit Patienten mit Diagnose einer Angststörung zeigen können, dass es bei Betroffenen, die sich in einem telefongestützten Betreuungsprogramm befanden, im Vergleich zu Patienten in der regulären hausärztlichen Versorgung, zu einer deutlicheren Verbesserung der Lebensqualität kam (64).

### **1.2.4 Morbus Alzheimer und andere demenzielle Erkrankungen**

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und dem damit steigenden Risiko für die Erkrankung an einer Demenz, kommt die Erfassung der Lebensqualität dieser Patientengruppe wachsende Bedeutung zu. In der Literatur widerspiegelt sich das in einer zunehmenden Anzahl an Forschungsberichten zur Erfassung der Lebensqualität Demenzerkrankter sowohl durch demenzspezifische (65) als auch nicht-

## 1 Einleitung

krankheitsspezifische Fragebögen, wie beispielsweise dem WHOQOL-BREF (66). Einen Goldstandard zur Lebensqualitätserfassung bei Demenz gibt es bislang noch nicht (67).

Es ist bekannt, dass Demenzerkrankte ihre subjektive Lebensqualität sehr positiv und in etwa vergleichbar mit der Selbsteinschätzung von älteren Patienten ohne Demenz bewerten (68,69). Es wird postuliert, dass die trotz kognitiver und funktioneller Einschränkungen positiv erlebte Lebensqualität Demenzerkrankter möglicherweise auf eine hohe Anpassungsfähigkeit zurückzuführen sei (67).

In einer Literaturübersichtsarbeit zur Lebensqualität Demenzkranker und deren Einflussfaktoren, konnte in der Mehrzahl der Studien kein Einfluss soziodemographischer Faktoren, wie Alter, Geschlecht und Bildungsniveau, nachgewiesen werden (70). Die Datenlage zum Einfluss des Schweregrads der Demenz auf die Lebensqualität ist nicht eindeutig. Entgegen der intuitiven Annahme konnte in einigen Studien kein Zusammenhang zwischen Lebensqualität und kognitiver Einschränkung festgestellt werden (71), in anderen hingegen schon (72). Eine verminderte subjektive Lebensqualität ist bei Patienten mit Einschränkungen der mentalen Gesundheit (insbesondere bei depressiven Symptomen) (66) einer hohen Anzahl somatischer Komorbiditäten (73), Schmerzen (74), Verhaltensproblemen (Agitiertheit, Aggressivität) (72), mangelnder sozialer Unterstützung (71) sowie einer langen Heimaufenthaltsdauer (75) beschrieben. Hinsichtlich der unterschiedlichen Betreuungsmöglichkeiten wurde in einer vergleichenden Studie zur Lebensqualität demenziell Erkrankter in unterschiedlichen Settings der Langzeitpflege im „betreuten Wohnen“ eine höhere Lebensqualität als im Pflegeheim festgestellt (76). Der Einfluss unterschiedlicher Therapiemaßnahmen auf die Lebensqualität von Patienten mit Diagnose einer Demenz ist in aktuellen systematischen Übersichtsarbeiten beleuchtet worden. Hinsichtlich des Einflusses nicht-pharmakologischer Therapiemaßnahmen auf die Lebensqualität, zeigte sich, dass unter einer Vielzahl verschiedener Interventionsmaßnahmen allein die kognitive Stimulationstherapie in Gruppen bei Patienten im „betreuten Wohnen“ zu einer Verbesserung der subjektiven Lebensqualität führt (77). Hingegen konnte in keiner der Studien, in denen die Erfassung der

## 1 Einleitung

Lebensqualität als Outcome-Kriterium pharmakologischer Interventionen diene, ein positiver Effekt der Intervention auf die Lebensqualität gezeigt werden (78). In vielen anderen Untersuchungen wurden lediglich symptomatische Kriterien als Outcome Kriterium herangezogen. Da zwischen der Verbesserung der kognitiven Funktion und der Lebensqualität keine zwingend positive Korrelation besteht, empfehlen Cooper et al., dass zukünftig alle klinischen Demenzstudien die Erfassung der Lebensqualität als Outcome-Kriterium berücksichtigen sollten (78).

### **1.2.5 Alkoholabhängigkeit**

In den letzten zwanzig Jahren sind zunehmend Untersuchungen zur Erforschung und Erfassung der Lebensqualität von Patienten mit Diagnose einer Alkoholabhängigkeit mit Hilfe unterschiedlicher Messmethoden durchgeführt worden (79). Neben krankheitsspezifischen Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität stellten sich generische Messinstrumente, wie der WHOQOL-BREF Fragebogen, als valide Messinstrumente dar (80). In den verfügbaren Untersuchungen zeigte sich die subjektive Lebensqualität von Patienten mit Diagnose einer Alkoholabhängigkeit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung niedriger (81,82). In der Literatur besteht Konsens darüber, dass im Besonderen Einschränkungen im Lebensqualitätsprofil dieser Patientengruppe im sozialen Funktionsniveau sowie in der Domäne der mentalen Gesundheit zu finden sind (83). Als mögliche Prädiktoren einer eingeschränkten Lebensqualität von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit konnten folgende Faktoren identifiziert werden: höheres Lebensalter, weibliches Geschlecht, niedriges Bildungsniveau, eingeschränkter allgemeiner Gesundheitszustand, ausgeprägter Grad der Alkoholabhängigkeit, somatische oder psychiatrische Komorbidität (81,84,85). Demgegenüber konnte gezeigt werden, dass Patienten, die an einem Entgiftungsprogramm teilnehmen, eine Zunahme ihrer Lebensqualität im Verlauf erleben (86,87).

## **2 Fragestellungen**

Vor dem Hintergrund dieser Befunde in der Literatur stellten sich für die vorliegende Arbeit folgende Fragen:

1. Wie stellen Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen ihre Lebensqualität dar?
2. Welche Unterschiede lassen sich zwischen den Hauptdiagnosegruppen in der Lebensqualität darstellen?
3. Welche soziodemographischen, psychiatrisch-anamnestischen sowie klinischen Einflussfaktoren auf die unterschiedlichen Bereiche der Lebensqualität lassen sich nachweisen?

### **3 Methoden**

#### **3.1 Gesamtzusammenhang**

Die vorliegende Untersuchung erfolgte im Rahmen eines Forschungsprojektes des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie Charité - Universitätsmedizin Berlin zur Evaluation eines Modells zur Integrierten Versorgung (IV) in Berlin/Brandenburg und Niedersachsen/Bremen. Anhand von Patientendaten, die quartalsweise vom betreuenden Arzt dokumentiert wurden, sollen schwerpunktmäßig klinische Verläufe und gesundheitsökonomische Entwicklungen im Rahmen des Modells der Integrierten Versorgung untersucht werden. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf eines der sekundären Untersuchungskriterien: die Lebensqualität der Patienten in der IV und möglicher Einflussfaktoren.

### **3.2 Modell der Integrierten psychiatrischen Versorgung**

Seit Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes in Deutschland, das mit dem § 140 ff SGB V auch für psychiatrische Fachgebiete Chancen bot, die Defizite in der Versorgung psychisch Erkrankter zu reduzieren, besteht die Möglichkeit, mit Krankenkassen Verträge über eine sektorübergreifende Versorgung im Rahmen des Mollversuchs der Integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V abzuschließen. So wurde u.a. in Niedersachsen/Bremen ein solches Konzept der IV vertraglich zwischen der DAK-Gesundheit, Betriebskrankenkassen sowie Leistungserbringern im ambulanten Sektor vereinbart, mit dem Ziel, Anbieter therapeutischer Leistungen zu einer Versorgungsstruktur zu vernetzen. Seit 2006 wird auf Grundlage dieses Konzepts ein Modell der Integrierten psychiatrischen Versorgung in Berlin und seit 2008 auch in ausgewählten Regionen Brandenburgs in Zusammenarbeit mit der Krankenkasse DAK-Gesundheit, teilnahmebereiten BKKen (BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte, ehemals VAG Ost) und der Hamburg-Münchner Krankenkasse (jetzt DAK) durchgeführt. Dieses Modell der IV schwer psychisch Kranker ermöglicht eine ambulante Komplexbehandlung bestehend aus psychiatrischen Fachärzten, Hausärzten, psychiatrischer Fachpflege, Soziotherapeuten (nur Berlin), innerärztliche Qualitätszirkelarbeit, Orientierung an Behandlungspfaden und konzeptioneller Abstimmung mit den zuständigen Versorgungskliniken. Zu Beginn des IV-Programms steht die Feststellung des Hilfebedarfs der teilnehmenden Versicherten, um beurteilen zu können, ob der Behandlungsbedarf durch die kassenärztlichen Leistungen sichergestellt werden kann oder ob Maßnahmen nötig sind, die diesen Rahmen überschreiten. In diesem Falle wird den Patienten die Teilnahme an der Integrierten Versorgung angeboten, vorausgesetzt es liegen keine medizinischen Gründe für eine unmittelbare Klinikeinweisung vor. Für die in die IV eingeschriebenen Patienten wurde ein komplexes Leistungsangebot mit besonderem Schwerpunkt im ambulanten Bereich angeboten. Durch eine enge Vernetzung mit den Hausärzten, dem sozialpsychiatrischen Dienst und anderen Krisendiensten, niedergelassenen Psychotherapeuten, ambulanten Pflegediensten sowie zusätzlich Soziotherapie soll eine Gewichtsverlagerung in eine niedrigschwellige umfassende Versorgungsstruktur

### 3 Methoden

erreicht werden. Der rechtzeitige Einsatz rehabilitativer Maßnahmen und die begleitende Beteiligung psychosozialer Leistungsanbieter sollen die Möglichkeiten zur Besserung der klinischen und psychosozialen Situation und zur Aktivierung der gesunden Anteile der Patienten ausschöpfen, um nachhaltig die Umstellung vom institutsbezogenen zum personenbezogenen Hilfeansatz zu realisieren.



### 3 Methoden

Der IV-Vertrag zeichnete sich durch folgende Merkmale aus:

1. Fokussierung auf schwer psychisch Kranke
2. Stärkung ambulanter Versorgung mit komplexem Behandlungsangebot
3. Psychiatrische Praxis als Koordinations- und Leitstelle
4. Vereinbarte Kooperation mit Kliniken und Hausärzten
5. Breite Einschluss-Indikation (Psychose, Depression, Demenz, Alkoholabhängigkeit, psychosomatische Erkrankungen)
6. Flächendeckender Vertrag
7. Vertragsabschluss auf der Basis einer Vereinsstruktur und einer GmbH & Co. KG: PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin/Brandenburg und IVP Networks GmbH in Niedersachsen

Die Evaluation des IV-Projektes erfolgte von 2006 bis 2007 durch die Medizinische Hochschule Hannover (Abteilung Sozialpsychiatrie) und ab 01.01.2008 durch das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie (Charité - Universitätsmedizin Berlin) (bis 31.12.2009 für die DAK-Gesundheit, bis 31.03.2010 für die Mitglieder der BKK VAG Mitte). Der Auftrag zur Evaluation wurde für die Versicherten der DAK-Gesundheit in allen Regionen erteilt, für die Versicherten der BKKen nur für das Vertragsgebiet Berlin.

### 3.3 Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der IV

Patienten, die in die Integrierte Versorgung eingeschlossen wurden, mussten folgende Kriterien erfüllen:

- 1.) Vorliegen einer ICD-10 Diagnose aus dem Bereich F0.X bis F8.X
- 2.) Erfordernis einer krankhausvermeidenden Behandlung oder Notwendigkeit des Ersatzes einer stationären Behandlung durch ein komplexes Hilfeprogramm in der Einschätzung des Arztes
- 3.) Beeinträchtigungen des sozialen Funktionsniveaus (in der Global Assessment of Function Scale, GAF ein Score  $\leq 50$ )
- 3.) globaler Schweregrad der Erkrankung von  $\geq 5$  in der Clinical Global Impression Scale (CGI)
- 4.) Krankheitsspezifische Schwellenwerte der Skalen:
  - Schizophrenie: PANSS-Gesamtscore  $\geq 90$  oder  $\geq 6$  in mindestens 3 Items
  - Depression: MADRS-Gesamtscore  $\geq 30$  Punkte oder in 3 Items  $\geq 5$  Punkte oder in Item 10 (Suizidalität)  $\geq 5$  Punkte
  - Manische Erkrankungen: YMRS Gesamtscore  $\geq 22$  Punkte oder in mindestens 3 Items mind. 6 Punkte
  - Gerontopsychiatrische Patienten mit demenziellen Syndromen: DemTec  $< 9$  oder CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory)-Score  $> 40$  Punkte
  - Neurotische und psychosomatische Störungen: BSS (Beeinträchtigungsschwere Score) Gesamtscore  $> 6$  oder mind. 1 Item = 4
  - Psychosomatische Störungen: SCL-27: Mittelwert  $\geq 2$  in einer der 6 Subskalen
  - Zwangsstörungen: YBOCS (Yale Brown Obsessive Scale) Gesamtscore  $\geq 24$

### 3 Methoden

- Angsterkrankungen: BAI (Beck Angst Inventar) Gesamtscore > 26 Punkte oder in mindestens 3 Items 3 Punkte
- Suchterkrankung (Alkoholabhängigkeit): ADS Gesamtscore  $\geq$  22 Punkte

5.) Vorliegen der Einverständniserklärung des Patienten und des gesetzlichen Betreuers, wenn der Patient gesetzlich betreut wird.

6.) Mindestalter: 18 Jahre

Ausgeschlossen wurden Patienten, die einen gesetzlichen Betreuer hatten aber selbst nicht einwilligen möchten. Weiterhin konnten Patienten, die nach Einschätzung des behandelnden Arztes akut suizidgefährdet waren oder mit hoher Wahrscheinlichkeit die Behandlung abbrechen würden, nicht in die Integrierte Versorgung eingeschlossen werden.

### 3.4 Studienablauf

#### 3.4.1 Datenerfassung

Der Einschluss von Patienten in die IV erfolgte kontinuierlich durch die behandelnden Ärzte. Die Erfassung soziodemographischer und klinischer Daten erfolgte patientenindividuell durch die beteiligten Ärzte, bei denen die Patienten in psychiatrischer Behandlung waren. Zur Dokumentation erhielt jeder beteiligte Arzt ein Handbuch.

Bei Einschluss in die IV und in jedem weiteren Abrechnungsquartal wurden vom Behandler folgende Informationen dokumentiert:

- Soziodemographische Variablen (psychiatrische Haupt- und Nebendiagnosen, somatische Diagnosen, Geschlecht, Wohnsituation, vorrangiger Lebensunterhalt, gesetzliche Betreuung, Alter bei Ersterkrankung, Anzahl früherer stationär- psychiatrischer Aufenthalte, Gesamtzahl Episoden, Anzahl Suizidversuche
- Global Assessment of Function Scale (GAF) (88)
- Clinical Global Impression (CGI) (89)

Die Patienten füllten bei Einschluss in die IV sowie zu Beginn eines jeden Quartals den WHOQOL-BREF Fragebogen zur Ermittlung der Lebensqualität aus. Die Dokumentationsbögen der Ärzte, die erhobenen Skalen und die Lebensqualitätsfragebögen der Patienten wurden vom Studienpersonal nach Standard Operating Procedures (SOPs) auf Vollständigkeit geprüft und bei Missings/unvollständigen Daten bei den Ärzten (maximal zweimal) nachgefragt.

Die hier vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf die Auswertung der zum Zeitpunkt der Aufnahme in die IV ermittelten Patientendaten.

#### 3.4.2 Auswahl der Patienten in die vorliegende Untersuchung

Die vorliegende Evaluation untersucht eine Subgruppe der in das beschriebene IV-Modell im Zeitraum vom 01.01.2008 bis 31.03.2010 eingeschlossenen Patienten.

### 3 Methoden

Zur Darstellung der Diagnosegruppen wurde die bei Aufnahme in die IV angegebene Primärdiagnose des behandelnden Psychiaters herangezogen. Auf Grundlage des ICD-10 Diagnoseschlüssels wurden in die folgende Untersuchung ausschließlich Patienten mit folgenden Primärdiagnosen eingeschlossen: affektive Störungen (F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39), Schizophrenie (F20), schizoaffektive Störung (F25), neurotische Störungen (F40, 41, F42, F43, F44, F45, F48) (überwiegend phobische Störungen und sonstige Angststörungen), Demenz (F00, F01, F02, F03) (überwiegend Demenz bei Alzheimer-Krankheit) und Alkoholabhängigkeit (F10). Die Patienten mit Diagnose einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (F60), Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (F19), andere organische psychische Störungen (F06-07) sowie andere akute oder chronische psychotische Störungen (F21-24, F29) wurden zwar in die IV eingeschlossen, aufgrund zu geringer Patientenzahlen jedoch nicht in die vorliegende Auswertung.

Unter Beachtung der Einschlusskriterien wurden im oben genannten Zeitraum insgesamt 1433 Patienten in das IV-Projekt aufgenommen. 1347 Patienten hatten eine der in der vorliegenden Arbeit berücksichtigten Primärdiagnosen. Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf die 953 Patienten, die bei Aufnahme in die IV den Lebensqualitätsfragebogen WHOQOL-BREF unter Berücksichtigung aller vier Domänen (physische Befindlichkeit, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt) vollständig ausgefüllt hatten. Zusätzlich konnte für 941 dieser Patienten die Gesamtbeurteilung der Lebensqualität (WHOQOL-BREF) ausgewertet werden.

#### **3.4.3 Einflussfaktoren der Lebensqualität**

Hinsichtlich möglicher Determinanten der einzelnen Lebensqualitätsdomänen (abhängigen Variablen) wurde der Einfluss soziodemographischer, psychiatrisch-anamnestischer sowie klinischer Patientenmerkmale auf die Lebensqualität untersucht. Die soziodemographischen Merkmale umfassten Alter, Geschlecht, Einkommens-, Wohn- sowie Betreuungssituation. Mit Hinblick auf psychiatrisch-anamnestische Patientenmerkmale wurden der Einfluss der Erkrankungsdauer, der Anzahl bisheriger Krankheitsepisoden sowie stationär-psychiatrischer Krankenhausaufenthalte, der Anzahl an Suizidversuchen sowie psychiatrischer und somatischer Kodiagnosen auf die

### 3 Methoden

Lebensqualität untersucht. Weiterhin wurden die Beziehungen zwischen Lebensqualität und klinischem Befund mit globaler Erkrankungsschweregrad- (CGI) und sozialer Funktionsbeurteilung (GAF) untersucht.

### 3.5 Beschreibung der Erhebungsinstrumente

#### 3.5.1 Lebensqualitätsfragebogen: WHOQOL-BREF

In der vorliegenden Querschnittsuntersuchung wurde zur Erfassung der Lebensqualität die deutschsprachige Version des World Health Organisation Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) verwendet, die vielfach zur Untersuchung physisch Kranker und gesunder Probanden, aber auch psychisch Kranker verwendet wurde (6,24,90). Der WHOQOL-BREF ist die validierte Kurzversion des WHOQOL-100 Fragebogens, der mit dem Ziel, ein international und interkulturell vergleichbares Instrument zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu schaffen, durch eine internationale Arbeitsgruppe der World Health Organization (WHO) entwickelt wurde (91,92).

Grundlage der beiden generischen Messinstrumente der Lebensqualität ist die WHO-Definition von Lebensqualität als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf persönliche Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. Beide Instrumente zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität sind bei erwachsenen Gesunden, wie auch bei psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen einsetzbar und wurden inzwischen in über 30 Sprachen übersetzt. Der WHOQOL-100 umfasst insgesamt 100 Items, die den Dimensionen Physisches und Psychisches Wohlbefinden, Unabhängigkeit, Soziale Beziehungen, Umwelt und Religion/Spiritualität zugeordnet sind. Der WHOQOL-BREF umfasst hingegen nur 26 Items, die den vier Hauptdomänen, d.h. unterschiedlichen Dimensionen der subjektiven Lebensqualität sowie einer aus zwei Items bestehenden Selbstbeurteilung zur allgemeinen Lebensqualität und Gesundheit zugeordnet werden.

Die erste Domäne umfasst dabei verschiedene Aspekte der physischen Befindlichkeit (4 Items). Neben dem Erleben von Schmerzen und Unwohlsein werden hier die subjektive Beurteilung von Energie und Ausdauer, die Entspannungsfähigkeit sowie die Bewegungs- und Arbeitsfähigkeit erfasst.

Im Rahmen der zweiten Domäne werden verschiedene Aspekte der psychischen Lebensqualität (5 Items), insbesondere das Erleben von negativen (Traurigkeit,

### 3 Methoden

Verzweiflung, Angst, Depression) und positiven Gefühlen, das Selbstwertgefühl, das Verhältnis zum eigenen Körper sowie die Lern- und Konzentrationsfähigkeit erfragt.

Domäne 3 enthält zwei zentrale Aspekte sozialer Beziehungen: die subjektive Beurteilung persönlicher Beziehungen, die Angemessenheit sozialer Unterstützung sowie die Zufriedenheit mit dem Sexualleben.

Domäne 4 erfasst die für die Lebensqualität eines Menschen relevanten Aspekte seiner sozialen und physikalischen Umwelt (8 Items), also die allgemeinen äußeren Lebensbedingungen, wie z.B. Wohnsituation, finanzielle Lage, Zugang zu Informationen für das tägliche Leben, Sicherheit, Anschluss an Transportmöglichkeiten und die Verfügbarkeit und Qualität von Gesundheitsdiensten.

Die Globalbeurteilung schließt die Gesamtbeurteilung der Lebensqualität und die Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand ein.

Die Antwortmöglichkeiten bilden eine 5-stufige Likert-Skala (von 1='sehr unzufrieden' bis 5='sehr zufrieden'). Die Bildung der Subskalen für die vier Domänen und die Globalbeurteilung beinhaltet die Transformation der Rohwerte in einen Wertebereich zwischen 0-100, wofür eine SPSS Syntax im Manual mitgeliefert wird. Somit können trotz der unterschiedlichen Itemzahlen die Werte der verschiedenen Domänen und der Globalbeurteilung direkt miteinander verglichen werden.

Die Objektivität wird durch die standardisierte Durchführung und Auswertung der Instrumente weitgehend gewährleistet. Die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) der Subskalen des WHOQOL-BREF liegt zwischen 0,57 und 0,88. Für den WHOQOL-BREF liegen altersgestaffelte Referenzwerte vor (90).

#### **3.5.2 Skala zur Erfassung des sozialen Funktionsniveaus: GAF**

Die Skala zur Erfassung des sozialen Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning, GAF) ist eine international validierte Skala und dient der Bestimmung der Funktionsfähigkeit durch den behandelnden Arzt unter Bezugnahme des aktuellen klinischen Zustands sowie der Alltagsfunktionsfähigkeit. Sie wurde in das multiaxiale System des DSM-IV als Achse V aufgenommen und dadurch international fest etabliert.



Die GAF ist ein eindimensionales Messverfahren, mit der sich die psychischen, physischen und sozialen Funktionsbereiche auf einer Skala von 0-100, jedoch nicht die körperlichen oder umweltbedingten Einschränkungen, beurteilen lassen. Die Skalierung läuft in 10 Clustern von null (keine Angabe möglich) über 10 (ständige Gefahr, sich selbst oder andere zu verletzen oder anhaltenden Unfähigkeit, minimale Hygiene aufrecht zu erhalten oder ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht) bis 100 (keine Symptome, hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten). Ein Wert von 61-70 klassifiziert dabei eine relative Gesundheit, die ein normales Funktionieren in der Gesellschaft mit leichten Schwierigkeiten ermöglicht (88).

### **3.5.3 Skala zur Beurteilung des klinischen Gesamteindrucks: CGI**

Die Skala zur Beurteilung des klinischen Gesamteindrucks (Clinical Global Impression, CGI) leistet einen wichtigen Beitrag zur Objektivierung und Dokumentation der Befunderhebung in der internationalen psychiatrischen und psychopharmakologischen Forschung. Eine einheitliche Skalenbeschreibung ermöglicht hierbei einen schnellen Zugang zu den wichtigsten Informationen. Die Skala dient im Besonderen der Nutzen-Risiko Bewertung bei medikamentöser Behandlung psychisch Kranker und besteht eigentlich aus drei Items: 1. Schweregrad der Erkrankung, 2. Heilungsverlauf und 3. therapeutische Wirksamkeit. Jedes Item wird getrennt ausgewertet, eine Berechnung des Summenscores entfällt somit. In der vorliegenden Untersuchung wurde nur das erste Item, Schweregrad der Erkrankung, genutzt. Die CGI Skala kann mit maximal 7 Punkten geratet werden. Ein höherer Wert bedeutet ein schlechteres Ergebnis (1 = überhaupt nicht krank, 7 = extrem schwer krank) (89).

### 3.6 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 19.0 für Windows von Microsoft. Die Graphiken des Ergebnisteils wurden mit dem Programm GraphPad Prism erstellt.

Die Beschreibung der soziodemographischen, psychiatrisch-anamnestischen und klinischen Patientenmerkmale im Rahmen der deskriptiven Statistik erfolgte für die gesamte klinische Stichprobe sowie stratifiziert nach Hauptdiagnosegruppen durch Berechnung der Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, Minima, Maxima, Prozentwerte und Häufigkeiten. Für die Analyse der Unterschiede der Patientencharakteristika zwischen den Hauptdiagnosegruppen wurden metrische und ordinale Daten zunächst mit Hilfe von Histogrammen auf Normalverteilung geprüft. Je nach Verteilung wurde zum Vergleich der Variablen zwischen mehr als zwei unabhängigen Stichproben im Falle parametrischer Daten Varianzanalysen (ANOVA), bei nicht-parametrischen Daten Kruskal-Wallis-Tests durchgeführt. Für kategoriale Variablen erfolgte der Vergleich mittels Chi-Quadrat-Tests nach Pearson. Das Signifikanzniveau lag konventionsgemäß bei  $\alpha = 0,05$ .

Zur Analyse der Lebensqualitätsunterschiede zwischen den Hauptdiagnosegruppen wurde zunächst der Zusammenhang zwischen den Variablen Alter, Geschlecht und Hauptdiagnose mittels Varianzanalysen überprüft, um eventuelle gegenseitige Abhängigkeiten aufzudecken. Nach Ausschluss von wechselseitigem Confounding erfolgte der Vergleich der Lebensqualitätsmittelwerte zwischen den Hauptdiagnosegruppen getrennt für jede Subdomäne sowie der Globalbeurteilung des WHOQOL-BREF mittels Varianzanalysen sowie post-hoc-Mehrfachvergleichen. Da die Gruppen unterschiedlich groß waren und sich die Varianzen in einigen der Zielparameter nicht homogen zeigten, wurden hierfür post-hoc Bonferroni-Tests angewandt.

Um den Einfluss von Patientencharakteristika auf die Lebensqualität zu untersuchen, wurden in einem ersten Schritt die Lebensqualitätsmittelwerte der Subskalen sowie des Globalscore des WHOQOL-BREF nach soziodemographischen, psychiatrisch-

### 3 Methoden

anamnestischen sowie klinischen Patientencharakteristika stratifiziert. Der festgestellte signifikante Lebensqualitätsunterschied zwischen den Hauptdiagnosegruppen machte eine Adjustierung dieser Analysen für dieses Merkmal erforderlich. Auf eine Adjustierung der Daten nach Alter und Geschlecht wurde verzichtet, da sich in dieser Untersuchung kein relevanter Einfluss dieser Variablen auf die Lebensqualität zeigen ließ. Für einige der Variablen wurden multiple post-hoc Vergleiche durchgeführt. Ausgehend von den Ergebnissen dieser Datenanalysen wurden für jede Subdomäne sowie die Globalbeurteilung die Variablen selektiert, die sich signifikant mit dem jeweiligen Bereich der Lebensqualität assoziiert gezeigt hatten. Daraus ergab sich für jede Domäne ein spezifisches Modell zur Varianzaufklärung durch das Verfahren univariater mehrfaktorieller Varianzanalysen (auf Basis von  $R^2$  und korrigiertem  $R^2$ ).

### **3.7 Datenmanagement und Datenschutz**

Die zuständige Krankenkasse erhielt vom behandelnden Arzt die Kopie der Einwilligungserklärung der IV-Patienten. Der Studienzentrale wurden vom behandelnden Arzt gemäß der Vorgabe der Krankenkassen für die Einbeziehung von Patienten in die IV die Patientenummer der Arztdokumentation sowie die Versichertennummer der eingeschlossenen Patienten übermittelt. Sämtliche Daten der Studienteilnehmer wurden über die Krankenversichertennummer ohne Namen der Patienten zugeordnet. Die mit der Krankenversichertennummer versehenen Daten wurden in separaten, passwortgeschützten Datenbanken gespeichert, entsprechende Papier-Dokumente wurden separat aufbewahrt. Zugang zu Datenbanken/Dokumenten hatten nur autorisierte Studienmitarbeiter. Alle Studienteilnehmer erhielten eine eindeutige Studiennummer, die in allen weiteren Berechnungen als echtes Pseudonym an Stelle der Krankenversicherungsnummer zur Identifizierung diente. Um die Einhaltung des Studienprotokolls sicherzustellen und die Qualität der Studie zu gewährleisten, wurden durch das externe Qualitätsmanagement (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité – Universitätsmedizin Berlin) mit den beteiligten Ärzten in regelmäßigen Zeitabständen Qualitätszirkel durchgeführt. Alle studienspezifischen Abläufe wurden in studieninternen SOPs, die laufend aktualisiert wurden, festgeschrieben. Die Studienmitarbeiter waren verpflichtet, nach diesen zu handeln. Die in verschlüsselter Form gespeicherten Daten werden 10 Jahre aufbewahrt und danach datenschutzgerecht vernichtet.

#### Ethische Aspekte

Das Studienprotokoll der Begleitforschung zur Integrierten Versorgung sowie die Patienteninformationen, Einwilligungserklärungen und die Erfassungsinstrumente wurden von der Ethikkommission der Charité am 05.01. bzw. 06.01.2009 genehmigt. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit den ethischen Grundsätzen der Deklaration von Helsinki, in Erfüllung der ICH-GCP-Richtlinien, durchgeführt.

### 4 Ergebnisse

#### 4.1 Deskriptive Darstellung der Patientendaten stratifiziert nach

##### Hauptdiagnosen

In die vorliegende Untersuchung wurden 953 Patienten eingeschlossen. Die unterschiedliche Anzahl der Patienten pro Variable in den folgenden Tabellen erklärt sich durch nur teilweise vorliegende Angaben für einige der Variablen.

Tabelle 1 veranschaulicht die soziodemographischen Patientencharakteristika bei Aufnahme in die IV sowie stratifiziert nach die den Einschluss begründenden Hauptdiagnosen. Die größten Diagnosegruppen waren ICD-10 F31-F39 (unipolare und bipolare Depression, 63,2 %) und ICD-10 F20 und F25 (schizophrener Formenkreis, 18,4 %). Etwa drei Viertel der Patienten mit einer neurotischen Störung litt an einer Angsterkrankung (ICD-10 F40-41). Etwa 70 % der Patienten mit einer demenziellen Erkrankung litt an einer Demenz bei Alzheimer Krankheit (ICD-10 F00). Das Durchschnittsalter der gesamten Stichprobe betrug 47,4 Jahre. Der weit überwiegende Teil des Patientenkollektivs war weiblichen Geschlechts. Die meisten Patienten bezogen zum Zeitpunkt des Einschluss in die IV entweder eine (Früh-)Rente oder sie erhielten finanzielle Unterstützung in Form von Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe. Die Hälfte der Patienten war zum Zeitpunkt der Evaluation alleinlebend.

Die psychiatrisch-anamnestischen Patientenmerkmale sind in Tabelle 2 dargestellt. Etwa die Hälfte der Patienten litt an mindestens einer komorbiden psychischen Erkrankung. Die klinischen Befunde zum Aufnahmezeitpunkt in die IV sind in Tabelle 3 dargestellt. In der betrachteten Gesamtgruppe bewegte sich das soziale Funktionsniveau (GAF) um einen Mittelwert von 36,6, was eine starke Beeinträchtigung der Patienten in mehreren Bereichen zum Ausdruck bringt. Hinsichtlich der klinischen Krankheitsschwere (CGI-Schweregrad) wiesen knapp 40 % der Patienten eine schwere oder extrem schwere Erkrankung auf (CGI-Skala = 6 oder 7).

Aus Tabelle 1-3 geht hervor, dass sich die Hauptdiagnosegruppen hinsichtlich aller Merkmale stark unterscheiden.

## 4 Ergebnisse

**Tabelle 1 Soziodemographische Charakteristika der gesamten klinischen Stichprobe (n=953) sowie stratifiziert nach Hauptdiagnosen**

	Gesamt	Depression							p-Wert
		Unipolar	Bipolar	Schizophrenie	Schizoaffektive Störung	Neurotische Störungen	Demenz	Alkoholabhängigkeit	
<b>Anzahl der Patienten</b> (n, %)	953	554 (58,1)	49 (5,1)	131 (13,7)	45 (4,7)	109 (11,4)	50 (5,2)	15 (1,6)	
<b>Geschlecht</b> (n=953) (n, %)									
Männer	293 (30,7)	154 (27,8)	18 (36,7)	53 (40,5)	9 (20,0)	33 (30,3)	18 (36,0)	8 (53,3)	0,016*
Frauen	660 (69,3)	400 (72,2)	31 (63,3)	78 (59,5)	36 (80,0)	76 (69,7)	32 (64,0)	7 (46,7)	
<b>Alter in Jahren</b> (n=953)									
(MW ± SD)	47,4 ± 15,8	46,3 ± 14,9	49,8 ± 13,0	41,4 ± 12,9	46,8 ± 14,4	45,4 ± 12,9	77,9 ± 6,9	49,5 ± 11,0	< 0,001*
(Median, range)	46 (17-88)	46 (17-87)	50 (22-76)	42 (17-74)	46 (21-78)	45 (19-80)	78 (55-88)	47 (34-68)	
<b>Unterhalt</b> (n=951) (n, %)									
Eigenes Einkommen	182 (19,1)	122 (22,1)	11 (22,4)	11 (8,5)	5 (11,1)	31 (28,4)	0 (0)	2 (13,3)	< 0,001*
Rente	340 (35,8)	151 (27,3)	23 (46,9)	56 (43,1)	27 (60,0)	26 (23,9)	49 (98,0)	8 (53,3)	
Arbeitslosen-, Krankengeld	171 (18,0)	128 (23,1)	5 (10,2)	8 (6,2)	4 (8,9)	24 (22,0)	0 (0)	2 (13,3)	
Sozial-,Arbeitslosenhilfe	178 (18,4)	101 (18,3)	6 (12,2)	44 (33,8)	6 (13,3)	19 (17,4)	0 (0)	2 (13,3)	
Unterstützung durch Bezugsperson	80 (8,4)	51 (9,2)	4 (8,2)	11 (8,5)	3 (6,7)	9 (8,3)	1 (2,0)	1 (6,7)	
<b>Wohnen</b> (n= 950) (n, %)									
Alleinwohnen	471 (49,7)	246 (44,6)	33 (67,3)	83 (63,8)	28 (62,2)	60 (56,1)	13 (26,0)	8 (57,1)	<0,001*
Mit Angehörigen oder Partner	409 (43,2)	270 (48,9)	15 (30,6)	33 (25,4)	14 (31,1)	42 (39,3)	29 (58,0)	6 (42,9)	
In elterlicher Wohnung	47 (5,0)	28 (5,1)	1 (2,0)	11 (8,5)	3 (6,7)	4 (3,7)	0 (0)	0 (0)	
Wohnen im Heim / betreutes Wohnen	20 (2,1)	8 (1,4)	0 (0)	3 (2,3)	0 (0)	1 (0,9)	8 (16,0)	0 (0)	

## 4 Ergebnisse

Fortsetzung Tabelle 1

	Gesamt	Depression							p-Wert
		Unipolar	Bipolar	Schizophrenie	Schizoaffektive Störung	Neurotische Störungen	Demenz	Alkoholabhängigkeit	
<b>Betreuungssituation</b> (n=950) (n, %)									
Gesetzliche Betreuung	102 (10,7)	27 (4,9)	9 (18,4)	39 (29,8)	8 (17,8)	6 (5,6)	10 (20,0)	3 (20,0)	<0,001*
Keine Gesetzliche Betreuung	848 (89,3)	525 (94,8)	40 (81,6)	92 (70,2)	37 (82,2)	102 (94,4)	40 (80,0)	12 (80,0)	

\*Chi-Quadrat

‡ ANOVA

## 4 Ergebnisse

**Tabelle 2 Psychiatrisch-anamnestische Charakteristika der gesamten klinischen Stichprobe (n=953) sowie stratifiziert nach Hauptdiagnosen**

	Gesamt	Depression							p-Wert
		Unipolar	Bipolar	Schizophrenie	Schizoaffektive Störung	Neurotische Störungen	Demenz	Alkoholabhängigkeit	
<b>Erkrankungsdauer in Jahren</b> (n=740)									
(MW ± SD)	10,5 ± 11,0	9,4 ± 10,8	15,7 ± 12,5	13,8 ± 11,0	14,5 ± 9,8	11,2 ± 11,0	2,8 ± 2,3	17,5 ± 13,9	
(Median, range)	7,0 (0-63)	5,0 (0-63)	15,5 (0-54)	11,0 (0-41)	14,0 (0-33)	7,0 (0-35)	2,0 (0-8)	16,0 (3-43)	< 0,001 <sup>#</sup>
<b>Bisheriger Krankheitsverlauf – Anzahl Krankheitsepisoden, einschließlich Indexepisode</b> (n = 515) (n, %)									
Bisher nur eine Episode	146 (15,3)	100 (18,1)	3 (6,1)	10 (7,6)	4 (8,9)	20 (18,3)	8 (16,0)	1 (6,7)	
2 Episoden	82 (8,6)	63 (11,4)	0 (0)	9 (6,9)	0 (0)	8 (7,3)	1 (2,0)	1 (6,7)	
3 Episoden	99 (10,4)	61 (11,0)	6 (12,2)	22 (16,8)	3 (6,7)	6 (5,5)	1 (2,0)	0 (0)	
4-9 Episoden	118 (12,4)	54 (9,7)	15 (30,6)	23 (17,6)	15 (33,3)	10 (9,2)	0 (0)	1 (6,7)	
10 oder mehr Episoden	70 (7,3)	29 (5,2)	8 (16,3)	18 (13,7)	6 (13,3)	6 (5,5)	0 (0)	3 (20,0)	
k.A.	438 (46,0)	247 (44,6)	17 (34,7)	49 (37,4)	17 (37,8)	59 (54,1)	40 (80,0)	9 (60,0)	< 0,001*
<b>Anzahl Episoden</b> (MW ± SD)	4,5 ± 6,5	3,6 ± 4,4	7,3 ± 6,1	5,8 ± 5,6	6,7 ± 7,3	5,3 ± 14,1	1,3 ± 0,7	6,3 ± 4,2	
(Median, range)	3 (1-100)	2 (1-35)	5 (1-20)	3 (1-30)	5 (1-40)	2 (1-100)	1 (1-3)	7 (1-10)	0,001 <sup>#</sup>



## 4 Ergebnisse

Fortsetzung Tabelle 2

	Gesamt	Depression							p-Wert
		Unipolar	Bipolar	Schizophrenie	Schizoaffektive Störung	Neurotische Störungen	Demenz	Alkoholsucht	
<b>Bisheriger Krankheitsverlauf – Anzahl stationär-psychiatrischer Voraufenthalte (n=363) (n, %)</b>									
Keine stationären Aufenthalte	114 (12,0)	82 (14,8)	5 (10,2)	5 (3,8)	2 (4,4)	15 (13,8)	4 (8,0)	1 (6,7)	< 0,001*
Ein stationärer Aufenthalt	60 (6,3)	35 (6,3)	2 (4,1)	11 (8,4)	1 (2,2)	9 (8,3)	2 (4,0)	0 (0)	
2 stationäre Aufenthalte	57 (6,0)	35 (6,3)	2 (4,1)	8 (6,1)	3 (6,7)	8 (7,3)	1 (2,0)	0 (0)	
3 – 6 stationäre Aufenthalte	90 (9,4)	43 (7,8)	10 (20,4)	20 (15,3)	9 (20,0)	6 (5,5)	0 (0)	2 (13,3)	
7 oder mehr stat. Aufenthalte	42 (4,4)	8 (1,4)	5 (10,2)	16 (12,2)	8 (17,8)	3 (2,8)	0 (0)	2 (13,3)	
k.A.	590 (61,9)	351 (63,4)	25 (51,0)	71 (54,2)	22 (48,9)	68 (62,4)	43 (86,0)	10 (66,7)	
Anzahl stationärer Aufenthalte (MW ± SD)	2,9 ± 4,4	1,8 ± 2,7	4,5 ± 4,9	5,5 ± 6,6	5,7 ± 4,7	2,5 ± 4,8	0,6 ± 0,8	6,0 ± 3,7	< 0,001 <sup>#</sup>
(Median, range)	2 (0-35)	1 (0-25)	4 (0-20)	3 (0-35)	5 (0-22)	1 (0-24)	0 (0-2)	6 (0-10)	
<b>Bisheriger Krankheitsverlauf – Suizidversuche (n=650) (n, %)</b>									
Keine Suizidversuche	455 (47,7)	279 (50,4)	31 (63,3)	50 (38,2)	17 (37,8)	60 (55,0)	14 (28,0)	4 (26,7)	< 0,001*
1 Suizidversuch	101 (10,6)	61 (11,0)	3 (6,1)	20 (15,3)	4 (8,9)	11 (10,1)	1 (2,0)	1 (6,7)	
2 oder mehr Suizidversuche	94 (9,9)	50 (9,0)	9 (18,4)	19 (14,5)	4 (8,9)	8 (7,3)	0 (0)	4 (26,7)	
k.A.	303 (31,8)	164 (29,6)	6 (12,2)	42 (32,1)	20 (44,4)	30 (27,5)	35 (70,0)	6 (40,0)	
Anzahl Suizidversuche (MW ± SD)	0,6 ± 1,3	0,6 ± 1,3	0,6 ± 1,1	0,8 ± 1,1	0,8 ± 1,6	0,5 ± 1,2	0,1 ± 0,3	1,4 ± 1,7	0,009 <sup>#</sup>
(Median, range)	0 (0-10)	0 (0-10)	0 (0-5)	0 (0-5)	0 (0-7)	0 (0-8)	0 (0-1)	1 (0-5)	

## 4 Ergebnisse

Fortsetzung Tabelle 2

	Gesamt	Depression							p-Wert
		Unipolar	Bipolar	Schizophrenie	Schizoaffektive Störung	Neurotische Störungen	Demenz	Alkoholabhängigkeit	
<b>Anzahl psychiatrischer Komorbiditäten</b> (n=953) (n, %)									
Keine Psychiatrische Kodiagnose	451 (47,3)	257 (46,4)	28 (57,1)	85 (64,9)	29 (64,4)	18 (16,5)	34 (68,0)	0 (0)	< 0,001*
Nur eine psychiatrische Kodiagnose	291 (30,5)	167 (30,1)	15 (30,6)	31 (23,7)	11(24,4)	47 (43,1)	13 (26,0)	7 (46,7)	
Mehr als eine psychiatrische Kodiagnose	211 (22,1)	130 (23,5)	6 (12,2)	15 (11,5)	5 (11,1)	44 (40,4)	3 (6,0)	8 (53,3)	
<b>Somatische Komorbidität</b> (n=953) (n, %)									
Keine somatische Kodiagnose	733 (76,9)	432 (78,0)	41 (83,7)	111 (84,7)	35 (77,8)	80 (73,4)	22 (44,0)	12 (80,0)	< 0,001*
Mindestens eine somatische Kodiagnose	220 (23,1)	122 (22,0)	8 (16,3)	20 (15,3)	10 (22,2)	29 (26,6)	28 (56,0)	3 (20,0)	

Abkürzungen: k.A. = keine Angaben

\* Chi-Quadrat

# Kruskal-Wallis

## 4 Ergebnisse

**Tabelle 3 Klinischer Befund der gesamten klinischen Stichprobe (n=953) sowie stratifiziert nach Hauptdiagnosen**

	Depression								p-Wert
	Gesamt	Unipolar	Bipolar	Schizophrenie	Schizoaffektive Störung	Neurotische Störungen	Demenz	Alkoholabhängigkeit	
<b>GAF-Score</b> (n=943)									
(Score, MW ± SD)	36,6 ± 8,1	37,2 ± 7,9	37,8 ± 8,2	35,8 ± 7,3	35,8 ± 7,8	38,0 ± 8,5	29,2 ± 8,4	33,7 ± 9,0	
(Median, range)	35 (3-82)	36 (3-82)	38 (20-65)	35 (15-55)	35 (15-51)	40 (11-65)	27 (15-52)	35 (15-45)	<0,001 <sup>‡</sup>
<b>CGI-Schweregrad</b>									
Patienten mäßig oder deutlich krank (CGI = 4 oder 5) (n, %)	586 (61,9)	339 (61,5)	29 (59,2)	78 (60,9)	27 (60,0)	74 (67,9)	34 (69,4)	5 (33,3)	
Patienten mit schwerer oder extrem schwerer Erkrankung (CGI = 6 oder 7) (n, %)	360 (38,1)	212 (38,5)	20 (40,8)	50 (39,1)	18 (40,0)	35 (32,1)	15 (30,6)	10 (66,7)	0,215 <sup>*</sup>
(MW ± SD)	5,4 ± 0,7	5,4 ± 0,6	5,4 ± 0,5	5,4 ± 0,8	5,4 ± 0,7	5,3 ± 0,7	5,4 ± 0,7	5,8 ± 0,7	
(Median, range)	5 (2-7)	5 (3-7)	5 (5-7)	5 (2-7)	5 (4-7)	5 (4-7)	5 (4-7)	6 (5-7)	

Abkürzungen: CGI = Clinical Global Impression; GAF = Global Assessment of Functioning

\* Chi-Quadrat

# Kruskal-Wallis

‡ ANOVA

### 4.2 Lebensqualität (WHOQOL-BREF) stratifiziert nach Hauptdiagnosen

Die bei Einschluss in die Integrierte Versorgung erhobene Lebensqualität des gesamten Patientenkollektivs sowie stratifiziert nach Hauptdiagnosegruppen geht aus Tabelle 4 hervor. Höhere Werte in den Subskalen sowie dem Globalscore des WHOQOL-BREF korrespondieren mit einer höheren Lebensqualität.

Mittels ANOVA konnte gezeigt werden, dass in allen fünf WHOQOL-BREF Domänen signifikante Unterschiede zwischen den sieben Diagnosegruppen in den Lebensqualitätsmittelwerten bestanden. Um den zusätzlichen Einfluss von Alter und Geschlecht (Confounder) auf die Lebensqualität zu berücksichtigen, wurde im Folgenden für Alter und Geschlecht mittels ANOVA adjustiert (abhängige Variable: WHOQOL-BREF Domäne; unabhängige Variablen: Alter, Geschlecht und Hauptdiagnose). Die Ergebnisse wurden kaum durch die Adjustierung verändert. So zeigte sich weiterhin ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Hauptdiagnosegruppen in den Domänen „physisches Wohlbefinden“ ( $p < 0,001$ ) „psychisches Wohlbefinden“ ( $p < 0,001$ ), „soziale Beziehungen“ ( $p < 0,001$ ) und „Globalbeurteilung“ ( $p < 0,001$ ). In der Domäne „Umwelt“ war der Unterschied annähernd signifikant ( $p = 0,053$ ). Folglich wurden die Lebensqualitätsmittelwerte in den Folgenden Subgruppentestungen nicht für Alter und Geschlecht adjustiert.

In einer zusätzlichen Analyse wurden Wechselwirkungen zwischen Alter, Geschlecht und Hauptdiagnose in Bezug auf die Lebensqualität untersucht. In keiner der Domänen ließ sich eine signifikante Wechselwirkung zeigen („physisches Wohlbefinden“:  $p = 0,230$ ; „psychisches Wohlbefinden“:  $p = 0,772$ , „soziale Beziehungen“:  $p = 0,370$ ; „Umweltbedingungen“:  $p = 0,159$ ; „globale Beurteilung“:  $p = 0,089$ ).

## 4 Ergebnisse

**Tabelle 4 Lebensqualität (WHOQOL-BREF) der gesamten klinischen Stichprobe (n=953) sowie stratifiziert nach Hauptdiagnosen**

		WHOQOL-BREF				
		Globale Beurteilung	Domänen			
			Physisch	Psychisch	Sozial	Umwelt
<b>Gesamt</b> (n=953)	MW	34,1	41,7	39,9	43,6	55,3
	[95%-KI]	[32,8-35,5]	[40,8-42,6]	[40,9-38,9]	[42,1-45,1]	[54,3-56,3]
	Min.	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1
	Max.	100	85,7	91,7	100,0	100
<b>Unipolare Depression</b> (n=554)	MW	30,5	39,1	36,8	41,4	54,3
	[95%-KI]	[28,9-32,2]	[38,0-40,2]	[35,5-38,1]	[39,4-43,3]	[53,0-55,5]
	Min.	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1
	Max.	100	85,7	91,7	100,0	96,9
<b>Bipolare Depression</b> (n=48)	MW	37,5	45,6	43,6	42,9	57,0
	[95%-KI]	[31,9-43,1]	[41,7-49,5]	[38,9-48,3]	[36,0-49,9]	[52,9-61,2]
	Min.	0,0	17,9	20,8	0,0	25,0
	Max.	87,5	75,0	83,3	100,0	81,3
<b>Schizophrenie</b> (n=131)	MW	42,5	47,0	46,3	45,6	55,6
	[95%-KI]	[39,1-45,9]	[44,8-49,2]	[43,9-48,7]	[41,9-49,3]	[52,8-58,3]
	Min.	0,0	17,9	0,0	0,0	9,4
	Max.	87,5	78,6	83,3	100,0	93,8
<b>Schizoaffektive Störung</b> (n=45)	MW	39,6	44,2	43,9	47,2	57,9
	[95%-KI]	[33,6-45,6]	[40,3-48,1]	[38,9-48,8]	[40,7-53,7]	[52,9-62,8]
	Min.	0,0	25,0	12,5	8,3	21,4
	Max.	100,0	75,0	83,3	83,3	90,6
<b>Neurotische Störung</b> (n=109)	MW	28,7	43,1	39,9	43,7	54,7
	[95%-KI]	[24,9-32,5]	[40,3-45,9]	[36,8-43,0]	[39,2-48,2]	[51,5-57,9]
	Min.	0,0	10,7	4,2	0,0	6,3
	Max.	75,0	85,7	83,3	100,0	90,6
<b>Demenz</b> (n=50)	MW	53,0	47,8	49,8	59,2	63,1
	[95%-KI]	[47,5-58,5]	[43,0-52,6]	[44,3-55,3]	[52,8-65,5]	[58,1-68,1]
	Min.	0,0	14,3	4,2	0,0	21,9
	Max.	100,0	85,7	87,5	100,0	100,0
<b>Alkoholabhängigkeit</b> (n=15)	MW	43,3	43,1	43,7	48,6	55,6
	[95%-KI]	[33,3-53,4]	[37,4-48,9]	[40,8-46,6]	[37,9-59,3]	[47,2-64,1]
	Min.	12,5	21,4	35,0	25,0	25,0
	Max.	75,0	60,7	50,0	75,0	93,8
p-Wert <sup>‡</sup>		< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,010

<sup>‡</sup> ANOVA

### **4.3 Lebensqualitätsvergleich zwischen den Hauptdiagnosegruppen**

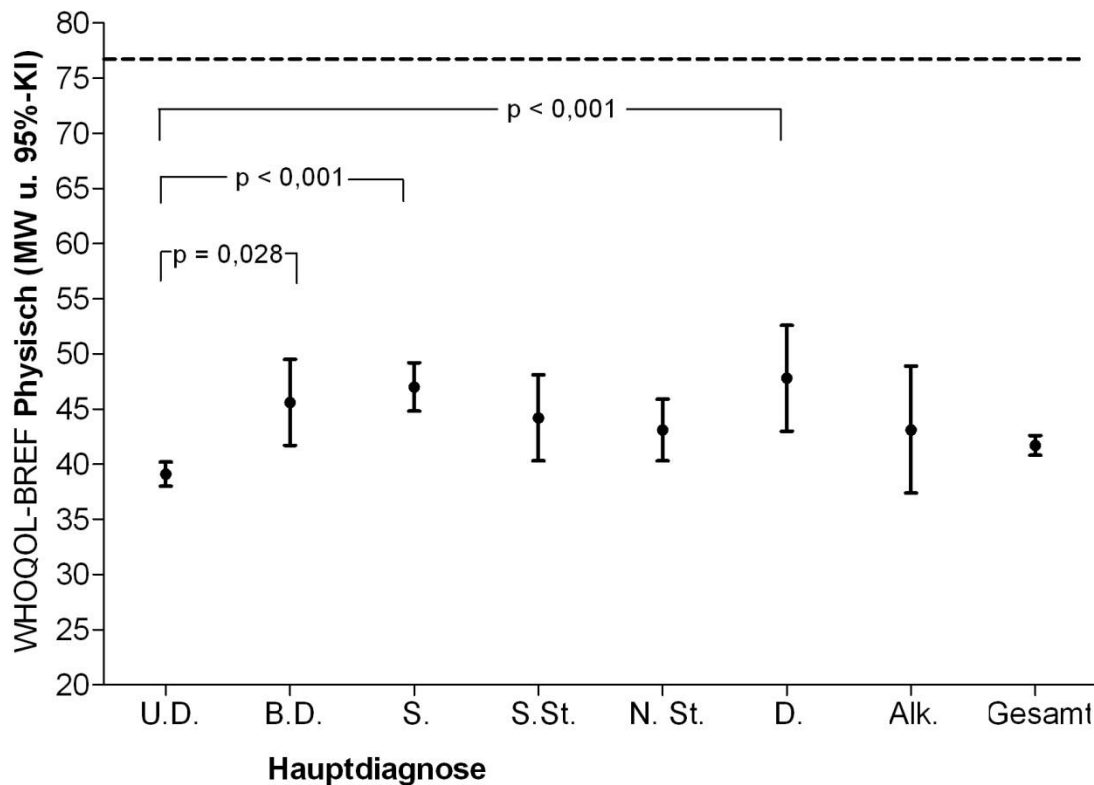
Abbildungen 1-5 veranschaulichen die Mittelwerte der Lebensqualität für jede Domäne sowie die Globalbeurteilung des WHOQOL-BREF getrennt nach Hauptdiagnosegruppen. Darüber hinaus wurden in den Abbildungen die Lebensqualitätsmittelwerte der gesunden deutschen Allgemeinbevölkerung (90) dargestellt (gestrichelte horizontale Linien).

In allen WHOQOL-BREF Domänen sowie der Globalbeurteilung ließen die hier untersuchten Patientengruppen eine im Vergleich zur gesunden Allgemeinbevölkerung geringere Lebensqualität erkennen.

In Folge der zuvor festgestellten Mittelwertunterschiede zwischen den Diagnosegruppen wurden multiple post-hoc Testungen (mittels Bonferroni) durchgeführt, um zu untersuchen, zwischen welchen Diagnosegruppen die Differenzen signifikant waren. Die p-Werte in den Abbildungen 1-5 entsprechen den Ergebnissen der post-hoc Testungen.

## 4 Ergebnisse

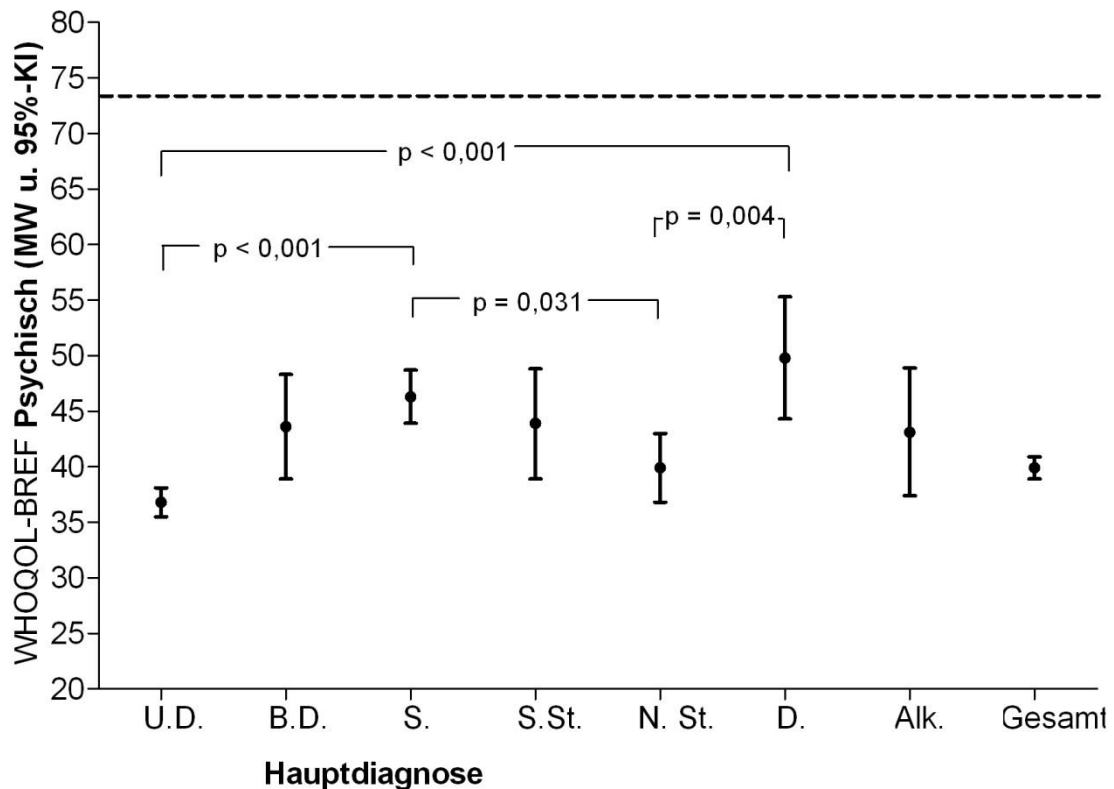
In der Domäne „physisches Wohlbefinden“ zeigten sich unipolar depressive Patienten unzufriedener als die Patienten aller anderen Diagnosegruppen. Statistisch bedeutsam war der Unterschied im Vergleich mit den klinischen Subgruppen bipolare Depression, Schizophrenie sowie Demenz (Abb. 1).



**Abbildung 1** Domäne Physisches Wohlbefinden (WHOQOL-BREF) getrennt nach Hauptdiagnosen (Mittelwert und 95%-KI), die gestrichelte horizontale Linie entspricht dem Mittelwert dieser WHOQOL-BREF Domäne der deutschen Allgemeinbevölkerung (90); p-Werte entsprechen den statistisch signifikanten Unterschieden zwischen den Hauptdiagnosegruppen in dieser Domäne (post-hoc Bonferroni); *Abkürzungen*: U.D. = Unipolare Depression, B.D. = Bipolare Depression, S. = Schizophrenie, S.St. = Schizoaffektive Störung, N.St. = Neurotische Störung, D. = Demenz, Alk. = Alkoholabhängigkeit

## 4 Ergebnisse

Die größten Beeinträchtigungen des „psychischen Wohlbefindens“ zeigten sich für die Diagnosegruppen unipolare Depression sowie neurotische Störung, in multiplen post-hoc Vergleichen waren diese signifikant größer im Vergleich zu den Diagnosegruppen Demenz sowie Schizophrenie (Abb. 2).

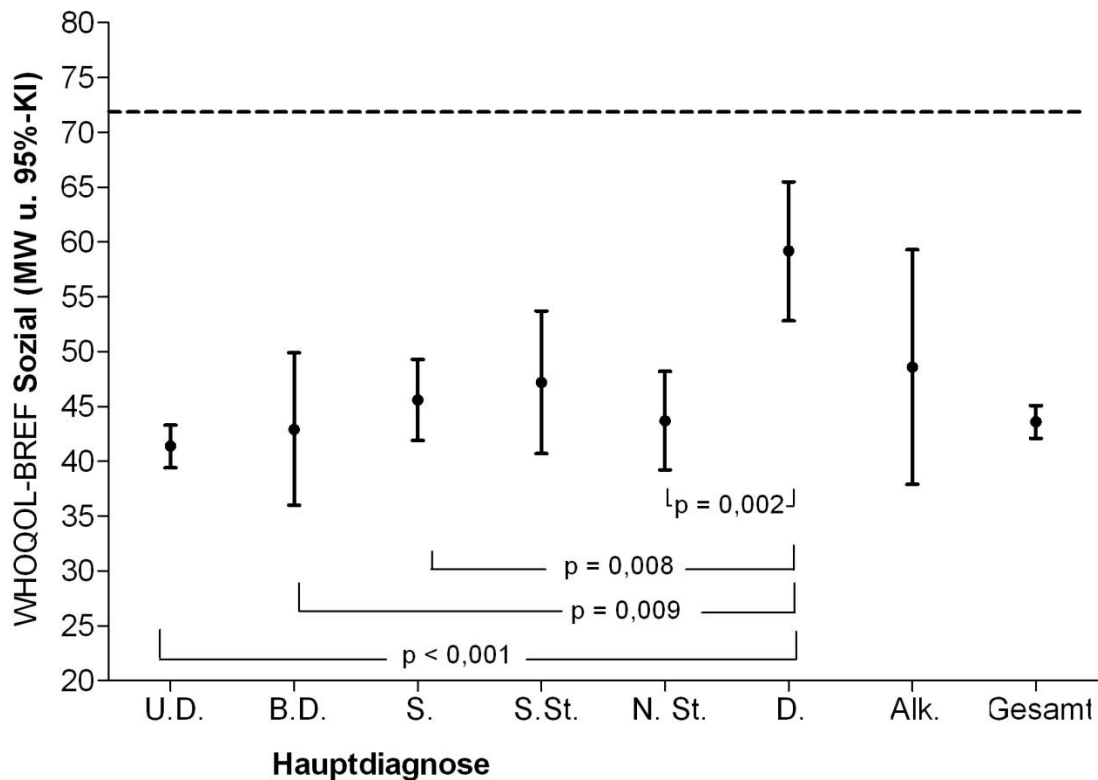


**Abbildung 2** Domäne Psychisches Wohlbefinden (WHOQOL-BREF) getrennt nach Hauptdiagnosen (Mittelwert und 95%-KI), die gestrichelte horizontale Linie entspricht dem Mittelwert dieser WHOQOL-BREF Domäne der deutschen Allgemeinbevölkerung (90); p-Werte entsprechen den statistisch signifikanten Unterschieden zwischen den Hauptdiagnosegruppen in dieser Domäne (post-hoc Bonferroni); *Abkürzungen*: U.D. = Unipolare Depression, B.D. = Bipolare Depression, S. = Schizophrenie, S.St. = Schizoaffektive Störung, N.St. = Neurotische Störung, D. = Demenz, Alk. = Alkoholabhängigkeit



## 4 Ergebnisse

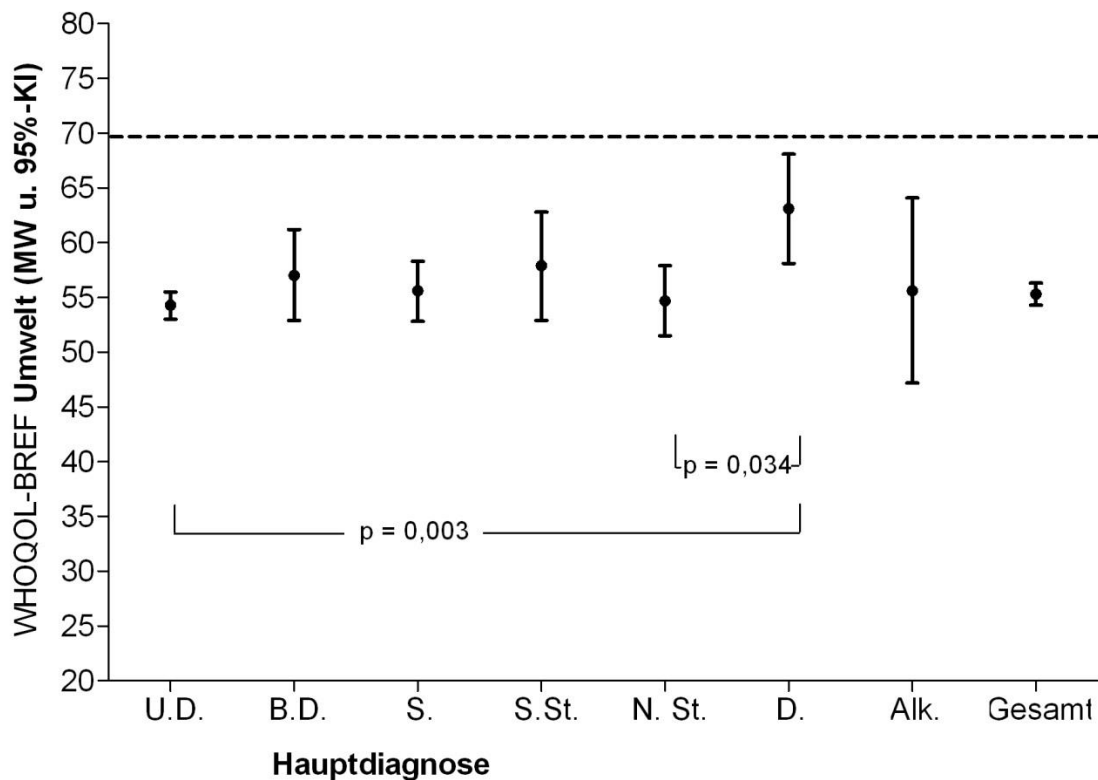
Abbildung 3 stellt die Lebensqualitätsunterschiede im Bereich der „sozialen Beziehungen“ dar. Demenziell Erkrankte zeigten sich in dieser Domäne deutlich zufriedener als alle anderen Diagnosegruppen. Statistisch signifikant waren die Unterschiede im Vergleich zu allen klinischen Subgruppen, mit Ausnahme der Diagnosegruppen schizoaffektive Störung sowie Alkoholabhängigkeit.



**Abbildung 3 Domäne Soziale Beziehungen (WHOQOL-BREF) getrennt nach Hauptdiagnosen (Mittelwert und 95%-KI), die gestrichelte horizontale Linie entspricht dem Mittelwert dieser WHOQOL-BREF Domäne der deutschen Allgemeinbevölkerung (90); p-Werte entsprechen den statistisch signifikanten Unterschieden zwischen den Hauptdiagnosegruppen in dieser Domäne (post-hoc Bonferroni); Abkürzungen: U.D. = Unipolare Depression, B.D. = Bipolare Depression, S. = Schizophrenie, S.St. = Schizoaffektive Störung, N.St. = Neurotische Störung, D. = Demenz, Alk. = Alkoholabhängigkeit**

## 4 Ergebnisse

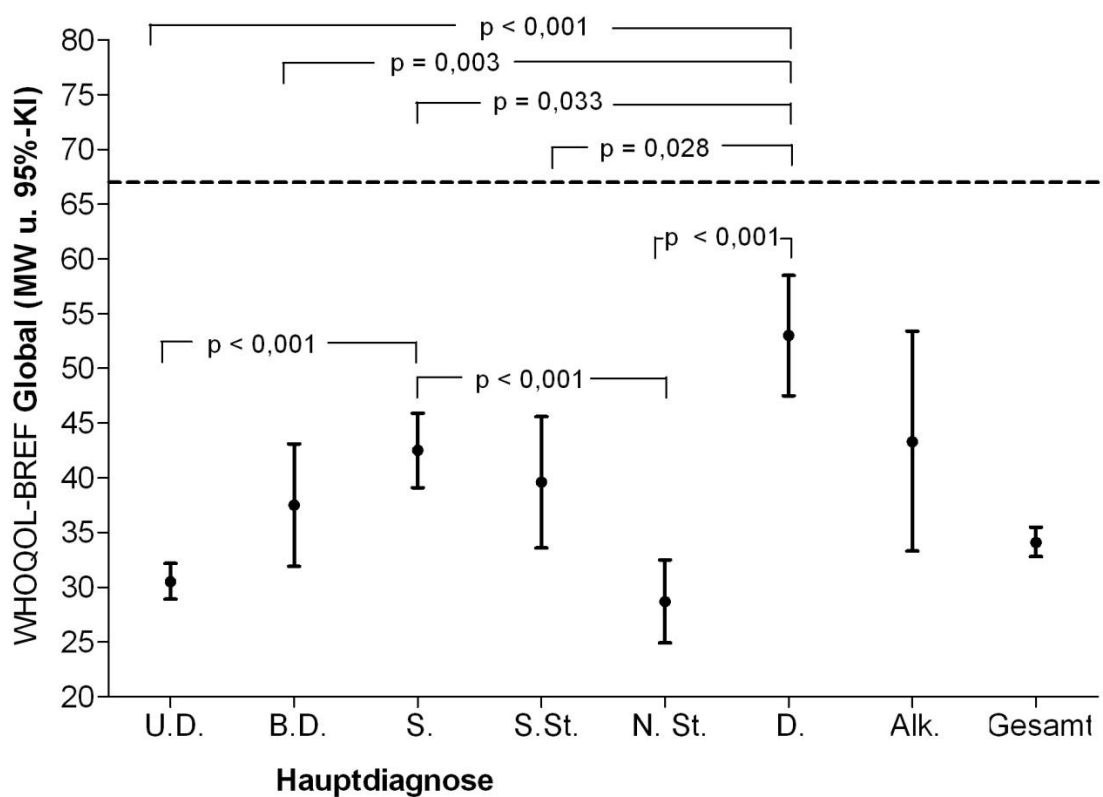
Für die WHOQOL-BREF Domäne „Umwelt“ ergaben die post-hoc-Vergleiche, dass Patienten mit Diagnose einer Demenz eine höhere Lebensqualität als alle andere Diagnosegruppen haben. Zudem erwies sich die Differenz zwischen der Lebensqualität der untersuchten Diagnosegruppen und der Lebensqualität der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu den anderen Domänen als geringer (Abb. 4).



**Abbildung 4** Domäne Umweltbedingungen (WHOQOL-BREF) getrennt nach Hauptdiagnosen (Mittelwert und 95%-KI), die gestrichelte horizontale Linie entspricht dem Mittelwert dieser WHOQOL-BREF Domäne der deutschen Allgemeinbevölkerung (90); p-Werte entsprechen den statistisch signifikanten Unterschieden zwischen den Hauptdiagnosegruppen in dieser Domäne (post-hoc Bonferroni); **Abkürzungen:** U.D. = Unipolare Depression, B.D. = Bipolare Depression, S. = Schizophrenie, S.St. = Schizoaffektive Störung, N.St. = Neurotische Störung, D. = Demenz, Alk. = Alkoholabhängigkeit

## 4 Ergebnisse

Abbildung 5 zeigt die Mittelwertverteilung für die Globalbeurteilung der Lebensqualität durch die verschiedenen Diagnosegruppen. Wie in den vier Subbereichen der Lebensqualität gaben demenziell Erkrankte auch in der Globalbeurteilung die geringsten Einschränkungen an; statistisch signifikant war dieses Ergebnis gegenüber allen anderen Diagnosegruppen (mit Ausnahme der Diagnose Alkoholabhängigkeit). Darüber hinaus ergaben multiple post-hoc Testungen eine signifikant höhere Lebensqualität der Patienten mit Diagnose einer Schizophrenie gegenüber unipolar depressiv oder neurotisch Erkrankten.



**Abbildung 5** Domäne Globale Beurteilung (WHOQOL-BREF) getrennt nach Hauptdiagnosen (Mittelwert und 95%-KI), die gestrichelte horizontale Linie entspricht dem Mittelwert dieser WHOQOL-BREF Domäne der deutschen Allgemeinbevölkerung (90); p-Werte entsprechen den statistisch signifikanten Unterschieden zwischen den Hauptdiagnosegruppen in dieser Domäne (post-hoc Bonferroni); **Abkürzungen:** U.D. = Unipolare Depression, B.D. = Bipolare Depression, S. = Schizophrenie, S.St. = Schizoaffektive Störung, N.St. = Neurotische Störung, D. = Demenz, Alk. = Alkoholabhängigkeit

### **4.4 Beziehungen zwischen Lebensqualität und Patientencharakteristika**

Soziodemographische, psychiatrisch-anamnestische sowie klinische Patientencharakteristika wurden hinsichtlich ihrer Beziehung zur Lebensqualität getrennt für die Subskalen und Globalscore des WHOQOL-BREF getestet (Tab. 5-7). Da sich ein signifikanter Einfluss der Hauptdiagnose auf alle Lebensqualitätsdomänen gezeigt hat, für Alter und Geschlecht kein relevanter Einfluss nachgewiesen werden konnte, sind die Lebensqualitätsmittelwerte der nachstehenden Analysen für die Variable Hauptdiagnose adjustiert. Für die Variablen mit mehr als zwei Untergruppen wurden bei statistisch signifikanten Ergebnissen Subgruppentestungen (mittels Bonferroni Testungen) zur Bestimmung signifikanter Unterschiede zwischen den Gruppenmittelwerten eingesetzt. Die Ergebnisse sind im Text beschrieben.

#### **4.4.1 Lebensqualität und soziodemographische Charakteristika**

Tabelle 5 veranschaulicht die Beziehungen zwischen Lebensqualität und soziodemographischen Charakteristika. Im Geschlechtervergleich gaben Männer in der Domäne „körperliches Wohlbefinden“ signifikant höhere Zufriedenheitswerte an. Patienten mit einem eigenen Einkommen berichteten in allen Subskalen sowie der Globalbeurteilung über eine bessere Lebensqualität, verglichen mit den Patienten, die eine finanzielle Unterstützung erhielten. Lebensqualitätsunterschiede in Abhängigkeit der Wohnform ergaben sich in der Domäne „soziale Beziehungen“. Subgruppenuntersuchungen zeigten hier höhere Zufriedenheitswerte der Patienten, die im Heim lebten oder betreut wohnten, im Vergleich mit den Patienten in anderen Wohnformen („soziale Beziehungen“: Wohnen im Heim oder betreutes Wohnen vs. Alleinwohnen in eigener Wohnung:  $p = 0,001$ ; Wohnen im Heim oder betreutes Wohnen vs. eigenständig Wohnen mit Angehörigen oder Partner:  $p = 0,011$ ; Wohnen im Heim oder betreutes Wohnen vs. Wohnen in elterlicher Wohnung:  $p = 0,033$ ). Die Variablen Lebensalter (die Altersgrenze von 46 Jahren entsprach dem Median der gesamten klinischen Stichprobe und wurde willkürlich gesetzt) und Betreuungssituation waren nicht mit der Lebensqualität assoziiert.

## 4 Ergebnisse

**Tabelle 5 Lebensqualität (WHOQOL-BREF Domänen, 0-100, standardisiert) der gesamten klinischen Stichprobe stratifiziert nach soziodemographischen Merkmalen (Mittelwert und 95%-KI, adjustiert nach Hauptdiagnose)**

WHOQOL-BREF					
	Globale Beurteilung MW [95%-KI]	Domänen			
		Physisch MW [95%-KI]	Psychisch MW [95%-KI]	Sozial MW [95%-KI]	Umwelt MW [95%-KI]
<b>Alter (Jahre)</b>					
≤46 (n=479)	40,8 [38,1-43,4]	45,0 [43,3-46,8]	43,4 [41,5-45,3]	47,1 [44,1-50,1]	57,0 [54,9-59,0]
>46 (n=474)	38,2 [35,7-40,6]	43,7 [42,0-45,4]	43,4 [41,4-45,5]	46,8 [44,0-49,6]	56,8 [54,9-58,7]
p-Wert <sup>*</sup>	0,054	0,137	0,984	0,869	0,855
<b>Geschlecht</b>					
Männer (n=293)	38,5 [35,8-41,4]	45,7 [43,8-47,7]	44,2 [42,0-46,4]	46,2 [43,0-49,4]	56,7 [54,6-58,9]
Frauen (n=660)	39,7 [37,3-42,1]	43,5 [41,9-45,1]	43,0 [41,2-44,8]	47,3 [44,6-50,0]	56,9 [55,1-58,8]
p-Wert <sup>*</sup>	0,430	<b>0,020</b>	0,282	0,488	0,860
<b>Unterhalt</b>					
Eigenes Einkommen (n=182)	42,6 [39,1-46,1]	46,2 [43,8-48,6]	46,8 [44,1-49,6]	51,1 [47,1-55,1]	60,9 [58,1-63,6]
Finanzielle Unterstützung (n=769)	38,7 [36,5-41,0]	43,9 [42,4-45,4]	42,8 [41,1-44,5]	46,3 [43,7-48,8]	56,1 [54,4-57,9]
p-Wert <sup>*</sup>	<b>0,022</b>	<b>0,045</b>	<b>0,002</b>	<b>0,012</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Wohnsituation</b>					
Allein in eigener Wohnung (n=471)	39,2 [36,7-41,7]	44,0 [42,3-45,7]	43,2 [41,2-45,1]	44,9 [42,0-47,7]	55,8 [53,8-57,7]
Eigenständig mit Partner/Angehörigen (n=409)	38,8 [36,0-41,5]	44,2 [42,4-46,1]	43,3 [41,2-45,4]	49,0 [46,0-52,1]	58,5 [56,4-60,6]
Wohnen in elterlicher Wohnung (n=47)	39,8 [33,6-45,9]	44,5 [40,4-48,7]	46,4 [41,7-51,2]	48,8 [41,9-55,7]	59,5 [54,8-64,3]
Heim/Betreutes Wohnen (n=20)	42,4 [33,3-51,5]	47,6 [41,4-53,9]	44,9 [37,8-52,0]	60,6 [50,2-71,0]	56,6 [49,5-63,7]
p-Wert <sup>*</sup>	0,878	0,725	0,558	<b>0,003</b>	0,054
<b>Betreuung</b>					
Gesetzliche B. (n=102)	42,0 [37,9-46,2]	44,8 [41,9-47,6]	45,3 [42,1-48,6]	49,2 [44,5-54,0]	55,5 [52,3-58,8]
Keine gesetzl. B. (n=848)	38,8 [36,5-41,1]	44,2 [42,7-45,8]	43,1 [41,3-44,9]	46,5 [43,9-49,1]	57,2 [55,4-59,0]
p-Wert <sup>*</sup>	0,141	0,715	0,193	0,279	0,331

\* ANOVA; MW adjustiert nach Hauptdiagnose

## 4 Ergebnisse

### 4.4.2 Lebensqualität und psychiatrisch-anamnestische Charakteristika

Tabelle 6 zeigt die Mittelwerte der Subskalen sowie der Globalbeurteilung des WHOQOL-BREF, die sich für die verschiedenen psychiatrisch-anamnestischen Patienteneigenschaften ergeben haben. Danach erlebten Patienten mit einer Erkrankungsdauer unter sieben Jahren (die Grenze 7 Jahre entsprach dem Median der Erkrankungsdauer des Patientenkollektivs und wurde willkürlich gesetzt) im Bereich der „physischen Lebensqualität“ statistisch signifikant weniger Einschränkungen.

Hinsichtlich der Einschätzung der Lebensqualität in Abhängigkeit der Anzahl vorangegangener Krankheitsepisoden ist anzumerken, dass bei knapp der Hälfte der Patienten keine Angabe zur Anzahl vorangegangener Krankheitsepisoden vorlag. Diese Patientengruppe wurde in einer gesonderten Kategorie dargestellt. Im Vergleich der Lebensqualitätsmittelwerte zwischen den Gruppen dieser Variable ergaben sich zwar Unterschiede, in anschließend durchgeführten Subgruppenvergleichen konnten jedoch keine Signifikanzen festgestellt werden.

Mit Zunahme der Anzahl psychiatrischer Kodiagnosen zeigte sich für die Globalbeurteilung sowie alle WHOQOL-BREF Dimensionen tendenziell eine Abnahme der Lebensqualitätsmittelwerte. Subgruppenuntersuchungen ergaben für die Domänen „physisches Wohlbefinden“ sowie „soziale Beziehungen“, dass die Lebensqualität von Patienten mit mehr als einer psychiatrischen Kodiagnose signifikant niedriger war im Vergleich zu Patienten ohne psychiatrische respektive nur einer psychiatrischen Kodiagnose („physisches Wohlbefinden“: mehr als eine Kodiagnose vs. keine:  $p = 0,002$ ; mehr als eine Kodiagnose vs. nur eine:  $p = 0,025$ ; „soziale Beziehungen“: mehr als eine vs. keine psychiatrische Kodiagnose:  $p = 0,016$ ; mehr als eine vs. nur eine Kodiagnose  $p = 0,048$ ).

In den Domänen „psychisches Wohlbefinden“ sowie „Umwelt“ konnte durch multiple post-hoc Vergleiche gezeigt werden, dass die Patienten mit mehr als einer psychiatrischen Kodiagnose gegenüber den Patienten ohne psychiatrische Komorbidität signifikant niedrigere Lebensqualitätsmittelwerte angaben („psychisches Wohlbefinden“: mehr als eine vs. keine psychiatrische Kodiagnose:  $p < 0,001$ ; „Umwelt“: mehr als eine vs. keine psychiatrische Kodiagnose:  $p = 0,004$ ).

## 4 Ergebnisse

Für die Globalbeurteilung ergaben Subgruppentestungen, dass die Patienten ohne psychiatrische Komorbidität im Vergleich zu Patienten mit einer und im Vergleich mit der Patientengruppen mit mehr als einer psychiatrischen Kodiagnose ihre Lebensqualität signifikant positiver einschätzten (keine vs. eine Kodiagnose:  $p = 0,025$ ; keine vs. mehr als eine Kodiagnose:  $p < 0,001$ ).

Patienten ohne komorbide somatische Erkrankung erlebten ihr „physisches Wohlbefinden“ und „psychisches Wohlbefinden“ statistisch signifikant besser im Vergleich zu Patienten mit einer somatischen Kodiagnose. Gleiches galt für die Globalbeurteilung der Lebensqualität. Die Variablen „Anzahl stationär psychiatrischer Voraufenthalte“ sowie „Anzahl Suizidversuche“ zeigten sich nicht signifikant mit der Lebensqualität assoziiert.

**Tabelle 6 Lebensqualität (WHOQOL-BREF Domänen, 0-100, standardisiert) der gesamten klinischen Stichprobe stratifiziert nach psychiatrisch-anamnestischen Merkmalen (Mittelwert und 95% -KI, adjustiert nach Hauptdiagnose)**

WHOQOL-BREF					
	Globale Beurteilung MW [95%-KI]	Domänen			
		Physisch MW [95%-KI]	Psychisch MW [95%-KI]	Sozial MW [95%-KI]	Umwelt MW [95%-KI]
<b>Erkrankungsdauer (Jahre)</b>					
< 7 (n=368)	40,7 [37,7-43,7]	46,1 [44,0-48,2]	44,4 [42,1-46,7]	47,8 [44,4-51,2]	58,7 [56,4-61,1]
≥ 7 (n=372)	39,8 [36,9-42,6]	43,6 [41,6-45,6]	43,2 [41,0-45,4]	47,6 [44,3-50,8]	56,4 [54,2-58,6]
p-Wert *	0,547	<b>0,020</b>	0,337	0,894	0,060
<b>Krankheits-episoden</b>					
1 (n=146)	42,0 [38,2-45,8]	45,5 [42,9-48,1]	45,2 [42,2-48,2]	46,4 [42,0-50,7]	58,5 [55,5-61,5]
2 (n=82)	43,3 [38,2-45,8]	45,5 [42,2-48,8]	47,5 [43,7-51,2]	52,7 [47,2-58,2]	59,4 [55,6-63,2]
3 (n=99)	40,3 [35,9-44,8]	44,3 [41,2-47,3]	43,8 [40,4-47,3]	48,5 [43,5-53,6]	57,3 [53,9-60,8]
4-9 (n=118)	38,2 [34,2-42,2]	42,1 [39,4-44,8]	40,8 [37,7-43,9]	45,8 [41,2-50,3]	54,9 [51,8-58,0]
≥ 10 (n=70)	43,6 [35,8-48,5]	45,7 [42,3-49,1]	45,8 [42,0-49,6]	53,3 [47,6-58,9]	59,9 [56,0-63,7]
k.A. (n=438)	37,5 [35,0-40,0]	44,3 [42,5-46,0]	42,8 [40,9-44,8]	45,3 [42,4-48,2]	56,2 [54,2-58,1]
p-Wert *	<b>0,023</b>	0,374	<b>0,027</b>	<b>0,019</b>	0,110

## 4 Ergebnisse

Fortsetzung Tabelle 6

	<b>Global</b> MW [95%-KI]	<b>Physisch</b> MW [95%-KI]	<b>Psychisch</b> MW [95%-KI]	<b>Sozial</b> MW [95%-KI]	<b>Umwelt</b> MW [95%-KI]
<b>Psychiatr. Krankenhaus-aufenthalte</b>					
0 (n=114)	40,7 [36,5-45,0]	44,3 [41,5-47,2]	44,7 [41,5-48,0]	45,2 [40,4-50,0]	56,8 [53,5-60,1]
1-2 (n=117)	36,0 [31,9-40,2]	42,4 [39,6-45,2]	40,6 [37,4-43,8]	44,0 [39,2-48,7]	55,4 [52,2-58,6]
3-6 (n=90)	37,4 [33,0-41,8]	43,3 [40,3-46,3]	40,5 [37,0-43,9]	44,6 [39,5-49,7]	57,3 [53,8-60,7]
≥ 7 (n=42)	38,2 [31,9-44,5]	45,5 [41,2-49,7]	45,4 [40,6-50,2]	47,0 [39,9-54,2]	56,0 [51,1-60,9]
k.A. (n=590)	40,1 [37,7-42,5]	44,6 [42,9-46,2]	44,0 [42,1-45,8]	48,1 [45,3-50,8]	57,2 [55,3-59,0]
p-Wert <sup>‡</sup>	0,242	0,516	0,054	0,299	0,842
<b>Suizid- versuche</b>					
0 (n=455)	38,6 [36,0-41,3]	44,5 [42,7-46,3]	44,4 [42,4-46,4]	47,3 [44,3-50,3]	57,6 [55,6-59,7]
1 (n=101)	37,0 [32,6-41,4]	44,2 [41,2-47,2]	41,3 [37,9-44,7]	45,7 [40,7-50,7]	54,0 [50,6-57,4]
≥ 2 (n=94)	40,7 [36,4-45,1]	43,4 [40,4-46,4]	41,3 [37,9-44,7]	48,6 [43,6-53,6]	56,5 [53,2-59,9]
k. A. (n=303)	40,2 [37,4-43,0]	44,3 [42,4-46,2]	43,5 [41,3-45,7]	46,3 [43,1-49,5]	56,8 [54,6-59,0]
p-Wert <sup>‡</sup>	0,424	0,912	0,150	0,772	0,207
<b>Psychiatr. Kodiagnosen</b>					
0 (n=451)	41,3 [38,7-43,9]	45,1 [43,3-46,9]	44,8 [42,8-46,8]	47,9 [44,9-50,9]	58,4 [56,4-60,4]
1 (n=291)	38,9 [36,1-41,8]	44,8 [42,8-46,7]	43,1 [40,8-45,3]	48,0 [44,7-51,3]	56,2 [54,0-58,5]
> 1 (n=211)	36,0 [32,7-39,2]	42,0 [39,7-44,2]	41,2 [38,6-43,7]	43,5 [39,8-47,2]	54,7 [52,2-57,2]
p-Wert <sup>‡</sup>	<b>0,009</b>	<b>0,023</b>	<b>0,026</b>	0,052	<b>0,018</b>
<b>Somatische Kodiagnosen</b>					
Nein (n=733)	40,4 [38,0-42,7]	44,9 [43,3-46,5]	44,2 [42,4-46,0]	46,5 [43,8-49,1]	56,9 [55,1-58,7]
Ja (n=220)	36,2 [33,1-39,4]	42,5 [40,4-44,6]	41,1 [38,7-43,6]	48,4 [44,8-52,0]	56,7 [54,3-59,2]
p-Wert <sup>‡</sup>	<b>0,008</b>	<b>0,025</b>	<b>0,012</b>	0,286	0,858

<sup>‡</sup> ANOVA, MW adjustiert nach Hauptdiagnose

Abkürzungen: Psychiatr. = Psychiatrische; k.A.= keine Angaben



## 4 Ergebnisse

### 4.4.3 Lebensqualität und klinische Charakteristika

Tabelle 7 stellt die Beziehungen zwischen Lebensqualität und dem durch den Arzt erhobenen globalen Schweregrad (CGI) sowie sozialer Funktionsbeurteilung (GAF) dar.

Patienten mit einem höheren Erkrankungsschweregrad (CGI) gaben in allen Bereichen der Lebensqualität (mit Ausnahme der sozialen Beziehungen) statistisch signifikant niedrigere Zufriedenheitswerte an.

Es zeigten sich keine signifikante Assoziation zwischen dem sozialen Funktionsniveau (die Grenze von 35 entsprach dem Median des GAF-scores des gesamten Patientenkollektivs und wurde willkürlich gesetzt) und der Lebensqualität.

**Tabelle 7 Lebensqualität (WHOQOL-BREF Subskalen, 0-100, standardisiert) der gesamten klinischen Stichprobe stratifiziert nach klinischen Merkmalen (Mittelwert und 95% -KI, adjustiert nach Hauptdiagnose)**

WHOQOL-BREF					
	Globale Beurteilung MW [95%-KI]	Domänen			
		Physisch MW [95%-KI]	Psychisch MW [95%-KI]	Sozial MW [95%-KI]	Umwelt MW [95%-KI]
<b>GAF</b>					
≤ 35 (n=478)	38,0 [35,5-40,5]	43,5 [41,8-45,2]	42,8 [40,9-44,7]	47,6 [44,7-50,4]	56,3 [54,9-58,2]
> 35 (n=465)	40,5 [38,0-43,1]	45,2 [43,5-47,0]	44,1 [42,1-46,1]	45,8 [42,8-48,7]	57,5 [55,5-59,5]
p-Wert *	0,054	0,051	0,219	0,240	0,261
<b>CGI</b>					
4 oder 5 (n=586)	40,9 [38,5-43,3]	45,4 [43,7-47,0]	44,6 [42,8-46,5]	47,2 [44,4-49,9]	57,9 [56,1-59,8]
6 oder 7 (n=360)	37,0 [34,3-39,7]	42,9 [41,1-44,7]	41,7 [39,6-43,7]	46,7 [43,6-49,7]	55,4 [53,3-57,4]
p-Wert *	<b>0,004</b>	<b>0,007</b>	<b>0,004</b>	0,729	<b>0,014</b>

\* ANOVA, MW adjustiert nach Hauptdiagnose

Abkürzungen: GAF = Global Assessment of Functioning, CGI = Clinical Global Impression

### 4.5 Determinanten der Lebensqualität

Ausgehend von den Ergebnissen der vorangegangenen Datenanalysen wurden für jede Subdomäne sowie für die Globalbeurteilung des WHOQOL-BREF die Variablen selektiert, die sich signifikant mit dem jeweiligen Bereich der Lebensqualität assoziiert gezeigt hatten. Daraus ergab sich für jede Domäne ein spezifisches Modell. Die entsprechenden unabhängigen Variablen wurden jeweils gleichzeitig in die Modelle eingegeben; es wurden nur Haupteffekte berücksichtigt. Die Modelle klärten die Varianz in signifikanter Weise auf. Am besten ließ sich die Globalbeurteilung der Lebensqualität (korrigiertes  $R^2 = 0,12$ ) erklären, während die Domäne „Umwelt“ (korrigiertes  $R^2 = 0,03$ ) am wenigsten erhellt wurde (Tab. 8).

Eine signifikante Bedeutung als Prädiktor der Lebensqualität konnte nur für wenige Faktoren festgestellt werden. So waren ein eigenes Einkommen und ein niedriger Erkrankungsschweregrad (CGI-Skalenwert 4 oder 5) mit einer höheren Lebensqualität in drei Domänen des WHOQOL-BREF assoziiert. Wohnen im Heim oder in einer betreuten Wohneinrichtung war ein Prädiktor einer besseren Lebensqualität bezüglich der Qualität der sozialen Beziehungen. Eine komorbide somatische Erkrankung prädizierte hingegen Beeinträchtigungen der psychischen Komponente der Lebensqualität. Die Anzahl der Krankheitsepisoden zeigte zwar in zwei Domänen sowie der Globalbeurteilung einen Einfluss auf die Lebensqualität. Ein klarer Trend ließ sich jedoch nicht erkennen. Die Hauptdiagnose hatte in allen Subbereichen sowie der Globalbeurteilung einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität.

Für die zwei Variablen „Hauptdiagnose“ sowie „Wohnform“ wurden in den betreffenden Domänen Bonferroni Testungen auf Subgruppenunterschiede zwischen den für die eingeschlossenen Faktoren adjustierten Lebensqualitätsmittelwerte durchgeführt. Die adjustierten Lebensqualitätsmittelwerte sind in Tabelle 8 dargestellt.

Die post-hoc Testungen für die Diagnosegruppen ergab in der Domäne „physisches Wohlbefinden“ signifikant niedrigere Lebensqualitätsmittelwerte der Diagnosegruppe

## 4 Ergebnisse

unipolare Depression gegenüber Demenz ( $p = 0,04$ ), Schizophrenie ( $p < 0,001$ ) und neurotische Störung ( $p = 0,011$ ).

Für das „psychische Wohlbefinden“ ergab der Vergleich signifikant höhere Lebensqualitätswerte für die Diagnosegruppe Demenz gegenüber unipolare Depression ( $p < 0,001$ ) und neurotische Störung ( $p = 0,003$ ); sowie für die Diagnosegruppe Schizophrenie gegenüber unipolare Depression ( $p < 0,001$ ) und neurotische Störung ( $p = 0,044$ ).

In der Domäne „soziale Beziehungen“ gaben Patienten mit Diagnose einer Demenz signifikant höhere Lebensqualitätswerte gegenüber an einer Schizophrenie ( $p = 0,10$ ), bipolaren Störung ( $p = 0,008$ ), unipolaren Depression ( $p < 0,001$ ) oder neurotischen Störung ( $p = 0,001$ ) Erkrankter an.

Die „allgemeinen Umweltbedingungen“ wurden durch dementiell Erkrankte signifikant höher eingeschätzt im Vergleich zu den Diagnosegruppen Schizophrenie ( $p = 0,037$ ), unipolare Depression ( $p = 0,002$ ) und neurotische Störung ( $p = 0,024$ ).

Der Globalscore zeigte sich in der Diagnosegruppe Demenz gegenüber den Diagnosen Schizophrenie ( $p = 0,033$ ), schizoaffektive Störung ( $p = 0,024$ ), bipolare Störung ( $p = 0,002$ ), unipolare Störung ( $p < 0,001$ ) sowie neurotische Störung ( $p < 0,001$ ) signifikant höher. Patienten mit Diagnose einer Schizophrenie gaben zudem höhere Lebensqualitätswerte im Vergleich zu an einer unipolaren Depression ( $p < 0,001$ ) oder neurotischer Störung ( $p < 0,001$ ) Erkrankter an.

Für die Variable „Wohnform“ ergaben die Subgruppentestungen in der Domäne „soziale Beziehungen“ eine signifikant höhere Lebensqualität bei Patienten, die im Heim oder betreuten Wohnen lebten gegenüber Patienten, die allein wohnten ( $p = 0,001$ ), mit Angehörigen oder Partner ( $p = 0,010$ ) oder in der elterlichen Wohnung lebten ( $p = 0,031$ ).

## 4 Ergebnisse

**Tabelle 8 Prädiktion der Lebensqualität (WHOQOL-BREF) der gesamten klinischen Stichprobe mittels univariater mehrfaktorieller Varianzanalysen**

WHOQOL-BREF										
	Globale Beurteilung		Domänen							
			Physisch		Psychisch		Sozial		Umwelt	
R <sup>2</sup> (korrigiertes R <sup>2</sup> )	0,13 (0,12)		0,087 (0,07)		0,10 (0,09)		0,07 (0,05)		0,04 (0,03)	
	MW [95%-KI]	p	MW [95%-KI]	p	MW [95%-KI]	p	MW [95%-KI]	p	MW [95%-KI]	p
<b>Hauptdiagnose</b>										
Unipolare Depression	30,8 [28,5-33,2]	<b>&lt;0,001</b>	39,3 [37,5-41,1]	<b>&lt;0,001</b>	37,0 [35,2-38,8]	<b>&lt;0,001</b>	48,0 [44,2-51,7]	<b>&lt;0,001</b>	55,0 [53,4-56,5]	<b>0,009</b>
Bipolare Depression	37,2 [31,4-43,2]		45,5 [40,7-50,3]		44,1 [39,5-48,6]		50,3 [43,1-57,5]		57,3 [52,9-61,7]	
Schizophrenie	42,1 [38,0-46,2]		47,6 [44,5-50,8]		46,2 [43,0-49,3]		53,2 [48,2-58,2]		55,9 [52,9-58,9]	
Schizoaffektive St.	39,8 [33,5-46,2]		45,2 [40,5-49,9]		44,9 [40,1-49,7]		55,5 [47,9-62,8]		58,4 [53,8-63,1]	
Neurotische St.	29,9 [25,8-33,9]		45,4 [42,1-48,6]		40,5 [37,4-43,7]		50,9 [45,4-56,3]		55,6 [52,6-58,6]	
Demenz	55,0 [48,9-61,2]		46,9 [42,2-51,6]		51,4 [46,6-56,2]		65,9 [58,6-73,0]		64,0 [59,4-68,7]	
Alkoholabhängigkeit	46,1 [35,9-56,3]		43,2 [34,8-51,6]		45,6 [37,7-53,6]		56,7 [44,3-69,2]		58,3 [50,4-66,1]	
<b>Geschlecht</b>										
Männer	/		45,8 [43,3-48,4]	0,061	/		/		/	
Frauen			43,6 [41,4-45,8]							
<b>Wohnen</b>										
Allein Wohnen	/		/		/		48,3 [45,0-51,7]	<b>0,005</b>	/	
Angehörigen/Partner							52,0 [48,6-55,4]			
Elterliche Wohnung							52,8 [45,6-60,0]			
Heim/Betreutes W.							64,1 [53,6-74,6]			
<b>Unterhalt</b>										
Eigenes Einkommen	41,4 [37,6-45,2]	0,144	45,2 [42,3-48,2]	0,426	45,8 [42,9-48,8]	<b>0,016</b>	56,7 [51,6-61,7]	<b>0,014</b>	59,8 [57,0-62,6]	<b>0,002</b>
Finanzielle Unterst.	38,9 [36,4-41,4]		44,2 [42,3-46,1]		42,7 [40,7-44,6]		51,9 [48,0-55,8]		55,8 [54,0-57,5]	

## 4 Ergebnisse

Fortsetzung Tabelle 8

	Global		Physisch		Psychisch		Sozial		Umwelt	
	MW [95%-KI]	p	MW [95%-KI]	p	MW [95%-KI]	p	MW [95%-KI]	p	MW [95%-KI]	p
<b>Erkrankungsdauer</b>										
< 7 Jahre	/		45,7 [43,3-48,1]	0,074	/		/		/	
≥ 7 Jahre			43,7 [41,4-46,1]							
<b>Krankheitsepisoden</b>										
1	40,4 [36,3-44,5]	<b>0,033</b>	/		44,5 [41,3-47,6]	<b>0,029</b>	51,5 [46,3-56,6]	<b>0,019</b>	/	
2	42,1 [37,1-47,2]				47,0 [43,1-50,9]		57,9 [51,6-64,2]			
3	39,6 [34,8-44,4]				43,7 [40,0-47,4]		54,8 [48,7-60,9]			
4-9	37,5 [33,3-41,7]				40,6 [37,4-43,9]		51,4 [45,8-56,9]			
≥10	44,2 [39,1-49,3]				46,8 [42,8-50,7]		59,3 [52,8-65,7]			
k.A.	37,0 [34,1-40,0]				42,9 [40,6-45,2]		51,1 [46,9-55,3]			
<b>Psychiatrische Kodiagnose</b>										
Keine	42,1 [39,0-45,2]	0,091	45,5 [43,1-47,8]	0,181	45,6 [43,2-47,9]	0,174	/		59,4 [57,2-61,5]	0,080
Eine	40,0 [36,6-43,4]		45,6 [43,0-48,2]		44,0 [41,3-46,6]				57,4 [55,0-59,9]	
Mehr als eine	38,3 [34,6-42,0]		43,1 [40,2-45,9]		43,2 [40,3-46,1]				56,5 [53,8-59,3]	
<b>Somatische Kodiagnose</b>										
Nein	41,6 [38,9-44,4]	0,061	45,3 [43,2-47,4]	0,346	45,5 [43,3-47,6]	<b>0,045</b>	/		/	
Ja	38,6 [35,1-42,2]		44,1 [41,4-46,8]		43,0 [40,2-45,8]					
<b>CGI-Skalenwert</b>										
4 oder 5 (mäßig oder deutlich krank)	42,0 [39,0-44,9]	<b>0,007</b>	45,9 [43,7-48,1]	<b>0,029</b>	45,5 [43,2-47,9]	<b>0,013</b>	/		58,8 [56,7-60,9]	0,055
6 oder 7 (schwer oder extrem schwer krank)	38,3 [35,1-41,5]		43,5 [40,2-46,0]		42,9 [40,5-45,4]				56,8 [54,5-59,1]	

/ : = diese Variable hat sich in den vorangegangenen Untersuchungen nicht als signifikanter Einflussfaktor der jeweiligen WHOQOL-BREF Domäne dargestellt

Abkürzungen : St. = Störung; W. = Wohnen ; k.A. = Keine Angaben; Unterst.=Unterstützung; GAF = Global Assessment of Functioning; CGI = Clinical Global Impression

### 5 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde die Lebensqualität schwer psychisch Kranker mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen analysiert und in Hinblick auf Einflussfaktoren untersucht. Zu Grunde liegen Daten, die im Rahmen der Evaluation eines Modells der integrierten psychiatrischen Versorgung mit Hilfe des etablierten generischen Lebensqualitätsfragebogens WHOQOL-BREF erfasst wurden. Die Querschnittsuntersuchung zeigte hierbei eine niedrigere Lebensqualität der klinischen Stichprobe gegenüber der Allgemeinbevölkerung – im Globalscore als auch in allen vier Domänen des WHOQOL-BREF. Im Vergleich der WHOQOL-BREF Lebensqualitätsbereiche erlebte das gesamte Patientenkollektiv die geringsten Einschränkungen in der Domäne „allgemeine Umweltbedingungen“. Die Untersuchung der Lebensqualität unterschieden nach Diagnosegruppen ergab diagnosespezifische Unterschiede. In der Zusammenschau zeigten die Patienten mit der Diagnose einer unipolaren Depression sowie die Patientengruppe mit einer neurotischen Störung die niedrigsten Zufriedenheitswerte in der globalen Beurteilung der Lebensqualität. Demgegenüber gaben demenziell Erkrankte mit Abstand die höchsten WHOQOL-BREF Globalscores an.

Als mögliche Prädiktoren der Lebensqualität des hier untersuchten Patientenkollektivs haben sich die Variablen „psychiatrische Hauptdiagnose“, „Wohnform“, „Unterhaltsform“, „Anzahl der Krankheitsepisoden“, „somatische Kodiagnose“ und „klinischer Schweregrad (CGI)“ herausgestellt. Insgesamt konnte durch die hier untersuchten potentiellen Einflussfaktoren nur ein kleiner Teil der Varianz des Globalscores sowie der vier Domänen des WHOQOL-BREF erklärt werden.

### 5.1 Methodische Probleme und Einschränkungen der Aussagekraft

Die Erfassbarkeit der Lebensqualität psychiatrischer Patienten wird in der Literatur kontrovers diskutiert, da nach wie vor Unsicherheit bezüglich der definitorischen Abgrenzung des Konstrukts Lebensqualität und der entsprechenden Operationalisierung besteht (93). Nichtsdestotrotz wird ergänzend zu den klinischen Outcomes die Messung der Lebensqualität zur Beurteilung der subjektiven Gesundheit auch bei psychisch Erkrankten zunehmend genutzt. Hinsichtlich des in dieser Arbeit angewandten generischen Fragebogens WHOQOL-BREF, gibt es Evidenzen, die ihn als ein valides Messinstrument zur Erhebung der Lebensqualität psychiatrischer Patienten ausweisen (94,95). Die Interpretation der Ergebnisse wird allerdings dadurch erschwert, dass für den WHOQOL-BREF Fragebogen bislang noch keine minimalen für den Patienten und Arzt klinisch bedeutsamen Unterschiede (MCID, Minimal Clinically Important Difference) definiert wurden. Wie viele Punktunterschiede auf der WHOQOL-BREF Skala für den Patienten tatsächlich relevant sind, ist demzufolge unklar. Hinsichtlich der Ergebnisinterpretation ist zudem kritisch anzumerken, dass es in der vorliegenden Untersuchung keine Kontrollgruppe gab. Stattdessen kamen als Orientierungsgrößen alters- und geschlechtsentsprechende Normwerte des WHOQOL-BREF Testmanuals zur Anwendung (90).

Bei der hier untersuchten klinischen Studienpopulation handelt es sich ausschließlich um ambulant behandelte, vornehmlich weibliche, unipolar depressiv Erkrankte aus den Regionen Berlin/Brandenburg und Niedersachsen/Bremen, die sich in einem speziellen Behandlungsprogramm befanden. Damit ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere schwer psychisch Kranke eingeschränkt. Auch mit Hinblick auf die Stichprobengröße kann den Ergebnissen jener Diagnosegruppen, für die nur eine geringe Fallzahl vorlag, nur eine eingeschränkte Übertragbarkeit zugesprochen werden. Vor dem Hintergrund des Diagnosegruppenvergleichs ist ferner anzumerken, dass aufgrund zu geringer Fallzahlen eine Unterscheidung klinisch relevanter Subgruppen, insbesondere der Diagnose „Demenz“ und „neurotische Störung“, nicht erfolgte. So wurden in die Diagnosegruppe „Demenz“ Patienten mit unterschiedlichen demenziellen

## 5 Diskussion

Erkrankungen, hauptsächlich mit der Diagnose einer Alzheimer Erkrankung, eingeschlossen wurden. Analog verhielt es sich mit der Diagnosegruppe „neurotische Störungen“. Der Hauptanteil der Patienten dieser Diagnosegruppe litt an einer Angsterkrankung.

Kritisch anzumerken ist weiterhin, dass sich die Auswertung der Lebensqualitätsdaten in der vorliegenden Arbeit auf diejenigen Patienten beschränkt, die den WHOQOL-BREF Fragebogen vollständig ausgefüllt hatten. Das Aussortieren unvollständig beantworteter Fragebögen hatte möglicherweise eine Verzerrung zugunsten weniger eingeschränkter Teilnehmer zur Folge. Zudem wurde auf ein Monitoring der teilnehmenden Praxen verzichtet. Die Lebensqualitätsfragebögen wurden nicht stichtagsgenau ausgefüllt sondern mit zeitlicher Varianz innerhalb eines Behandlungsquartals von 3 Monaten, abhängig vom Vorstellungstermin des Patienten in der Arztpraxis. Insbesondere bei Demenzpatienten ist die nicht deklarierte Mithilfe der Angehörigen denkbar. Ferner bleibt fraglich, ob sich im untersuchten Patientenkollektiv in der Tat nur äußerst schwere und chronische Fälle befanden, da es keine Kontrolle darüber gab, ob Ärzte die Patienten in den psychopathologischen Skalen nicht womöglich kränker einschätzten, um die Einschlusskriterien des Modells der IV zu erfüllen. Aus methodischer Sicht ist weiterhin kritisch, dass es sich im Falle der vorliegenden Untersuchung um ein Querschnittsdesign handelt, welches eine eindeutige Zuordnung von Ursache-Wirkungs-Verknüpfungen im Untersuchungsfeld der Lebensqualität nicht gestattet. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten ein prospektives und longitudinales Studiendesign wählen.



### 5.2 Lebensqualität (WHOQOL-BREF)

#### 5.2.1 Lebensqualität der gesamten klinischen Stichprobe

Durch den WHOQOL-BREF finden, neben einer Gesamteinschätzung der Lebensqualität, die vier Domänen: „körperliches Wohlbefinden“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „allgemeine Umweltbedingungen“ Berücksichtigung. Die hier untersuchte klinische Stichprobe von Patienten aus einem breiten Spektrum an psychischen Erkrankungen, wies sowohl im Gesamtscore, als auch den genannten Subskalen des WHOQOL-BREF, erwartungsgemäß geringere Werte und somit eine niedrigere Lebensqualität als die Allgemeinbevölkerung auf (90). Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung zu vorangegangenen Untersuchungen (5). Im Vergleich hebt sich die vorliegende Studie jedoch durch eine sehr große Fallzahl schwer psychisch Erkrankter mit unterschiedlichen Diagnosen hervor.

Der Vergleich der vier verschiedenen WHOQOL-BREF Lebensqualitätsbereiche ergab, dass die höchsten Zufriedenheitswerte in der Beurteilung der „allgemeinen Umweltbedingungen“ angegeben wurden. Diese WHOQOL-BREF Domäne deckt Aspekte der allgemeinen äußeren Lebensbedingungen wie Wohnbedingungen, finanzielle Ressourcen, Transportmöglichkeiten sowie gesundheitliche und soziale Versorgung ab und erfasst damit, inwieweit sich die befragten Personen in ihrem Lebensumfeld sicher und geborgen fühlen. Auch andere Untersuchungen haben eine relative Zufriedenheit psychiatrischer Patienten in diesem Bereich der Lebensqualität gezeigt (96–98).

Die im Bereich des „psychischen Wohlbefindens“ angegebenen niedrigen Zufriedenheitswerte sind erwartungsgemäß und plausibel. Diese Domäne beinhaltet u.a. Fragen zum Erleben von positiven und negativen Gefühlen, dem Selbstwertgefühl sowie zur Lern- und Konzentrationsfähigkeit.

Es fällt auf, dass sich die Lebensqualitätsmittelwerte in den Domänen „körperliches Wohlbefinden“ sowie „soziale Beziehungen“ von dem des „psychischen Wohlbefindens“ nur marginal unterscheiden. Dieses Ergebnis illustriert, dass psychische Erkrankungen zu einer Beeinträchtigung verschiedener Bereiche der Lebensqualität führen. So

beinhaltet die Domäne „physische Lebensqualität“ u.a. Fragen zu Schlaf, Energie und Arbeitsfähigkeit und damit Bereiche, die durch psychische Erkrankungen oder auch durch psychopharmakotherapeutische Nebenwirkungen betroffen sein können (99). Der Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und eingeschränkter körperlicher Komponente der Lebensqualität ist bereits für allgemeinspsychiatrische Studienpopulationen gezeigt worden (100). In der Literatur ist darüber hinaus beschrieben, dass psychisch Erkrankte niedrigere Lebensqualitätswerte im Bereich ihres „physischen Wohlbefindens“ angeben, als somatisch Erkrankte (6,101). Die in der vorliegenden Untersuchung erhobenen niedrigen Lebensqualitätsmittelwerte in der Domäne „soziale Beziehungen“, die u.a. Fragen zur subjektiven Beurteilung persönlicher Beziehungen und der Angemessenheit sozialer Unterstützung enthält, spiegeln wider, dass psychische Erkrankungen oft mit sozialem Rückzug, Isolation und damit mangelnden sozialen Ressourcen einhergehen. In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass die Hälfte der hier untersuchten Patienten angab alleine zu leben. Auffällig ist, dass die mit Hilfe des WHOQOL-BREF Globalscores erfasste Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebensqualität deutlich niedriger ausfiel, als in den einzelnen Subbereichen der Lebensqualität. So lag der Gesamtscore, der sich aus den zwei Items Gesamtbeurteilung der Lebensqualität sowie Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand ergibt, unterhalb der Mittelwerte der vier WHOQOL-BREF Domänen.

### **5.2.2 Lebensqualitätsvergleich zwischen psychiatrischen Diagnosegruppen**

Durch die Erfassung der Lebensqualität mit Hilfe des WHOQOL-BREF kam in der vorliegenden Untersuchung ein generisches Messinstrument zum Einsatz, das Vergleiche zwischen verschiedenen Erkrankungsgruppen ermöglicht (102). Nach Ausschluss geschlechts- und altersspezifischer Einflüsse ergaben sich zwischen den verschiedenen Domänen der Lebensqualität signifikante Lebensqualitätsunterschiede zwischen den Diagnosegruppen und damit Hinweise auf diagnosespezifische Aspekte der Lebensqualität. Die Mehrzahl der Ergebnisse hatte auch nach der Adjustierung für weitere potentielle Einflussfaktoren Bestand. Der Vergleich der Lebensqualität zwischen den Diagnosegruppen innerhalb der verschiedenen WHOQOL-BREF Domänen ergab, dass demenziell Erkrankte sowohl in der Globalbeurteilung als auch in drei von vier

## 5 Diskussion

Subbereichen der Lebensqualität die höchsten Zufriedenheitswerte angaben. Insbesondere bei der Erforschung der Lebensqualität Demenzerkrankter stellt sich jedoch die Frage, welche kognitiven Fähigkeiten erhalten sein müssen, damit von einer reliablen Selbstauskunft ausgegangen werden kann. In Untersuchungen hat sich der WHOQOL-BREF Fragebogen als ein geeignetes Instrument auch für ein mittelschweres Demenzstadium dargestellt (66). Über den genauen Schweregrad der Demenz der hier untersuchten Patienten kann jedoch keine Aussage gemacht werden.

Neben den Patienten mit Diagnose einer Demenz gaben sowohl in der Globalbeurteilung als auch der Einschätzung ihres „psychischen Wohlbefindens“ Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie im Vergleich zu unipolar depressiv oder neurotisch Erkrankten signifikant höhere Lebensqualitätswerte an. Diese Erkenntnis scheint im Gegensatz zur Annahme zu stehen, dass psychotische Störungen mit größeren Einschnitten in der Lebenszufriedenheit einhergehen, als nicht-psychotische Störungen. Es ist jedoch ein replizierter Befund, dass insbesondere chronisch schizophrene Patienten neben demenziell Erkrankten ihre subjektive Lebensqualität häufig überdurchschnittlich hoch bewerten (103). Dieser Zusammenhang lässt sich infolge von psychologischen Anpassungsprozessen, im Sinne eines „Response shift“ erklären. Hierbei geht man von einer kontinuierlichen Angleichung von Istwert (subjektive Einschätzung des aktuellen Zustandes) und Sollwert (Wünsche, Erwartungen, Ziele), durch psychologische Manipulation (Senkung des Anspruchsniveaus, Habituation bei negativen Erlebnissen, Wechsel des Bezugsrahmens) aus. Diese Prozesse werden von einem hohen Grad an Zufriedenheit begleitet (8,104).

In drei von vier Domänen wurden die niedrigsten Zufriedenheitswerte innerhalb des Spektrums der hier untersuchten psychischen Erkrankungen von Patienten mit der Diagnose einer unipolaren Depression angegeben. In der Gesamtbeurteilung der Lebensqualität erlebten unipolar depressiv Erkrankte sowie an einer neurotischen Störung Erkrankte im Diagnosegruppenvergleich die größten Einschränkungen.

Auch in anderen Untersuchungen erlebten Patienten aus den beiden unterschiedlichen Diagnosegruppen vergleichbar große Defizite (10,105). In der Literatur belegt ist der

## 5 Diskussion

Umstand, dass sowohl Patienten mit der Diagnose einer unipolaren Depression als solche mit neurotischen Störungen eine subjektiv stärker erlebte Einschränkung der Lebensqualität empfinden, als Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (7).

### 5.3 Einflussfaktoren auf die Lebensqualität psychiatrischer Patienten

Aus der Literatur geht ebenfalls hervor, dass der Anteil der Varianzaufklärung der Domänen des WHOQOL-BREF durch soziodemographische, psychiatrisch-anamnestische und klinische Patientenmerkmale zwar variiert, diese Faktoren jedoch insgesamt nur einen kleinen bis moderaten Anteil der Varianz erklären können (23,25,86,96). Die vorliegende Untersuchung bestätigt diese Befunde grundsätzlich. So zeigten die hier untersuchten soziodemographischen, psychiatrisch-anamnestischen sowie klinischen Patientenmerkmale nur einen geringen Einfluss auf die spezifischen Lebensqualitätsbereiche. Die Varianzaufklärung der errechneten Modelle für die vier Domänen sowie dem Globalscore des WHOQOL-BREF lagen zwischen 3,0 % und 12,0 %. Dieses Ergebnis entspricht damit ungefähr der von Trompenaars et al. gefundenen Varianzaufklärung, zu der diese in einer ähnlich angelegten Untersuchung über den Einfluss demographischer Patientenmerkmale auf die WHOQOL-BREF Domänen ambulanter psychiatrischer Patienten kamen (106).

Einschränkend ist festzuhalten, dass sich die Auswahl der Einflussfaktoren auf die in der Studie zur Evaluation des IV-Projektes erhobenen Patientendaten begrenzt. Faktoren, die in anderen Studien als weitere mögliche Determinanten der Lebensqualität schwer psychisch Kranker identifiziert wurden (beispielsweise psychosoziale Faktoren wie: Selbstbewusstsein, individuelle Erwartungen, Persönlichkeitsmerkmale, Selbstwirksamkeit (107), Krankheitseinsicht (108), Selbst-Stigma (109) oder psychopharmakotherapeutische Nebenwirkungen (108)) sind nicht berücksichtigt worden.

#### *Soziodemographische Einflussfaktoren*

Von den untersuchten Variablen „Lebensalter“, „Geschlecht“, „Einkommens- Wohn- sowie Betreuungssituation“ zeigten lediglich die Wohnsituation sowie die Form des Einkommens einen prädiktiven Wert. So gaben Patienten, die in einem Heim oder einer betreuten Wohneinrichtung lebten, in der Domäne „soziale Beziehungen“ signifikant höhere Zufriedenheitswerte im Vergleich mit den Patienten, die allein, mit Partner oder

Angehörigen oder in der elterlichen Wohnung wohnten, an. Dieses Ergebnis könnte für eine gute soziale Unterstützung und Eingliederung in beschützten Wohnformen sprechen, was sich positiv auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt. In der Literatur finden sich ähnliche Ergebnisse (24).

Ferner scheint der Bezug eines eigenen Einkommens positiv mit den Lebensqualitätsbereichen „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ sowie „Umweltbedingungen“ assoziiert zu sein. Patienten mit einem eigenen Einkommen gaben im Vergleich zu Personen, die Transferleistungen unterschiedlicher Art (Rente, Arbeitslosen-, Krankengeld, Sozial-, Arbeitslosenhilfe, Unterstützung durch Bezugspersonen) erhielten in den genannten Bereichen eine signifikant höhere Lebensqualität an. Die Höhe des Einkommens bzw. der finanziellen Unterstützung war nicht bekannt. Es ist zu vermuten, dass die Patienten mit einem eigenen Einkommen, mehr Geld zur Verfügung hatten und damit einhergehend mehr finanzielle Sicherheit, was sich in einer höheren Lebensqualität ausdrücken könnte. Geht man zudem davon aus, dass ein eigenes Einkommen auf eine berufliche Tätigkeit zurückzuführen ist, steht dieses Ergebnis in Einklang mit früheren Untersuchungen. Der positive Effekt einer bezahlten Arbeit auf die Lebensqualität psychiatrischer Patienten ist eingehend in der Literatur beschrieben (24,110,111). In diesem Kontext konnte auch gezeigt werden, dass insbesondere psychisch Kranke, abgesehen von der finanziellen Besserstellung, von einem größeren sozialen Netzwerk am Arbeitsplatz profitieren (112). Alter und Geschlecht erwiesen sich in der vorliegenden Arbeit hingegen nicht als brauchbare Determinanten der Lebensqualität. In der Literatur gibt es dazu unterschiedliche Ergebnisse. In Übereinstimmung mit der vorliegenden Untersuchung, konnte in früheren Studien kein geschlechtsspezifischer Einfluss auf die Lebensqualität psychisch Kranker gefunden werden (113). Demgegenüber gaben Frauen in einer niederländischen Untersuchung zur Lebensqualität ambulanter, allgemein psychiatrischer Patienten in der Domäne „soziale Beziehungen“ eine signifikant höhere Lebensqualität an (24).

Ähnlich verhält es sich mit dem vorliegenden Ergebnis eines fehlenden Einflusses des Lebensalters auf die Lebensqualität. So steht dies in Übereinstimmung mit den Befunden einer Metaanalyse von Vatne et al. (114). Gleichsam ist in einer

Untersuchung der Lebensqualität holländischer allgemeinspsychiatrischer Patienten gezeigt worden, dass die Mittelwerte im Globalscore sowie den WHOQOL-BREF Domänen „soziale Beziehungen“, „körperliches Wohlbefinden“ mit zunehmendem Alter abnahmen (95).

### *Psychiatrisch-anamnestische Einflussfaktoren*

Für ein Viertel der hier untersuchten Patienten wurde mindestens eine komorbide somatische Erkrankung dokumentiert, jedoch ohne Information darüber, ob die Betroffenen adäquat therapiert waren. Eine komorbide somatische Erkrankung war im Bereich des „psychischen Wohlbefindens“ mit niedrigeren Lebensqualitätswerten assoziiert. Der negative Einfluss somatischer Komorbidität auf die Lebensqualität psychiatrischer Patienten, beispielsweise das Vorhandensein generalisierter Schmerzen bei unipolar depressiv Erkrankten, ist bekannt (115).

Für die Variable „Krankheitsepisoden“ zeigte sich zwar ein signifikanter Einfluss auf den Globalscore als auch auf die Domänen „psychisches Wohlbefinden“ und „soziale Beziehungen“, jedoch ließ sich kein klarer Trend erkennen. Bei genauer Betrachtung fällt auf, dass Patienten mit mehr als 10 Krankheitsepisoden in der Vorgeschichte tendenziell eine ähnlich hohe oder bessere Lebensqualität angaben, als die Patienten mit nur einer Krankheitsepisode. Dieser Befund könnte im Sinne der bereits beschriebenen, paradox erscheinenden positiven Bewertung der Lebensqualität schwer chronisch Kranker (response shift) gedeutet werden.

Überraschend ist, dass sich die hochsignifikante negative Assoziation zwischen Lebensqualität und dem Vorliegen komorbider psychischer Störungen, in den finalen Modellen nicht abbildet. Der Trend einer Abnahme der Lebensqualität bei einer Zunahme der Anzahl komorbider psychiatrischer Erkrankungen ist jedoch in der Globalbeurteilung sowie in den Domänen „physisches“ und „psychisches Wohlbefinden“ und den „Umweltbedingungen“ ersichtlich. In der Literatur wird häufig ein Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und reduzierter Lebensqualität psychiatrischer Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen postuliert (54,116,117).

In der vorliegenden Untersuchung konnte keine Assoziation zwischen Suizidalität und Lebensqualität festgestellt werden. Demgegenüber stehen Studienergebnisse, die eine Assoziation zwischen Suizidalität und der Lebensqualität von Patienten mit einer affektiven Störung (118) oder an einer Schizophrenie Erkrankter (45) aufzeigen konnten.

Darüber hinaus ließ sich keine Assoziation zwischen den WHOQOL-BREF Domänen und der Erkrankungsdauer darstellen. Auch in einer Studie von Nordt et al. waren die Lebensqualität schwer psychisch Erkrankter und der Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns nicht assoziiert (119).

### *Erkrankungsschwere und soziales Funktionsniveau*

In der vorliegenden Arbeit zeigte sich eine signifikante Assoziation zwischen der mit Hilfe des CGI ermittelten Krankheitsschwere und dem Globalscore sowie den WHOQOL-BREF Domänen „physisches Wohlbefinden“ sowie „psychisches Wohlbefinden“. Ein durch den Arzt ermittelter, schlechter klinischer Gesamteindruck (entspricht einem höheren CGI-Skalenwert) des Patienten war mit einer niedrigeren Lebensqualität in den genannten Bereichen assoziiert. Analog zeigten sich in einer Untersuchung von Henkel et al. Patienten mit einem schlechteren klinischen Gesamteindruck unzufriedener als mäßig Kranke (120). Keine Assoziation bestand zwischen dem durch den Arzt erhobenen sozialen Funktionsniveau (GAF) des Patienten und der subjektiven Lebensqualitätseinschätzung. Neben Studien, die eine positive Beziehung zwischen sozialem Funktionsniveau (GAF) und allen WHOQOL-BREF Lebensqualitätsbereichen ambulant psychiatrischer Patienten belegen (106), gibt es Untersuchungsergebnisse, die einhergehend mit den vorliegenden Befunden keine Übereinstimmung dieser beiden Bewertungsskalen aufzeigen (108).



## 5 Diskussion

### *Hauptdiagnose*

In der vorliegenden Untersuchung zeigte die Lebensqualität in allen WHOQOL-BREF Domänen unabhängig von verschiedenen soziodemographischen, psychiatrisch-anamnestischen Patientenmerkmalen als auch dem Erkrankungsschweregrad (CGI) eine signifikante Assoziation zur diagnostischen Zugehörigkeit. Dieser Befund unterstreicht die Bedeutung von Lebensqualität als diagnosespezifisches Merkmal im Rahmen von Evaluationsstudien bei unterschiedlichen Diagnosegruppen.

### 5.4 Schlussfolgerungen

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Lebensqualität schwer psychisch Kranker deutlich eingeschränkt ist. Vor diesem Hintergrund und der Tatsache, dass psychische Erkrankungen in Europa aufgrund der Häufigkeit ihres Auftretens sowie der enormen Kostenintensität für das Gesundheitswesen zu den größten gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit zählen, kommt der Optimierung der Versorgungsstrukturen psychiatrischer Patienten eine wichtige Rolle zu. In der internationalen Literatur, insbesondere im amerikanischen Sprachraum, gewinnt die Erfassung der Lebensqualität als Outcomekriterium von Evaluationsstudien neuer Versorgungsprogramme zunehmend an Bedeutung. Die Lebensqualität, als patientenzentrierter Outcome-Parameter, ist dabei Resultat eines komplexen Zusammenspiels soziodemographischer, klinischer, therapeutischer und psychosozialer Faktoren. Um das Verständnis für die Lebensqualität schwer psychisch Kranker besser wissenschaftlich auszuleuchten und um eindeutige therapiebedingte Lebensqualitätseffekte aufzudecken, ist es notwendig, die Faktoren zu identifizieren, die nachweislich einen Einfluss auf die Lebensqualität haben. In Kongruenz mit der internationalen Literatur ergab die vorliegende Untersuchung der Einflussfaktoren der Lebensqualität, dass soziodemographische, psychiatrisch-anamnestische sowie klinische Patientencharakteristika nur geringfügig mit der Lebensqualität assoziiert sind. Daraus lässt sich folgern, dass andere, nicht in dieser Untersuchung berücksichtigte Faktoren, einen wichtigen Einfluss auf die Lebensqualität schwer psychisch Kranker haben.

Um das Verständnis für die Beurteilung von Lebensqualität zu schärfen und um eindeutige therapiebedingte Lebensqualitätseffekte aufdecken zu können, besteht ein weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Identifikation der Einflussfaktoren der Lebensqualität psychisch Kranker.

## 6 Literaturverzeichnis

1. Campbell A. Subjective measures of well-being. *Am Psychol.* 1976 Feb;31(2):117–24.
2. Aaronson NK. Assessing the quality of life of patients in cancer clinical trials: Common problems and common sense solutions. *Eur. J. Cancer.* 1992;28A(8-9):1304–7.
3. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. World Health Organization: Basic documents. 45. Aufl. Genf; 2005.
4. Bullinger M, Hasford J. Evaluating quality-of-life measures for clinical trials in Germany. *Control Clin Trials.* 1991 Aug;12(4 Suppl):91S–105S.
5. Evans S, Banerjee S, Leese M, Huxley P. The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Qual Life Res.* 2007 Feb;16(1):17–29.
6. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med.* 2001 März;52(6):911–9.
7. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA.* 1995 Nov 15;274(19):1511–7.
8. Pukrop R. [Subjective quality of life. Critical look at a modern construct]. *Nervenarzt.* 2003 Jan;74(1):48–54.
9. U. Ravens-Sieberer, Cieza A. Lebensqualitätsforschung in Deutschland-Forschungsstand, Methoden, Anwendungsbeispiele und Implikationen. *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin: Konzepte, Methoden, Anwendung.* Landsberg: ecomed Verlagsgesellschaft; 2000. p. 25–49.
10. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 2005 Juni;162(6):1171–8.
11. Gütthlin C. Response Shift alte Probleme der Veränderungsmessung, neu angewendet auf gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie.* 2004;13(4):165–74.
12. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998 Mai;28(3):551–8.

## 6 Literaturverzeichnis

13. Franz M, Fritz M, Gallhofer B, Meyer T. QLIS - development of a schizophrenia-specific quality-of-life scale. *Health and quality of life outcomes*. 2012 Juni 7;10(1):61.
14. Böhmer S, Kohlmann T. Verfahren zur Bewertung von Gesundheitszuständen und Lebensqualität. *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin: Konzepte, Methoden, Anwendung*. Landsberg: ecomed Verlagsgesellschaft; p. 53–72.
15. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med A*. 1981 Mai;15(3 Pt 1):221–9.
16. Karow A., Naber D. Psychiatrie. *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin: Konzepte, Methoden, Anwendung*. Landsberg: ecomed Verlagsgesellschaft; p. 199–211.
17. Hickey AM, Bury G, O'Boyle CA, Bradley F, O'Kelly FD, Shannon W. A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *BMJ*. 1996 Juli 6;313(7048):29–33.
18. Ellert U, Bellach BM. [The SF-36 in the Federal Health Survey--description of a current normal sample]. *Gesundheitswesen*. 1999 Dez;61 Spec No:S184–190.
19. Wasem J., Hessel F. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsökonomie. *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin: Konzepte, Methoden, Anwendung*. Landsberg: ecomed Verlagsgesellschaft; p. 319–51.
20. Ishak WW, Balayan K, Bresee C, et al. A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation [Internet]*. 2012 Apr 29 [zitiert 2012 Sep 6]; Available von: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22544416>
21. Saarni SI, Viertiö S, Perälä J, Koskinen S, Lönnqvist J, Suvisaari J. Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *Br J Psychiatry*. 2010 Nov;197(5):386–94.
22. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Feb;26(1):13–7.
23. Berlim MT, McGirr A, Fleck MP. Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression? *Psychiatry Res*. 2008 Sep 30;160(3):364–71.
24. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiament PP, De Vries J. Relationships between demographic variables and quality of life in a population

- of Dutch adult psychiatric outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005 Juli;40(7):588–94.
25. Kuehner C, Buerger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord.* 2005 Juni;86(2-3):205–13.
  26. Mittal D, Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, Wetherell JL. Impact of comorbid anxiety disorders on health-related quality of life among patients with major depressive disorder. *Psychiatr Serv.* 2006 Dez;57(12):1731–7.
  27. Skevington SM, Wright A. Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry.* 2001 März;178:261–7.
  28. Lenz G, Demal U. Quality of life in depression and anxiety disorders: an exploratory follow-up study after intensive inpatient cognitive behaviour therapy. *Psychopathology.* 2000 Dez;33(6):297–302.
  29. Jung Y-E, Seo H-J, Song HR, et al. Factors associated with subjective quality of life in Korean patients with depressive disorders: the CRESCEND study. *Qual Life Res.* 2012 Aug;21(6):967–74.
  30. Kuehner C. Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Juli;106(1):62–70.
  31. Priebe S, Kaiser W, Huxley PJ, Röder-Wanner UU, Rudolf H. Do different subjective evaluation criteria reflect distinct constructs? *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998 Juli;186(7):385–92.
  32. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry.* 1997 Jan;154(1):99–105.
  33. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H, Stengler-Wenzke K. Depression and quality of life: results of a follow-up study. *Int J Soc Psychiatry.* 2002 Sep;48(3):189–99.
  34. Ishak WW, Brown K, Aye SS, Kahloon M, Mobaraki S, Hanna R. Health-related quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2012 Feb;14(1):6–18.
  35. Brieger P, Röttig S, Marneros A. [Quality of life in unipolar depressive and bipolar affective patients]. *Psychiatr Prax.* 2004 Sep;31(6):304–9.
  36. Hayhurst H, Palmer S, Abbott R, Johnson T, Scott J. Measuring health-related quality of life in bipolar disorder: relationship of the EuroQol (EQ-5D) to condition-specific measures. *Qual Life Res.* 2006 Sep;15(7):1271–80.

## 6 Literaturverzeichnis

37. Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disord.* 2005 Apr;7(2):159–65.
38. Goossens PJJ, Hartong EGTM, Knoppert-van der Klein EAM, van Achterberg T. Self-reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder. *Perspect Psychiatr Care.* 2008 Okt;44(4):275–84.
39. Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Gutiérrez-Ariza JA, Ruiz-Veguilla M, Jurado D. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disord.* 2008 Juli;10(5):625–34.
40. Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Andreazza AC, et al. Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. *Can J Psychiatry.* 2007 März;52(3):175–81.
41. Cardoso BM, Kauer Sant'Anna M, Dias VV, Andreazza AC, Ceresér KM, Kapczinski F. The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol.* 2008 Sep;42(6):451–7.
42. Endicott J, Paulsson B, Gustafsson U, Schiöler H, Hassan M. Quetiapine monotherapy in the treatment of depressive episodes of bipolar I and II disorder: Improvements in quality of life and quality of sleep. *J Affect Disord.* 2008 Dez;111(2-3):306–19.
43. Michalak EE, Yatham LN, Wan DDC, Lam RW. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Can J Psychiatry.* 2005 Feb;50(2):95–100.
44. Kilian R, Matschinger H, Angermeyer M. Die subjektive Lebensqualität bei Patienten mit somatischen und psychischen Erkrankungen in stationärer Behandlung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung: Eine Anwendung des WHOQOL-BREF. *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive.* Göttingen: Hogrefe; 2000. p. 79–97.
45. Xiang Y-T, Weng Y-Z, Leung C-M, Tang W-K, Ungvari GS. Subjective quality of life in outpatients with schizophrenia in Hong Kong and Beijing: relationship to socio-demographic and clinical factors. *Qual Life Res.* 2008 Feb;17(1):27–36.
46. Caron J, Mercier C, Diaz P, Martin A. Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Res.* 2005 Dez 15;137(3):203–13.
47. Koivumaa-Honkanen HT, Viinamäki H, Honkanen R, et al. Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1996 Nov;94(5):372–8.

## 6 Literaturverzeichnis

48. Dunó R, Pousa E, Domènech C, Díez A, Ruiz A, Guillamat R. Subjective quality of life in schizophrenic outpatients in a Catalan urban site. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2001 Okt;189(10):685–90.
49. Ruggeri M, Gater R, Bisoffi G, Barbui C, Tansella M. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 5. *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Feb;105(2):131–40.
50. Górna K, Jaracz K, Rybakowski F, Rybakowski J. Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland: a longitudinal study. *Qual Life Res.* 2008 März;17(2):237–47.
51. Yanos PT, Rosenfield S, Horwitz AV. Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Ment Health J.* 2001 Okt;37(5):405–19.
52. Karow A, Moritz S, Lambert M, Schoder S, Krausz M. PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. *Psychopathology.* 2005 Dez;38(6):320–6.
53. Tollefson GD, Andersen SW. Should we consider mood disturbance in schizophrenia as an important determinant of quality of life? *J Clin Psychiatry.* 1999;60 Suppl 5:23–29; discussion 30.
54. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr. Res.* 2001 Sep 1;51(2-3):171–80.
55. Huxley P, Warner R. Case management, quality of life, and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry.* 1992 Aug;43(8):799–802.
56. Bebbington PE, Angermeyer M, Azorin J-M, Marwaha S, Marteau F, Toumi M. Side-effects of antipsychotic medication and health-related quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2009;(438):22–8.
57. Ritsner M, Kurs R. Quality of Life Impairment in Severe Mental Illness: Focus on Schizoaffective Disorders. *Schizoaffective Disorders: New Research.* New York: Nova Science Publishers, Inc.; 2006. p. 69–108.
58. Comer JS, Blanco C, Hasin DS, et al. Health-related quality of life across the anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry.* 2011 Jan;72(1):43–50.
59. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2005 März;193(3):196–202.

## 6 Literaturverzeichnis

60. Wittchen HU, Fuetsch M, Sonntag H, Müller N, Liebowitz M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur. Psychiatry*. 2000 Feb;15(1):46–58.
61. Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2003 März;48(2):72–7.
62. Davidson JRT, Bose A, Wang Q. Safety and efficacy of escitalopram in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005 Nov;66(11):1441–6.
63. Rufer M, Albrecht R, Schmidt O, et al. Changes in quality of life following cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *Eur. Psychiatry*. 2010 Jan;25(1):8–14.
64. Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, et al. A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005 Dez;62(12):1332–41.
65. Ready RE, Ott BR. Quality of Life measures for dementia. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:11.
66. Lucas-Carrasco R, Skevington SM, Gómez-Benito J, Rejas J, March J. Using the WHOQOL-BREF in persons with dementia: a validation study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2011 Okt;25(4):345–51.
67. Ettema TP, Dröes R-M, de Lange J, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. A review of quality of life instruments used in dementia. *Qual Life Res*. 2005 Apr;14(3):675–86.
68. Scocco P, Fantoni G, Caon F. Role of depressive and cognitive status in self-reported evaluation of quality of life in older people: comparing proxy and physician perspectives. *Age Ageing*. 2006 März;35(2):166–71.
69. Ready RE, Ott BR, Grace J. Patient versus informant perspectives of Quality of Life in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 März;19(3):256–65.
70. Banerjee S, Samsi K, Petrie CD, et al. What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Jan;24(1):15–24.
71. Livingston G, Cooper C, Woods J, Milne A, Katona C. Successful ageing in adversity: the LASER-AD longitudinal study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr*. 2008 Juni;79(6):641–5.



## 6 Literaturverzeichnis

72. Corder Z, Blass DM, Rabins PV, Black BS. Quality of life in nursing home residents with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Dez;58(12):2394–400.
73. Cooper C, Bebbington P, Katona C, Livingston G. Successful aging in health adversity: results from the National Psychiatric Morbidity Survey. *Int Psychogeriatr.* 2009 Okt;21(5):861–8.
74. Cipher DJ, Clifford PA. Dementia, pain, depression, behavioral disturbances, and ADLs: toward a comprehensive conceptualization of quality of life in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004 Aug;19(8):741–8.
75. Hoe J, Katona C, Orrell M, Livingston G. Quality of life in dementia: care recipient and caregiver perceptions of quality of life in dementia: the LASER-AD study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007 Okt;22(10):1031–6.
76. González-Salvador T, Lyketsos CG, Baker A, et al. Quality of life in dementia patients in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000 Feb;15(2):181–9.
77. Cooper C, Mukadam N, Katona C, et al. Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2012 Juni;24(6):856–70.
78. Cooper C, Mukadam N, Katona C, et al. Systematic Review of the Effectiveness of Pharmacologic Interventions to Improve Quality of Life and Well-being in People With Dementia. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* [Internet]. 2012 Jan 12 [zitiert 2012 Sep 6]; Available von: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22245881>
79. Donovan D, Mattson ME, Cisler RA, Longabaugh R, Zweben A. Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol Suppl.* 2005 Juli;(15):119–139; discussion 92–93.
80. da Silva Lima AFB, Fleck M, Pechansky F, de Boni R, Sukop P. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Qual Life Res.* 2005 März;14(2):473–8.
81. Lahmek P, Berlin I, Michel L, Berghout C, Meunier N, Aubin H-J. Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *Int J Med Sci.* 2009;6(4):160–7.
82. Morgan MY, Landron F, Lehert P. Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2004 Jan;28(1):64–77.
83. Morgan TJ, Morgenstern J, Blanchard KA, Labouvie E, Bux DA. Health-related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. *Am J Addict.* 2003 Juni;12(3):198–210.

## 6 Literaturverzeichnis

84. Daeppen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1998 Nov;24(4):685–94.
85. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters TJ. Quality of life in alcohol-dependent subjects--a review. *Qual Life Res*. 1999 Mai;8(3):255–61.
86. Tracy EM, Laudet AB, Min MO, et al. Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2012 Aug 1;124(3):242–9.
87. Ginieri-Coccosis M, Liappas IA, Tzavellas E, Triantafillou E, Soldatos C. Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: the use of WHOQOL-100. *In Vivo*. 2007 Feb;21(1):99–106.
88. Wittchen HU et al. (Hrsg). Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III-R. Weinheim: Beltz; 1989.
89. Weyer G. Internationale Skalen für Psychiatrie. Göttingen: Beltz-Test; 2005.
90. Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H. WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutsche Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe; 2000.
91. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004 März;13(2):299–310.
92. The WHOQOL-Group 1998. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *46:1569–85*.
93. Pukrop R. [For and against: is quality of life a meaningful indicator of outcome? Against]. *Psychiatr Prax*. 2006 Okt;33(7):314–6.
94. Herrman H, Hawthorne G, Thomas R. Quality of life assessment in people living with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Nov;37(11):510–8.
95. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiament PP, De Vries J. Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Qual Life Res*. 2005 Feb;14(1):151–60.
96. Picardi A, Rucci P, de Girolamo G, Santone G, Borsetti G, Morosini P. The quality of life of the mentally ill living in residential facilities: findings from a

## 6 Literaturverzeichnis

- national survey in Italy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Sep;256(6):372–81.
97. Tempier R, Caron J, Mercier C, Leouffre P. Quality of life of severely mentally ill individuals: a comparative study. *Community Ment Health J*. 1998 Okt;34(5):477–85.
98. Huguelet P, Koellner V, Boulguy S, et al. Effects of an assertive community program in patients with severe mental disorders and impact on their families. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2012 Juni;66(4):328–36.
99. Angermeyer M, Kilian R, Katschnig H. Psychotropic medication and quality of life. *Quality of life in mental disorders*. 2. Aufl. New York: Wiley, Chichester; 2006.
100. Akvardar Y, Akdede BB, Ozerdem A, Eser E, Topkaya S, Alptekin K. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2006 Dez;60(6):693–9.
101. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):851–8.
102. Skevington SM. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *World Health Organisation Quality of Life Assessment. Qual Life Res*. 2002 März;11(2):135–44.
103. Franz M, Meyer T, Reber T, Gallhofer B. The importance of social comparisons for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients. *Qual Life Res*. 2000;9(5):481–9.
104. von Steinbüchel N, Lischetzke T, Gurny M, Winkler I, The WHOQOL-OLD Group. Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität älterer Menschen mit dem WHOQOL-BREF-Fragebogen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*. 2005;14(1):13–23.
105. Candilis PJ, McLean RY, Otto MW, et al. Quality of life in patients with panic disorder. *J. Nerv. Ment. Dis*. 1999 Juli;187(7):429–34.
106. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, De Vries J, Hodiament PP. Relationships between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Int J Soc Psychiatry*. 2007 Jan;53(1):36–47.
107. Hansson L. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2006;(429):46–50.
108. Kao Y-C, Liu Y-P, Chou M-K, Cheng T-H. Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Compr Psychiatry*. 2011 Apr;52(2):171–80.

## 6 Literaturverzeichnis

109. Corrigan PW, Sokol KA, Rüschi N. The Impact of Self-Stigma and Mutual Help Programs on the Quality of Life of People with Serious Mental Illnesses. *Community Ment Health J* [Internet]. 2011 Okt 22 [zitiert 2012 Sep 6]; Available von: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22038373>
110. Hoffmann H, Kupper Z, Zbinden M, Hirsbrunner H-P. Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003 Feb;38(2):76–82.
111. Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophr Bull*. 1998;24(3):469–77.
112. Rüesch P, Graf J, Meyer PC, Rössler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Sep;39(9):686–94.
113. Mercier C, Péladeau N, Tempier R. Age, gender and quality of life. *Community Ment Health J*. 1998 Okt;34(5):487–500.
114. Vatne S, Bjørkly S. Empirical evidence for using subjective quality of life as an outcome variable in clinical studies A meta-analysis of correlates and predictors in persons with a major mental disorder living in the community. *Clin Psychol Rev*. 2008 Juni;28(5):869–89.
115. Lépine J-P, Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol*. 2004 Okt;19 Suppl 1:S3–7.
116. Watson HJ, Swan A, Nathan PR. Psychiatric diagnosis and quality of life: the additional burden of psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry*. 2011 Juni;52(3):265–72.
117. Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira IL. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *J Psychiatr Res*. 2005 Juli;39(4):409–14.
118. de Abreu LN, Nery FG, Harkavy-Friedman JM, et al. Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I. *Compr Psychiatry*. 2012 Feb;53(2):125–9.
119. Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C. Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: a naturalistic study. *Soc Sci Med*. 2007 Okt;65(7):1420–9.
120. Henkel H, Schmitz M, Berghofer G, et al. Die Lebensqualität psychisch Kranker. *Wiener Med Wochenschrift*. 2000;3:32–6.

## 7 Abkürzungsverzeichnis

ADS	Alcohol Dependence Scale
BAI	Beck Angst Inventar
BSS	Beeinträchtigungsschwere Score
bzw.	beziehungsweise
CGI	Clinical Global Impression Scale
CMAI	Cohen Mansfield Agitation Inventory Score
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
d.h.	das heißt
DemTect	Demenz-Detektion
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierte Auflage
GAF	Global Assessment of Functioning
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10.Revision
IV	Integrierte Versorgung
k.A.	keine Angaben
KI	Konfidenzintervall
LQ	Lebensqualität
MADRS	Montgomery- Åsberg Depression Scale
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
SCL-27	Symptom-Checkliste-27
SF-36	Short Form 36 Health Survey
SOP	Standards of Operating Procedures
u.a.	unter anderem

## 7 Abkürzungsverzeichnis

vs.	versus
WHO	World Health Organization
WHOQOL-BREF	Kurzversion des World Health Organization Quality of Life Fragebogens
YBOCS	Yale Brown Obsessive Scale
YMRS	Young Mania Rating Scale

## 8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Domäne Physisches Wohlbefinden (WHOQOL-BREF) getrennt nach Hauptdiagnosen .....	43
Abbildung 2: Domäne Psychisches Wohlbefinden (WHOQOL-BREF) getrennt nach Hauptdiagnosen .....	44
Abbildung 3: Domäne Soziale Beziehungen (WHOQOL-BREF) getrennt nach Hauptdiagnosen .....	45
Abbildung 4: Domäne Umweltbedingungen (WHOQOL-BREF) getrennt nach Hauptdiagnosen .....	46
Abbildung 5: Domäne Globale Beurteilung (WHOQOL-BREF) getrennt nach Hauptdiagnosen .....	47

## 9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Charakteristika der gesamten klinischen Stichprobe sowie stratifiziert nach Hauptdiagnosen .....	34
Tabelle 2: Psychiatrisch-anamnestische Charakteristika der gesamten klinischen Stichprobe sowie stratifiziert nach Hauptdiagnosen .....	36
Tabelle 3: Klinischer Befund der gesamten klinischen Stichprobe sowie stratifiziert nach Hauptdiagnosen .....	39
Tabelle 4: Lebensqualität (WHOQOL-BREF) der gesamten klinischen Stichprobe sowie stratifiziert nach Hauptdiagnosen .....	41
Tabelle 5: Lebensqualität (WHOQOL-BREF) der gesamten klinischen Stichprobe stratifiziert nach soziodemographischen Merkmalen .....	49
Tabelle 6: Lebensqualität (WHOQOL-BREF) der gesamten klinischen Stichprobe stratifiziert nach psychiatrisch-anamnestischen Merkmalen .....	51
Tabelle 7: Lebensqualität (WHOQOL-BREF) der gesamten klinischen Stichprobe stratifiziert nach klinischen Merkmalen .....	53
Tabelle 8: Prädiktion der Lebensqualität (WHOQOL-BREF) der gesamten klinischen Stichprobe mittels univariater mehrfaktorieller Varianzanalysen .....	56



## 10 Eidesstattliche Versicherung

Ich, Luise Martin, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Lebensqualität schwer psychisch Kranker – eine Querschnittserhebung in der Integrierten Versorgung“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum

Unterschrift

## **11 Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## 12 Publikationsliste

1. Gonzalez MA, Martin L, Munoz S, Jacobson JO. Patterns, trends and sex differences in HIV/AIDS reported mortality in Latin American countries: 1996-2007. BMC Public Health. 2011 Jul 29;11:605.
2. Weinmann S, Roick C, Martin L, Willich S, Becker T. Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. Epidemiol Psychiatr Soc. 2010 Jan-Mar;19(1):52-62.