

C. Angermeyer, R. Kilian & H. Matschinger:
Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM
 Hogrefe Verlag, Göttingen

1 Testgrundlagen

Im Rahmen eines internationalen Projektes der WHO zur Erfassung von Lebensqualität wurde in Kooperation von Forschungszentren aus verschiedenen Kulturkreisen und Staaten der Fragebogen WHOQOL-100 entwickelt. Damit sollte eine interkulturell akzeptierte Erfassung von Lebensqualität ermöglicht werden, wobei kulturelle Unterschiede, Unterschiede im Grad der Industrialisierung,

der medizinischen Versorgung und anderer sozioökonomischer Aspekte berücksichtigt wurden, die Einfluss auf die Lebensqualität haben können.

Der WHOQOL-100 umfasst 100 Items, die sechs Domänen im Sinne von Bereichen der Lebensqualität zugeordnet sind. Jede Domäne ist wiederum in verschiedene Facetten untergliedert (s. Tabelle 1).

Die Items werden auf einer fünfstufigen Skala beantwortet. Aus allen 100 Items wird außerdem ein Gesamtwert für die globale Lebensqualität errechnet.

Für die Beantwortung des WHOQOL wurden fünf verschiedene „Skalentypen“ entwickelt, da je nach abgefragtem Bereich entweder Intensität, Kapazität, Häufigkeit, Bewertung oder Wichtigkeit des jeweiligen Merkmals von Lebensqualität eingeschätzt werden. Diesen „Skalentypen“ wurden jeweils auch unterschiedliche Ankerpunkte zur Beantwortung zugeordnet (z.B. „überhaupt nicht“ bis „äußerst“ oder „überhaupt nicht“ bis „äußerst viel“ oder „sehr

schlecht“ bis „sehr gut“ oder „niemals“ bis „immer“).

Die deutschsprachige Version des WHOQOL-100 wurde von ANGERMEYER, KILIAN & MATSCHINGER (2000) vorgelegt. Sie wurde in zwei Großstädten in West- und Ostdeutschland (Mannheim, Leipzig) sowie in Österreich und in der Schweiz normiert. Die Übertragung des original in englischer Sprache vorliegenden WHOQOL Instrumentes in die deutsche Sprache folgte einer international einheitlichen und von der WHO vorgegebenen Prozedur. Hierzu gehören u.a. die Übersetzung durch bilinguale Expertengruppen, die Durchführung von Fokusgruppen mit Patienten, Personen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen und medizinischen Experten sowie die Rückübersetzung ins Englische, die vom WHOQOL-Koordinationszentrum geprüft wurde. Damit soll die internationale Vergleichbarkeit des Instrumentes gesichert werden.

Von ANGERMEYER et al. (2000) wurde außerdem als Kurzform der WHOQOL-BREF entwickelt und standardisiert, da sich der Umfang der Originalversion insbesondere bei der Untersuchung von Patientengruppen als schwierig erweisen kann. Die Kurzform umfasst lediglich noch 24 Items. Diese decken alle Bereiche der Lebensqualität ab, wie sie auch von der WHOQOL-100 erfasst werden, wobei einige Domänen der Originalversion zusammengefasst wurden. Alle ursprünglichen Itemformulierungen der deutschen Originalversion wurden beibehalten.

Zusätzlich zu den WHOQOL Instrumenten kann mit den „WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit von Lebensbereichen“ die subjektive Bedeutung jeder Facette des WHOQOL-100 erhoben werden.

Tabelle 1: Domänen und Facetten des WHOQOL-100

Domänen	Facetten
Physisch	Schmerz Energie Schlaf
Psychisch	Positive Gefühle Denken Selbstwert Körper Negative Gefühle
Unabhängigkeit	Mobilität Aktivität Medikation Arbeitsfähigkeit
Soziale Beziehungen	Soziale Beziehungen Soziale Unterstützung Sexualität
Umwelt	Sicherheit Wohnung Finanzielle Ressourcen Gesundheitsversorgung Information Freizeit Umwelt Transport
Spiritualität	Spiritualität

1.1 Diagnostische Zielsetzung

Der WHOQOL-100 und der WHOQOL-BREF wurden zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität entwickelt, wobei der Anspruch eines interkulturell vergleichbaren Konzepts verfolgt wurde. Aspekte der Lebensqualität werden im physischen Bereich, im psychischen Bereich, im Bereich der Unabhängigkeit, der sozialen Beziehungen, der Umweltressourcen und der Spiritualität erfasst. Die Instrumente sollen für verschiedene Patientengruppen und für Men-

schen mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen einsetzbar sein.

Die Autoren nennen als Anwendungsbereiche des WHOQOL Instrumentes

- die klinische Praxis (Erfassung des subjektiven Erlebens von Patienten als Kriterium für die Entscheidung über medizinische Behandlungen oder pflegerische Maßnahmen),
- die klinische Forschung (Evaluation von Behandlungsmaßnahmen),
- die epidemiologische Forschung (Erfassung von Beeinträchtigungen von Lebensbedingungen durch Erkrankungen) und die
- Qualitätssicherung medizinischer Versorgungsleistungen, wobei durch die interkulturelle Vergleichbarkeit des WHOQOL auch unterschiedliche Versorgungssysteme miteinander verglichen werden könnten.

1.2 Theoretische Grundlagen

Der Erfassung von Lebensqualität liegt folgende Definition zugrunde: „Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (ANGERMAYER et al., 2000, S. 10).

1.3 Nachvollziehbarkeit der Testkonstruktion

Für die Entwicklung eines gemeinsamen Konzeptes aller beteiligten Forschungszentren und zur Konkretisierung der relevanten inhaltlichen Bereiche von Lebensqualität, die zur Bildung der o.g. Domänen und Facetten führte, verweisen die Autoren lediglich auf die internationale Literatur zur Lebensqualität. Eine ausführlichere Diskussion theoretischer Konzepte von Lebensqualität, aus der das für die Fragebogenentwicklung zugrundeliegende Konzept entwickelt wurde, erfolgt im Handbuch der deutschsprachigen Version nicht. Allgemein wird auf die Definition der WHO von Gesundheit hingewiesen, wonach Gesundheit als „Zustand umfassenden physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“ verstanden wird.

Die endgültige Form der Fragebögen wurde in einer Folge international ver-

gleichender qualitativer Pilotstudien in 11 Forschungszentren in verschiedenen Ländern und im Rahmen von Fokusgruppen mit Patienten, Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen und medizinischen Experten entwickelt.

Die Generierung eines Itempools, die Entwicklung international äquivalenter Antwortskalen und die Selektionsschritte einschließlich der zugrundeliegenden psychometrischen Kriterien zur Itemselektion bis zu den letztlich verbliebenen 100 Items sind im Handbuch zusammenfassend beschrieben und begründet. Für Details der psychometrischen Überprüfung und der Selektionsschritte wird aber lediglich auf eine frühere Veröffentlichung der WHOQOL-Gruppe verwiesen.

Die Entwicklungsschritte zur Übertragung der Originalversion des WHOQOL in die deutschsprachige Version ist knapp, aber nachvollziehbar beschrieben. Die Beschreibung der Fokusgruppen (Gesunde, Patienten Psychiatrie, Patienten allgemein / Experten), die an der Überprüfung der deutschsprachigen Version beteiligt waren, hätte allerdings ausführlicher erfolgen sollen. So finden sich lediglich Angaben zum durchschnittlichen Alter und zum Prozentanteil der Frauen, aber keine weiteren Angaben zu soziodemographischen Daten und zur Vergleichbarkeit der Gruppen in diesen Merkmalen. Hinsichtlich des durchschnittlichen Alters der einzelnen Fokusgruppen bestehen z.T. deutliche Unterschiede. Da Lebensqualität auch von kulturellen Einflüssen abhängt und diesbezüglich auch Kohortenunterschiede zu erwarten sind, ist anzunehmen, dass die Altersunterschiede zwischen den verschiedenen Fokusgruppen auch Einfluss auf die jeweiligen Ergebnisse der Gruppen hatten. Die im Handbuch an anderer Stelle berichteten Korrelationen zwischen der Wichtigkeit von einzelnen Bereichen der Lebensqualität und dem Lebensalter weisen darauf hin. Dieser Aspekt wird aber im Handbuch nicht näher diskutiert.

2 Testdurchführung

2.1 Beschreibung des Testmaterials

Der WHOQOL-100 und der WHOQOL-BREF sind als Fragebögen konzipiert,

die von den Proband/-innen selbst ausgefüllt werden. Die Fragebögen befinden sich auf einer CD-ROM als PDF-Datei, die dem Testhandbuch beiliegt. Sie können somit von den Anwendern selbst ausgedruckt werden.

2.2 Durchführungsobjektivität

Nach den Angaben im Testhandbuch soll der Proband eingangs eine kurze „Einführung in den Gegenstand der Untersuchung“ erhalten. Diese Einführung ist nicht standardisiert, so dass hier Einflussmöglichkeiten durch den / die Testleiter/in nicht ausgeschlossen werden können. Auf der ersten Seite der Fragebögen befinden sich zusätzliche Instruktionen für Probanden. Diese verbessern die Durchführungsobjektivität.

2.3 Transparenz

Die Instruktionen gehen ausdrücklich auf den Aspekt der Lebensqualität und die Beurteilung der Gesundheit und anderer Lebensbereiche ein. Die Transparenz der Befragung ist dadurch für Probanden prinzipiell gegeben.

2.4 Zumutbarkeit

Die Bearbeitungsdauer wird für den WHOQOL-100 mit 30–45 Minuten angegeben. Insbesondere für Patienten oder für ältere Menschen dürfte dies mit Einschränkungen der Zumutbarkeit verbunden sein. Von den Autoren wird dies auch einschränkend bemerkt. Aus diesem Grund wurde die Kurzversion WHOQOL-BREF entwickelt, die nach Angaben der Autoren in 5–10 Minuten beantwortet werden kann. Dies ist auch für das klinische Setting zumutbar.

Nach Angaben der Autoren „liegen bislang keine Hinweise darauf vor, dass eine Bearbeitung der Fragebögen bei einer der untersuchten Gruppen mit Problemen verbunden wäre“ (S. 25).

2.5 Verfälschbarkeit und Störanfälligkeit

Angaben hierzu liegen von den Testautoren nicht vor. Da die Transparenz der Fragebögen gegeben ist, ist eine ab-

sichtsvolle Verfälschung durch ProbandInnen grundsätzlich möglich. Die Autoren machen keine Angaben zur Kontrolle gegenüber einer möglichen Verfälschung.

Die wechselnden Antwortkategorien und die kleine Schrift der Fragebögen könnten bei (älteren) Menschen mit Sehbeeinträchtigungen einen Störfaktor darstellen.

3 Testverwertung

3.1 Auswertungsobjektivität

Im Handbuch befinden sich genaue Rechenoperationen, um aus den im Fragebogen angekreuzten Werten die entsprechenden Facetten und Domänenwerte zu bilden. Da dies allerdings sehr komplex ist, ist auf einer dem Handbuch beigefügten CD-ROM eine Programmsyntax enthalten, mit dem die Facetten- und Domänenwerte mit Hilfe des Statistikprogrammpakets SPSS-PC berechnet werden können. Damit ist eine hohe Auswertungsobjektivität gegeben.

3.2 Zuverlässigkeit

Das Testhandbuch enthält Angaben zur inneren Konsistenz (Cronbach's α), zu Konfidenzintervallen der internen Konsistenz und zur Composite Reliability der Domänen.

Diese Angaben zum WHOQOL-100 wurden in einer Pilotstudie mit insgesamt 1528 Personen ermittelt, davon 738 Personen aus der Allgemeinbevölkerung und 790 Personen aus unterschiedlichen Patientengruppen (Gastroenterologie, Innere Medizin, Intensivmedizin, Urologie, Orthopädie, Nephrologie, Gynäkologie, Tinnitusambulanz, Psychiatrie). Cronbach's α liegt für die Domänen zwischen 0,70 (physische Domäne) und 0,90 (Spiritualität) in der Gesamtstichprobe. In der Allgemeinbevölkerung liegen die Werte zwischen 0,72 (physische Domäne) und 0,89 (Spiritualität), für somatische Patienten zwischen 0,68 (physische Domäne und soziale Beziehungen) und 0,86 (Spiritualität), und für psychiatrische Patienten zwischen 0,59 (physische Domäne) und 0,91 (Spiritualität). In den Facetten liegen 15 Bereiche unter 0,70, so dass die innere Konsistenz nicht für

alle Facetten als zufriedenstellend bewertet werden kann.

Die Berechnung der Composite Reliability zeigt, dass „die interne Konsistenz der Teilskalen des Instrumentes einer subgruppenspezifischen Variation unterliegt“ (S. 43); insbesondere in den Patientengruppen (psychisch bzw. somatisch) ist die Zuverlässigkeit des Instrumentes unterschiedlich zu bewerten.

Die Berechnung der Zuverlässigkeit des WHOQOL-BREF beruht auf einer Befragung von 2073 Personen der Allgemeinbevölkerung aus den neuen und alten Bundesländern sowie auf einer Befragung von 261 somatischen und 98 psychiatrischen Patienten. Die interne Konsistenz für die Gesamtstichprobe liegt zwischen 0,76 (soziale Beziehungen) und 0,88 (physische Domäne), für die Allgemeinbevölkerung zwischen 0,77 (soziale Beziehungen) und 0,87 (physische Domäne), für somatische Patienten zwischen 0,57 (soziale Beziehungen) und 0,82 (physische Domäne) und für psychiatrische Patienten zwischen 0,72 (soziale Beziehungen) und 0,83 (psychische Domäne).

Die Berechnung der Composite Reliability erbrachte wie für die WHOQOL-100 subgruppenspezifische Unterschiede, so dass „es der Anwender nicht versäumen sollte, die Struktur des Instruments (...) für seine Stichprobe zu bestimmen“ (S. 56).

3.3 Gültigkeit

Für die Beurteilung der Validität des WHOQOL finden sich im Handbuch Angaben zur inhaltlichen und zur Konstruktvalidität. Angaben zur Kriteriumsvalidität werden nicht gemacht, „da die Festlegung eines allgemein akzeptierten Kriteriums für die Lebensqualität äußerst schwierig ist“ (S. 44).

Die inhaltliche Validität ist entsprechend der Autoren dadurch gegeben, dass die Definitionen der Facetten und der Items sowie die Festlegung relevanter Bereiche der Lebensqualität auf Diskussionen in Fokusgruppen mit Patienten, medizinischen Experten und gesunden Personen aus der Allgemeinbevölkerung beruhen.

Für die Prüfung der Konstruktvaliditäten finden sich Ergebnisse der Prüfung von Mittelwertsunterschieden zwischen der Allgemeinbevölkerung, somatischen

Patienten und psychiatrischen Patienten. Theoriegemäß sollten Patientengruppen eine schlechtere Lebensqualität aufweisen als Gesunde.

Während die gesunden Probanden und die somatischen Patienten sich in vier Domänen signifikant in der erwarteten Richtung unterscheiden, sind sie in den Domänen „Soziale Beziehungen“, „Umwelt“ und „Spiritualität“ vergleichbar. Dagegen sind die Unterschiede zwischen Gesunden und psychiatrischen Patienten in allen Domänen in der erwarteten Richtung signifikant. Die beobachteten Unterschiede auf der Ebene der Facetten lassen sich ebenfalls plausibel im Sinne einer geringeren Lebensqualität von Gesunden und Patienten interpretieren.

Damit kann die Konstruktvalidität des WHOQOL-100 als gegeben angenommen werden.

Die Konstruktvalidität des WHOQOL-BREF wurde nach den gleichen Kriterien wie beim WHOQOL-100 beurteilt. Mit Ausnahme der Gesamteinschätzung der Lebensqualität unterscheiden sich die Gesunden von den Patientengruppen in allen Domänen in der erwarteten Richtung. Mittelwertsunterschiede auf Itemebene entsprechen zum Teil den Facettenunterschieden des WHOQOL-100, in einzelnen Items ergeben sich Abweichungen von der Verteilung auf der Ebene der Facetten.

Zusätzlich werden für den WHOQOL-BREF Ergebnisse diagnosespezifischer Mittelwertsvergleiche dargestellt, die (mit wenigen Ausnahmen) weitgehend in die erwartete Richtung weisen und spezifische Einbußen der Lebensqualität entsprechend der jeweiligen Diagnosegruppe in plausibler Weise widerspiegeln. Somit kann auch die Konstruktvalidität des WHOQOL-BREF als gegeben betrachtet werden.

Hierzu ist aber anzumerken, dass sich für einzelne Bereiche im WHOQOL-100 bzw. im WHOQOL-BREF signifikante Unterschiede zwischen den Normierungstichproben finden, die in der jeweils anderen Fragebogenversion nicht signifikant sind (tendenziell aber in die gleiche Richtung weisen). So bestehen beispielsweise zwischen der Allgemeinbevölkerung und somatischen Patienten im Hinblick auf Denken, Selbstwert und Körpergefühl keine Unterschiede in der 100-Item-Version, während sich in der Kurzversion signifikante Differenzen beobachten lassen. Durch die Verringerung

der Itemzahl im WHOQOL-BREF scheint es also zu Akzentverschiebungen zu kommen. Bei spezifischen Fragestellungen sollte demnach berücksichtigt werden, dass je nach verwendeter Fragebogenversion einzelne Bereiche der Lebensqualität unterschiedlich deutlich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen differenzieren.

3.4 Normierung

Im Testhandbuch befinden sich Vergleichswerte (Mittelwerte, Standardabweichungen) für den WHOQOL-100 und den WHOQOL-BREF für die einzelnen Domänen und den Gesamtwert. Basis für den WHOQOL-100 ist eine Zufallsstichprobe der Erwachsenenbevölkerung von Leipzig und Mannheim, für den WHOQOL-BREF eine Repräsentativerhebung der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Die Vergleichswerte werden differenziert nach Geschlecht sowie nach acht Altersgruppen berichtet (bis 25 Jahre, 26–35 Jahre, 36–45 Jahre, 46–55 Jahre, 56–65 Jahre, 66–75 Jahre, 76–85 Jahre, > 85 Jahre). Für somatische und psychiatrische Patienten werden allerdings keine nach diesen Variablen differenzierten Vergleichswerte angegeben, so dass hierfür auf die Angaben für die Gesamtstichproben zur Prüfung der Diskriminanzvalidität der Domänen und Facetten im Handbuch zurückgegriffen werden muss. Insbesondere für klinische Studien wären hier aber differenziertere Vergleichswerte sinnvoll, da beispielsweise altersspezifische Unterschiede zu erwarten sind.

Prozenträge werden nicht angegeben. Auch Interkorrelationen zwischen den Domänen werden nicht dargestellt. An anderer Stelle im Handbuch wird lediglich ganz allgemein darauf verwiesen, dass „die jeweiligen Faktoren bereits im WHOQOL-100 sehr hoch korreliert sind“ (ANGERMEYER et al., 2000, S. 21). Regressionsanalysen zeigen den differentiellen Einfluss der Domänen auf den Gesamtwert der Lebensqualität.

Die „WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit“ wurden auf der Grundlage der Befragung von 738 Personen aus der Allgemeinbevölkerung, 449 somatischen Patienten und 341 psychiatrischen Patienten überprüft.

Für die „WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit“ werden neben Korrelationen mit dem Lebensalter die Mittelwertvertei-

lungen separat für Frauen und Männer bzw. für die Subgruppen Allgemeinbevölkerung, somatische Patienten und psychiatrische Patienten angegeben. Außerdem werden Rangreihen der Bereiche separat für diese Gruppen und zusätzlich für unter 40-Jährige und über 40-Jährige berichtet und Rangkorrelationen zwischen diesen Gruppen in bezug auf die Wichtigkeitsratings genannt. Die Resultate zeigen, dass in Vergleichsstudien „die Möglichkeit unterschiedlicher Präferenzstrukturen unbedingt in Betracht gezogen und nach Möglichkeit überprüft werden sollte“ (ANGERMEYER et al., S. 72).

3.5 Bandbreite

Der WHOQOL-100 und der WHOQOL-BREF sind Testverfahren zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Aufgrund der Konzeptualisierung des Begriffes von Lebensqualität durch die Berücksichtigung verschiedener Domänen bzw. Facetten wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität sehr breit erfasst. Aufgrund der Ergebnisse der Fokusgruppen ist anzunehmen, dass damit ein umfassendes Verständnis von Lebensqualität repräsentiert ist, wie es in der Allgemeinbevölkerung, bei Patienten und bei medizinischen Experten akzeptiert ist.

3.6 Informationsausschöpfung

Die Autoren sehen als Anwendungsbereich des WHOQOL u. a. eine Unterstützung bei der Indikation zu medizinischen Behandlungen sowie zur Qualitätssicherung in der Medizin. Da es sich um eine erst kürzlich erfolgte Neuentwicklung handelt, finden sich im Testhandbuch aber noch keine empirischen Belege, inwieweit dieser Anspruch erfüllt werden kann.

Die Geeignetheit des Instrumentes für die Therapiekontrolle geht aus den Angaben zur Änderungssensitivität (s. 3.7) hervor.

Da der WHOQOL interkulturell konzipiert ist und entwickelt wurde, besteht die Möglichkeit zur internationalen Vergleichbarkeit der erhobenen Befunde.

3.7 Änderungssensitivität

Die Angaben im Testhandbuch zur Änderungssensitivität beziehen sich auf

eine Studie mit 82 psychiatrischen Patienten, die wegen einer depressiven Episode behandelt wurden. Damit wird gezeigt, dass sich bei Patienten ohne Veränderung der Symptomatik bzw. bei jenen mit einer Verbesserung nach drei Monaten auch die Lebensqualität verbessert, wobei dies in der zweiten Gruppe stärker der Fall ist als in der ersten. Patienten mit einer Verschlechterung des diagnostischen Status verschlechtern sich in den Lebensqualitätswerten. Vergleichbare Ergebnisse finden sich auch für einen Follow-Up-Zeitraum von sechs Monaten.

Diese Ergebnisse sind insofern nicht überraschend, als viele Aspekte der erhobenen Lebensqualität Überschneidungen mit Depressivität aufweisen. Für andere, insbesondere somatische Patientengruppen, liegen im Testhandbuch keine Angaben zur Änderungssensitivität vor.

4 Testevaluation

4.1 Ökonomie

Der Test kostet komplett 248 DM. Darin enthalten sind die CD-ROM mit der Programmsyntax zur Auswertung des WHOQOL-100 bzw. WHOQOL-BREF sowie die Vorlagen für den Ausdruck der Testformulare. Aufgrund der Möglichkeit, die Testvorlagen nach Bedarf selbst auszudrucken und auch die Datenauswertung direkt über die Programmsyntax vorzunehmen, handelt es sich in dieser Beziehung um ein sehr ökonomisches Verfahren.

Die Bearbeitungszeit ist für den WHOQOL-100 mit etwa 45 Minuten relativ lang, insbesondere wenn man an Patientengruppen denkt. Als Alternative bietet sich aber die Kurzversion mit einer Bearbeitungszeit von rund 10 Minuten an, was sicherlich den Bedingungen im klinischen Setting eher entspricht.

4.2 Fairness

Systematische Verzerrungen durch bestimmte Probanden- bzw. Patientengruppen werden im Testhandbuch nicht berichtet. Die lange Bearbeitungsdauer des WHOQOL-100 und die kleine Schrift

der Fragebögen dürfte aber für stärker (somatisch oder psychisch) beeinträchtigte Patientengruppen oder geriatrische Patienten eine Belastung darstellen, die möglicherweise Einfluss auf die Bearbeitung hat.

4.3 Akzeptanz

Entsprechend der Angaben im Testhandbuch wird der Test auch von Patientengruppen gut akzeptiert. Darüber hinaus liegen noch keine dokumentierten Erfahrungen aus der Praxis vor.

4.4 Vergleichbarkeit

Die Autoren nennen verschiedene internationale Projekte zur Entwicklung von Lebensqualitätsinstrumenten. Eine diagnoseunabhängige Erfassung krankheitsbedingter funktionaler Beeinträchtigungen sowie eine subjektive Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes liefert das Instrument des EuroQoL-Projekts und des International Quality of Life Assessment Projektes (IQOLA). Diese Instrumente dürften am ehesten mit dem WHOQOL vergleichbar sein, wobei aber im WHOQOL auch noch andere Aspekte der Lebensqualität erfasst werden. Da andere Lebensqualitätsfragebögen meist auf einzelne Aspekte bezogen sind (z. B. Beeinträchtigungen durch Krankheitssymptome, emotionale Aspekte von Krankheit, krankheitsspezifische Instrumente), während der WHOQOL ein breiteres Verständnis von Lebensqualität umfasst, ist die Vergleichbarkeit mit anderen Instrumenten nur in Teilbereichen gegeben.

4.5 Bewährung

Der WHOQOL ist in der deutschsprachigen Version erst im Jahr 2000 erschienen, so dass noch keine ausreichenden Erkenntnisse zur Bewährung in der Forschung oder klinischen Praxis vorliegen. Die Testautoren berichten eine gute Akzeptanz in Patientengruppen.

5 Äußere Testgestaltung

Trotz des umfangreichen Fragepools des WHOQOL-100 ist die Fragebogengestaltung übersichtlich. Allenfalls der Wechsel der Antwortkategorien könnte die Beantwortung des Fragebogens erschweren. Die Schrift ist allerdings relativ klein.

6 Abschließende Bewertung

Der WHOQOL-100 und der WHOQOL-BREF sind Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität in unterschiedlichen Bereichen. Die Einbeziehung von verschiedenen „Domänen“ der Lebensqualität und deren Differenzierung in Facetten, die aus der internationalen Literatur zur Lebensqualitätsforschung abgeleitet wurden, sowie die Entwicklung der Fragebögen in Forschungszentren aus verschiedenen Kulturkreisen und Staaten unter Einbeziehung von Experten, Personen aus der Allgemeinbevölkerung und verschiedenen Patientengruppen lässt annehmen, dass mit diesen Instrumenten eine breite und international vergleichbare Erfassung der Lebensqualität möglich ist. In Vergleichsstudien ermöglicht die zusätzliche Verwendung der „WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit“ einen Vergleich der subjektiven Gewichtung der verschiedenen Facetten der Lebensqualität zwischen den Vergleichsgruppen. Da sich hierbei Frauen und Männer, Personen aus der Allgemeinbevölkerung, somatische und psychiatrische Patienten sowie unter 40-Jährige und über 40-Jährige in Teilbereichen unterscheiden, ist die Einbeziehung der „WHOQOL Fragen zur Wichtigkeit“ anzuraten.

Für Untersuchungen in Patientengruppen oder bei Probanden mit Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit bietet die Kurzversion gegenüber der Originalversion eine geeignete, weniger belastende und weitgehend vergleichbare Alternative. Bei spezifischen Fragestellungen sollte aber berücksichtigt werden, dass je nach verwendeter Fragebogenversion einzelne Bereiche der Lebensqualität unterschiedlich deutlich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen differenzieren.

Die Reliabilität der Instrumente kann (mit wenigen Ausnahmen) als zufriedenstellend bis gut eingeschätzt werden. Die beobachteten Mittelwertsunterschiede zwischen der Allgemeinbevölkerung, somatischen und psychiatrischen Patienten verweisen auf eine gute Konstruktvalidität. Die inhaltliche Validität kann weitgehend dadurch als gesichert angenommen werden, dass die Definitionen der Facetten und der Items sowie die Festlegung relevanter Bereiche der Lebensqualität auf Diskussionen in Fokusgruppen mit Patienten, medizinischen Experten und gesunden Personen aus der Allgemeinbevölkerung beruhen. Die Auswertungsobjektivität ist aufgrund der genau beschriebenen Auswertungsschritte bzw. der Möglichkeit zur EDV-gestützten Auswertung mittels der auf CD-ROM beigefügten SPSS-Syntax hoch. Die Durchführungsobjektivität erfährt insofern eine Einschränkung, als die vorgesehenen mündlichen Instruktionen durch den/die TestleiterIn nicht standardisiert sind. Auf dem Fragebogen selbst finden sich aber zusätzliche Instruktionen.

Für die Bewertung von Fragebogenergebnissen kann zum Vergleich auf die Mittelwertsangaben im Handbuch zurückgegriffen werden, die separat für Frauen und Männer, unterschiedliche Altersgruppen sowie Personen aus der Allgemeinbevölkerung, somatische Patienten und psychiatrische Patienten angegeben werden. Für somatische und psychiatrische Patienten werden allerdings keine nach Alter und Geschlecht differenzierten Vergleichswerte angegeben, so dass hierfür lediglich auf die Angaben für die Patientenstichproben zur Prüfung der Diskriminanzvalidität der Domänen und Facetten im Handbuch zurückgegriffen werden kann. Hier wäre eine nach Geschlecht und Alter ebenfalls differenzierte Darstellung ebenfalls nützlich gewesen.

Abzuwarten bleibt, inwieweit sich die Instrumente in der klinischen Praxis und der wissenschaftlichen Forschung bewähren.

Thomas Gunzelmann, Nürnberg & Elmar Brähler, Leipzig