

Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der ArztIn-PatientIn-Interaktion

Sabine Nezhiba

Wiener Linguistische Gazette
Institut für Sprachwissenschaft
Universität Wien
73 (2006): 47-68

Abstract

As each person can understand the essence of "quality of life" differently, it seems necessary to comprehend a given patient's perception in the process of medical diagnosis and therefore pay great attention to his or her reports and narrations. On that account the assessment by interview can be assumed to be more adequate than the use of a questionnaire. The fact that in medical practice primarily questionnaires are applied can be seen in a larger context of a general loss of communication in doctor-patient-interaction. For the purposes of this paper, an interview for patient-oriented assessment of health related quality of life was designed so as to satisfy both doctors' and patients' requirements. The interview was furthermore tested on patients and the information given by patients was compared to the data from the questionnaires. It was thus possible to point out a set of advantages of this form of interview assessment over the more common use of questionnaires.

1. Vorüberlegungen

Die Erfassung von Lebensqualität nimmt in der Medizin eine wichtige Rolle ein, da Lebensqualität ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheit und des Wohlbefindens ist. Besonders die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die diejenigen Aspekte beinhaltet, die medizinisch beeinflussbar sind, stellt ein wichtiges Kriterium, etwa zur Beurteilung von therapeutischen Maßnahmen, dar. Dass Lebensqualität von der subjektiven Wahrnehmung eines Individuums bestimmt wird, erschwert jedoch die Messbarkeit dieses Phänomens. Es ist von PatientInnen selbst abhängig, was diese für sich als Lebensqualität betrachten und inwieweit ihre Erwartungen erfüllt werden oder aber Beeinträchtigungen vorliegen, wodurch einzelne Auffassungen zur Bedeutung von Lebensqualität individuell stark variieren können. Nicht zuletzt deshalb existieren keine allgemein gültigen Definitionen der Begriffe „Lebensqualität“ und „gesundheitsbezogener Lebensqualität“ (Radoschewski 2000: 167ff.).

Wenn tatsächlich jeder etwas anderes als „seine“ Lebensqualität empfindet, ist es unmöglich, diesen Begriff zu verallgemeinern und sämtliche individuelle Lebenssituationen nach denselben Kriterien zu beurteilen. Eine „wahre“ Bedeutung des Begriffes existiert demnach nicht. Spricht man von einer „allgemeingültigen“ Lebensqualität, die eine interpersonelle Ähnlichkeit an Ansprüchen, Verarbeitungsmechanismen und Bewusstseinszuständen voraussetzt und deren Zustand man messen möchte, kann nicht unbeachtet bleiben, dass stets eine Spannung zwischen dieser allgemein konstanten und der individuell spezifischen Lebensqualität besteht. Es kann nie etwas Allgemeines sein, das leidet oder eine persönliche Grenzsituation durchlebt, sondern nur ein Individuum mit dessen subjektiven Verarbeitungsmechanismen (Lütterfelds 1991: 169ff.).

Wenn ÄrztInnen Lebensqualität oder Lebensqualitätsdefizite adäquat erfassen wollen, erscheint es daher als unumgänglich, dass sie sich, außer mit klassischen medizinischen Messkriterien, auch individuell mit den PatientInnen und deren Problemen auseinandersetzen, ihnen zuhören und deren subjektive Schilderungen und Eindrücke einbeziehen und diesen eine besondere Bedeutung beimessen. Eine sinnvolle Erfassung der Lebensqualität bedeutet damit eine Hinwendung zum Subjekt, die nicht zuletzt eine stärkere kommunikative Hinwendung beinhaltet (Bullinger 2000: 191). Somit setzt eine adäquate Erfassung der Lebensqualität vor allem auch eine für beide Seiten zufrieden stellende Kommunikationssituation zwischen PatientIn und ÄrztIn voraus.

Dass es in bei der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen jedoch immer wieder zu Problemen kommt, wurde bereits in verschiedenen linguistischen Studien aufgezeigt. PatientInnen haben im medizinischen Alltag etwa nur wenig Möglichkeiten initiativ in das Gespräch einzugreifen (Lalouschek 1999) und so ihre subjektiven Schilderungen in die Interaktion mit ÄrztInnen einzubringen. Sie sind stets der passive Part der Interaktionssituation, da sie vorwiegend Antworten geben, wobei die Antwortmöglichkeiten durch die Fragen der ÄrztInnen geleitet werden (Quasthoff 1990: 76ff.). Während ÄrztInnen die Kontrolle über den gesprächsorganisatorischen sowie den inhaltlichen und zeitlichen Ablauf des Gespräches haben, besitzen PatientInnen nur beschränkte sprachliche Handlungsmöglichkeiten (Quasthoff 1990: 76ff.). In der Regel richtet sich Kommunikation infolgedessen in erster Linie von den ÄrztInnen an die PatientInnen. Während so Inhalte, die für ÄrztInnen relevant erscheinen, zur Sprache kommen, werden Themen oder Sichtweisen, die für PatientInnen von Bedeutung sind und somit maßgeblich zu

deren Lebensqualität beitragen können, oft nicht behandelt. Kommt es jedoch zu eigeninitiativen Gesprächsversuchen von PatientInnen, ist es vom Wohlwollen der ÄrztInnen abhängig, ob sie auf diese eingehen oder nicht (Mishler 1984: 69f., Baumgartinger-Seiringer 2003, Löning/Sager 1986). Aufgrund des berufsbedingten Zeitmangels werden eingehende Gespräche zumeist als Belastung empfunden, weshalb versucht wird, die Interaktion mit den PatientInnen so zügig wie möglich durchzuführen (Lalouschek/Menz/Wodak 1990). Besonders soziale und emotionale Aspekte einer Erkrankung, die für die Lebensqualität eine bedeutende Rolle spielen können, werden bei der Erfassung häufig ausgeklammert, um eine einfache institutionelle Erfassbarkeit zu ermöglichen, wobei einzelne Beschwerden von ihrem alltagsweltlichen Kontext getrennt betrachtet werden (Mishler 1984: 123, Lalouschek 1998: 99ff.). Eine ganzheitliche Betrachtung der PatientInnen und deren Beschwerden, die gerade für die Erfassung der Lebensqualität notwendig wäre, wird auf diese Weise jedoch verhindert.

Auch in einer medizinischen Studie mit als geheilt geltenden PatientInnen mit nichtmetastasierten hochdifferenzierten Schilddrüsenkarzinomen in der Phase der Thyroxinsubstitution¹ konnte gezeigt werden, dass auch diese PatientInnen Lebensqualitätsdefizite aufweisen und ein Rehabilitationsbedarf besteht (Crevenna et al. 2003). Im Vorfeld war angenommen worden, dass diese PatientInnen in dieser Phase eine uneingeschränkte Lebensqualität aufweisen. Aus linguistischer Sicht ist an der gewonnenen Erkenntnis vor allem entscheidend, dass die Lebensqualitätsdefizite dieser PatientInnen in den Nachsorgeuntersuchungen bis dahin nicht erkannt worden waren, obwohl gerade in der Krebsrehabilitation der Erfassung und Verbesserung der Lebensqualität ein hoher Prioritätsgrad zugeschrieben wird. Dieser Umstand deutet auch hier auf gravierende Mängel in der ÄrztIn-PatientIn-Kommunikation hin. Erst der Einsatz eines Erhebungsinstrumentes im Zuge einer wissenschaftlichen Studie brachte diesbezügliche Einschränkungen zu Tage.

Durch den Kommunikationsverlust in der ÄrztIn-PatientIn-Interaktion bleiben ÄrztInnen einerseits viele Aspekte verborgen, die für PatientInnen eine Einschränkung ihrer Lebensqualität bedeuten, andererseits finden ausreichende Gespräche, die besonders für PatientInnen einen hohen Stellenwert besitzen (Little et al. 2001) und sich damit auch positiv auf deren Lebensqualität auswirken können (Di Blasi et al. 2001, Kerr et al. 2003), kaum statt. Dies führt nicht zuletzt auch zu einem gegenseitigen Vertrauensverlust der

¹ Medikamentöse Ersetzung des Schilddrüsenhormons durch Medikamente, die nach der operativen Entfernung der Schilddrüse notwendig ist

Interaktionspartner, der wiederum einen effizienten Umgang miteinander erschwert und auch einer sinnvollen Erfassung der Lebensqualität im Wege steht.

Ziel dieser Studie war es, ein Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu entwickeln, bei dem sowohl die Bedürfnisse der PatientInnen als auch der ÄrztInnen berücksichtigt werden sollten. Im folgenden Abschnitt werden mögliche Methoden zur Erfassung der Lebensqualität vorgestellt und es wird aufgezeigt, dass Interviews dafür als ein geeigneteres Instrument empfunden werden. In Abschnitt 3 werden Zielsetzungen und Hypothesen dieser Studie beschrieben, während in Abschnitt 4 schließlich die Erstellung des Interviewleitfadens dargestellt wird. Nach der Erstellung sollte der Interviewleitfaden in einem weiteren Schritt an einer Pilotgruppe von PatientInnen getestet und mit Angaben aus einem Fragebogen verglichen werden, um Unterschiede sowie Vor- und Nachteile aufzuzeigen und um die Einsetzbarkeit des Interviewleitfadens zu überprüfen. In Abschnitt 5 wird die Vorgehensweise dieser Testung beschrieben, in Abschnitt 6 werden die Ergebnisse des Vergleiches und die Vorteile, die sich bei der Erfassung mittels Interviewleitfaden gegenüber der Fragebogenerhebung ergaben dargestellt. Im Abschnitt 7 werden die Ergebnisse schließlich schlussfolgernd zusammengefasst.

2. Methoden der Erfassung von Lebensqualität

Auch wenn es sich bei Lebensqualität um ein qualitatives Phänomen handelt, kommt man in der Medizin nicht zuletzt auch aufgrund kommunikativer Missstände nicht umhin, diese zu quantifizieren und somit subjektiv Erlebtes in einer institutionell verarbeitbaren Weise wahrnehmbar zu machen. Dazu werden speziell entwickelte Messinstrumente, meist in Form von Fragebögen, eingesetzt. Eine fehlende einheitliche und klare Definition von Lebensqualität stellt dabei für die Messung von Lebensqualität ein Problem dar. Ohne eine genaue Klärung des zugrunde liegenden Begriffes bleibt offen, was genau gemessen werden soll. Letztendlich entscheidet sich erst durch das Messinstrument selbst, was erfasst, gemessen und somit als Lebensqualität angesehen wird. Aufgrund der Spannweite und der unterschiedlichen subjektiven Auffassungen des Begriffes, ist jedoch kein Messinstrument imstande, das gesamte Spektrum der Lebensqualität eines Individuums zu erfassen. Die Wahl des Messinstrumentes hängt somit in erster Linie vom Zweck der Messung ab, da ein für alle Zwecke gleichermaßen geeignetes Instrument nicht existiert (Radoschewski 2000: 186).

Fragebögen bieten PatientInnen nur wenig Möglichkeit, ihre eigenen Sichtweisen und somit ihre subjektiven Wahrnehmungen, die die Lebensqualität ausmachen können, zu schildern, da nur bereits vorgegebene Antwortmöglichkeiten angegeben werden können. Auf diese Weise können nur jene Lebensqualitätsdefizite, nach denen gefragt wird, erfasst werden, individuelle Aspekte bleiben jedoch unberücksichtigt. Da der zeitliche und personelle Aufwand bei Fragebogenerhebungen relativ gering ist und diese scheinbar eindeutig interpretierbare, jedenfalls leicht vergleichbare Ergebnisse liefern, kommen Fragebögen im medizinischen Alltag häufig zum Einsatz. Als umstritten kann jedoch die Validität der durch Fragebögen erhobenen Ergebnisse angesehen werden, da auf diese Weise nicht auf PatientInnen im Einzelnen eingegangen wird und die individuellen Komponenten der Lebensqualität unberücksichtigt bleiben. PatientInnen empfinden das Ausfüllen von (langen) Fragebögen oft als anstrengend und kommen teilweise schwer damit zurecht (Hofmann 1991: 53ff.).

Mittels Interviews können hingegen detailliertere Informationen bezogen werden, da PatientInnen damit die Möglichkeit gegeben werden kann, in eigenen Worten subjektive Empfindungen hinsichtlich ihrer Lebensqualität zu schildern. Sie werden im medizinischen Alltag jedoch weniger häufig eingesetzt, vor allem, da diese vermeintlich mehr Zeit in Anspruch nehmen und weniger eindeutige und miteinander vergleichbare Ergebnisse liefern (Hofmann 1991: 53f). Interviews ermöglichen es, die Lebensqualität innerhalb eines ÄrztIn-PatientIn-Gesprächs zu erfassen, womit auch dem PatientInnenwunsch, Gespräche in den Vordergrund der ÄrztIn-PatientIn-Interaktion zu stellen (Little et al. 2001), nachgegangen werden kann. Diese Vorgehensweise ist damit auch für die Vertrauensbasis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen förderlich. ÄrztInnen müssen für eine adäquate Erfassung der Lebensqualität mittels Interview jedoch auch dazu bereit sein, diese in sinnvoller Weise durchzuführen, indem sie etwa ihren PatientInnen zuhören, versuchen ihre Beschwerden nachzuvollziehen und deren individuellen Bedeutungszusammenhang nicht aus dem Gesamtbild ausblenden und damit subjektive Empfindungen der PatientInnen wiederum nicht in die Erfassung miteinbeziehen.

Die Form der Fragen ist vor allem auch entscheidend dafür, inwieweit PatientInnen ermöglicht wird, ihre Probleme aus ihrer Sichtweise zu schildern. Während Fragebögen vor allem geschlossene Entscheidungs- oder Alternativfragen beinhalten, können in Interviews auch offene Fragen gestellt werden. Offene Fragen in Interviews geben PatientInnen mehr Möglichkeiten, Inhalt und Form ihrer Antwort selbst zu bestimmen und ihre individuelle

Situation aus ihrer eigenen Perspektive zu schildern, dennoch bleiben diese auch hier meist passiver Part der Interaktion, da sie Fragen beantworten, die von ÄrztInnen geleitet werden. Sie erhalten jedoch eine höhere Chance, eigenständig für sie relevante Themen in das Gespräch einzubringen, als es bei der Beantwortung von geschlossenen Fragen der Fall ist, wodurch auch ÄrztInnen potentiell wesentliche Informationen erhalten können, die sie bei ausschließlich geschlossenen Fragen nicht erfahren hätten.

Schilderungen aus offenen Fragen sind jedoch schwerer institutionell klassifizierbar und verarbeitbar, da diese erst von der alltagssprachlichen Schilderung der PatientInnen in die institutionell vorhandene Begrifflichkeit übersetzt werden müssen und was letztendlich erfasst wird, liegt im Ermessen der Ärztin oder des Arztes. Bei geschlossenen Fragen geschieht diese Institutionalisierung hingegen bereits im Vorfeld durch die Formulierung der Fragen selbst. Auf diese Weise werden keine aus institutioneller Sicht überflüssigen Informationen erhoben, was für die Interaktionssituation zeitsparend ist. Offene Fragen können demnach, je nach Redefreudigkeit der PatientInnen, deutlich mehr Zeit in Anspruch nehmen. Der Zeitaufwand wird hier somit, von der Möglichkeit des Unterbrechens abgesehen, nicht wie bei geschlossenen Fragen von den ÄrztInnen kontrolliert, sondern von den PatientInnen, was aus institutioneller Sicht als Nachteil betrachtet werden kann, da aufgrund vorgegebener Arbeitsbedingungen oft Zeitknappheit herrscht (Menz/Al-Roubaie 2006). PatientInnen in ihrem Redefluss zu stoppen oder durch die vorrangige Verwendung von geschlossenen Fragen kaum eigeninitiativ zu Wort kommen zu lassen, ist jedoch oft nur für die momentane Interaktionssituation zeitsparend und mit erheblichen Nachteilen verbunden. Auf diese Weise kommen nämlich auch Informationen, die durchaus aus medizinischen Gesichtspunkten relevant wären, nicht zur Sprache (Menz 1991b). Auf langzeitige Sicht erscheint es ökonomischer zu sein, Zeit in das Gespräch mit PatientInnen zu investieren, da so diagnostische und therapeutische Umwege, wie etwa zusätzliche Gespräche oder Untersuchungen, vermieden werden können und die Behandlung gezielter und patientInnengerechter erfolgen kann (Lalouschek 2002: 35ff.).

Ob offene, an PatientInnen orientierte oder geschlossene, an quantitativen Zwecken orientierte Fragen verwendet werden, ist vor allem vom Ziel der Erfassung abhängig. Für eine patientInnenorientierte Behandlung, die das Phänomen „Lebensqualität“ am Individuum qualitativ misst, sind offene Fragen vorteilhaft, für wissenschaftliche Untersuchungsdesigns und Forschungsfragen mit quantitativen Herangehensweisen werden geschlossene Fragen als

angemessener erachtet. Je mehr auf die PatientInnen als Individuen eingegangen und die Validität der Erfassung berücksichtigt wird, desto weiter entfernt man sich von der quantitativen und generalisierbaren Erfassung des Phänomens und umgekehrt. Je reliabler man messen möchte, desto mehr wird die Validität der Messung zu einem Problem. Eine Ergänzung der Herangehensweisen kann in jedem Fall als sinnvoll angesehen werden.

Da es sich bei der Lebensqualität um ein qualitatives Phänomen handelt, steht generell jedoch in Frage, inwieweit quantitative Forschungsweisen zu deren Erfassung überhaupt zielführend sein können. Im Mittelpunkt der Erfassung von Lebensqualität sollte nicht die Quantifizierbarkeit der Daten stehen, sondern stets die PatientInnen als Individuen und in ihrer Ganzheit. Wenn PatientInnen die Möglichkeit erhalten, ihre Situation aus ihrer Sichtweise zu erzählen, bekommen damit auch ÄrztInnen die Chance, sich ein Bild über die Lebensqualität ihrer PatientInnen zu machen, das es ihnen ermöglicht, sich in die PatientInnen hineinzufühlen und damit ihre Situation nachzuvollziehen. Befragungen an PatientInnen bezüglich ihrer Lebensqualität sollten daher stets deren Selbstbericht beinhalten.

Interviews erscheinen demnach als eine geeignetere Alternative zur Erfassung der Lebensqualität, da PatientInnen auf diese Weise die Möglichkeit gegeben werden kann, individuell ihre Probleme zu schildern und auch ÄrztInnen ein individuellerer Umgang mit PatientInnen und deren Problemen ermöglicht wird.

3. Zielsetzung und Hypothesen

Aufgrund der dargestellten Überlegungen sollte ein Interviewleitfaden entwickelt werden, mit dem die gesundheitsbezogene Lebensqualität in möglichst kurzer Form und im Zuge eines ÄrztIn-PatientIn-Gespräches erfassbar ist. Sowohl die Bedürfnisse der PatientInnen als auch der ÄrztInnen sollten berücksichtigt werden, indem einerseits durch weitgehend offene Fragestellungen bei entsprechendem Bedarf die Möglichkeit eines Selbstberichtes der subjektiv erlebten Situation gewährleistet und andererseits auf eine notwendige zeitliche Kürze, sowie eine einfache und klare thematische Strukturierung des Interviewleitfadens, die eine leichte Nachvollziehbarkeit und Verarbeitbarkeit der PatientInnenangaben ermöglicht, geachtet wird. Zur zugrundeliegenden Definition von Lebensqualität sollte auf ein vorhandenes und bewährtes Konzept zurückgegriffen werden.

Nach der Erstellung eines solchen Interviewleitfadens sollte dieser in einem weiteren Schritt an PatientInnen getestet werden, wobei dieser erste Test zeigen sollte, ob der Interviewleitfaden für den Zweck der patientInnenorientierten Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität geeignet ist. Ein inhaltlicher Vergleich der PatientInnenangaben aus dem Interview mit Angaben der selben PatientInnen aus Fragebögen sollte weiters Unterschiede, sowie Vor- und Nachteile der beiden Erhebungsformen aufzeigen. Weiters sollte herausgefunden werden, ob durch das Interview das zugrunde liegende Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in ausreichender Weise erfasst wird, also ob jene Informationen, die aus dem Fragebogen resultieren, auch im Interview genannt werden, und ob darüber hinaus aus den Interviews auch noch individuelle Angaben resultieren, die aus dem SF-36 Health Survey formal bedingt nicht hervorgehen, und mit deren Hilfe eine individuelle und patientInnenorientierte Erfassung stattfinden kann. Es wurde angenommen, dass das Interview zumindest folgende Vorteile gegenüber der Erfassung mittels Fragebogen aufweist:

- Durch das Interview kann man ausführlichere und individuellere Angaben zu den Problemen der PatientInnen erhalten
- Die Probleme der PatientInnen sind daher in weiterer Folge für ÄrztInnen besser erfassbar und nachvollziehbar
- ÄrztInnen können im Interview über dieses hinaus unverzüglich Nachfragen stellen, falls etwas unklar bleibt oder weiterer Nachfrage bedarf
- PatientInnen bevorzugen Interviews, da sie dem allgemeinen PatientInnenwunsch, Gespräche stärker in den Mittelpunkt der Interaktion zu beziehen, entgegenkommen
- Durch Interviews wird ÄrztInnen eine bessere und schnellere Erfassung der Probleme ermöglicht, da keine weitere Auswertung nötig ist, wodurch Diagnosen schneller gestellt und damit auch nötige Hilfeleistungen, etwa in Form von Therapien, schneller verordnet werden können

4. Erstellung des Interviewleitfadens

Für die Entwicklung des Interviewleitfadens war in erster Linie bedeutsam, welche Kriterien die gesundheitsbezogene Lebensqualität eines Menschen ausmachen, was somit eigentlich als gesundheitsbezogene Lebensqualität definiert wird und daher letztendlich erfasst werden soll. Da es jedoch für die Lebensqualität keine allgemein gültige Definition existiert und auch im

Zuge der Entwicklung des Interviewleitfadens keine Versuche unternommen werden sollten, eine zugrunde liegende Lebensqualität neu zu definieren, erschien es als sinnvoll, auf ein bereits existierendes und bewährtes Konzept zurückzugreifen. Als Basis für die Erstellung des Interviewleitfadens wurde deshalb der Fragebogen SF-36 Health Survey² gewählt, der aufgrund seiner Güte weltweit häufig eingesetzt wird und als geeignetes Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gilt (Bullinger 2000). Diesem Fragebogen liegen acht Domänen zugrunde, die als zentrale Kategorien der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gelten. Diese Domänen sind:

- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Körperliche Schmerzen
- Vitalität
- Körperliche Leistungsfähigkeit
- Körperliche Rollenfunktion
- Psychische Gesundheit
- Emotionale Rollenfunktion
- Soziale Funktionsfähigkeit

Die Domänen des SF-36 Health Survey sollten dabei inhaltlich als Basis dienen, wobei sich die Fragen des Interviewleitfadens jedoch nicht zwingend von den Fragen im SF-36 Health Survey ableiten mussten. Während der SF-36 Health Survey aufgrund seiner schriftlichen Form ausschließlich geschlossene Fragen beinhaltet, sollten für das Interview so weit wie möglich offene Fragen gefunden werden, um den PatientInnen die Möglichkeit geben zu können, ihre Beschwerden zu schildern, wobei die Fragen des Interviewleitfadens ein authentisches Gespräch nicht behindern sollten.

Damit die Fragen auch tatsächlich authentisch wirken, sollten diese so formuliert sein, wie sie von ÄrztInnen in der Fragesituation gestellt werden. Des Weiteren sollten sie in den Klinikalltag integrierbar sein, ohne diesen zu behindern und medizinischen Interessen im

² Der SF-36 Health Survey besteht aus mit 36 Items, wobei jedes Item entweder selbst eine Skala ist bzw. einen Teil einer Skala darstellt. Den Items liegen 8 Subskalen (Domänen) zugrunde, die jeweils unterschiedliche Itemzahlen aufweisen. Für jedes Item ist eine Antwortalternative anzukreuzen, die dem Erleben der PatientInnen am nächsten kommt. Die Antwortmöglichkeiten variieren dabei, je nach Item, von binären „ja“ / „nein“ Antwortmöglichkeiten bis hin zu sechsstufigen Antwortskalen. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgt in erster Linie schriftlich direkt, kann aber auch per Interview, gegebenenfalls auch telefonisch erfolgen. Die Dauer der Beantwortung liegt zwischen 7 und 15 Minuten (Bullinger 2000).

Wege zu stehen. Aus diesem Gründen erschien es als zielführend, ÄrztInnen, die sich beruflich mit der Lebensqualität von PatientInnen auseinandersetzen und diese selbst auch erheben, in die Erstellung der Fragen des Interviewleitfadens zu involvieren. Vier Ärztinnen und zwei Ärzte, die allesamt bereits Erfahrung mit dem SF-36 Health Survey hatten, wurden gebeten, mündlich Fragen zu den Domänen des SF-36 Health Survey zu formulieren, wie sie sie PatientInnen im Gespräch stellen würden. Aus diesen Fragen, die eine mündliche und authentische Form gewährleisten sollen, und jenen Fragen aus dem SF-36 Health Survey, die den inhaltlichen Hintergrund für das Interview bilden, wurde dann letztendlich für den Interviewleitfaden ein Konsens erzielt. Auch diese Auswahl der Fragen, sowie deren Reihenfolge, wurde im Zuge der Konsensfindung mit den involvierten ÄrztInnen gemeinsam durchgeführt (Nezhiba 2006: 59ff).

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurde auch darauf geachtet, dass die Fragen leicht verständlich formuliert sind. Dazu gehört etwa, dass diese sich aus kurzen Sätzen zusammensetzen und vor allem einfache, im Alltag häufig auftretende Wörter beinhalten. Der Wortlaut des letztendlich entstandenen Interviewleitfadens kann dem Anhang entnommen werden.

5. Testung des Interviewleitfadens und Vergleich mit Angaben aus dem Fragebogen

Um die Einsetzbarkeit des Interviewleitfadens zu überprüfen, wurde er an einer Pilotgruppe von 18 PatientInnen getestet. Die PatientInnengruppe setzte sich aus 11 Frauen und sieben Männern im Alter von 21 bis 65 Jahren zusammen. Das durchschnittliche Alter der PatientInnen lag bei ca. 33 Jahren. Der Interviewleitfaden wurde sowohl an PatientInnen, bei denen eine Erkrankung bekannt war, als auch an als gesund geltenden ProbandInnen getestet, da das Interview sowohl für gesunde als auch für kranke Menschen geeignet sein sollte. Die in dieser PatientInnengruppe vorhandenen Erkrankungen waren von unterschiedlicher Art und Schwere, da auch herausgefunden werden sollte, ob der Interviewleitfaden krankheitsunabhängig einsetzbar ist. Insgesamt galten 12 der PatientInnen als gesund, während bei sechs PatientInnen vor dem Interview bereits eine oder mehrere Erkrankungen bekannt waren.

Alle Interviews wurden vom selben Arzt, der mit einer Ausnahme alle PatientInnen bereits kannte, in einem Behandlungszimmer einer Krankenhausambulanz durchgeführt. Dass die

Interviews vom selben Arzt durchgeführt wurden, wurde für den folgenden Vergleich als günstiger erachtet. Der interviewende Arzt hatte bereits Erfahrung in der Arbeit mit dem SF-36 Health Survey, sowie mit der Erfassung von Lebensqualität im Allgemeinen. Da er zu jenen ÄrztInnen gehörte, die in den Prozess der Erstellung des Interviewleitfadens involviert worden waren, war er auch bereits mit dessen Fragen vertraut. Da fast alle PatientInnen auch schon einige Male zuvor mit dem interviewenden Arzt zu tun hatten oder bei ihm in Behandlung waren, konnte ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen den PatientInnen und dem Arzt vorausgesetzt werden.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und danach in einer für den Vergleich angemessenen Weise verschriftet. Um einen inhaltlichen Vergleich der PatientInnenantworten mit den Antworten des SF-36 Health Survey machen zu können, wurden die PatientInnen nach der Durchführung des Interviews gebeten, auch einen SF-36 Health Survey Fragebogen auszufüllen. Die SF-36 Health Survey Fragebögen wurden mittels eines dafür vorgesehenen Programms ausgewertet, wodurch man zu jeder Domäne ein Wert zwischen 0 und 100 erhält, wobei 100 den bestmöglichen Wert darstellt und damit auf keine Einschränkung in dieser Domäne hindeutet. Für den Vergleich waren jedoch vor allem auch die direkt von den PatientInnen ausgefüllten Angaben im Fragebogen entscheidend.

Der Vergleich wurde hauptsächlich zu den Domänen „Allgemeiner Gesundheitszustand“, „Körperliche Schmerzen“, „Emotionale Rollenfunktion“ und „Soziale Funktionsfähigkeit“ durchgeführt, wobei auch die anderen Domänen einbezogen wurden, wenn dies aufgrund bestehender Zusammenhänge als sinnvoll erschien (Nezhiba 2006: 105ff).

6. Ergebnisse

Allgemeine Informationen zu den untersuchten Domänen gingen sowohl aus dem SF-36 Health Survey, als auch aus dem Interview hervor. Derartige Informationen sind etwa, wie PatientInnen ihren eigenen Gesundheitszustand einschätzen, ob sie Schmerzen haben oder ob es generell aufgrund ihrer Erkrankung Probleme bei Kontakten zu anderen Menschen gibt. Weiterführende Informationen unterschieden sich jedoch jeweils zwischen den beiden Erhebungsmethoden, wobei es im Interview zu ausführlicheren und individuelleren Angaben kam. Aus dem Interview resultieren etwa zusätzliche Angaben, die für eine Diagnosestellung und für die Auswahl an Therapiemöglichkeiten bedeutend sein können.

Zur Domäne „Allgemeiner Gesundheitszustand“ gibt es im SF-36 Health Survey zwei Fragen mit insgesamt fünf Items (Frage 1 und 11a-11d). In Frage 1 wird allgemein erfragt, wie PatientInnen ihren Gesundheitszustand beschreiben. Zur Beantwortung stehen die fünf Antwortalternativen „AUSGEZEICHNET“, „SEHR GUT“, „GUT“, „WENIGER GUT“, und „SCHLECHT“ zur Verfügung. In Frage 11 sind die Aussagen, ob man der Ansicht ist, leichter als andere krank zu werden, ob man genauso gesund wie andere ist, ob man erwartet, dass die eigene Gesundheit nachlässt und ob man sich ausgezeichneter Gesundheit erfreut, zu bewerten. Diese Bewertung kann in fünf Stufen von „TRIFFT GANZ ZU“ bis „TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU“, erfolgen.

Es konnte aufgezeigt werden, dass die im Fragebogen vorgegebenen Antwortkategorien teilweise nicht jenen Kategorien entsprechen, die im Alltag zur Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes verwendet werden. Die Antwortmöglichkeiten „GUT“ und „SCHLECHT“ bilden alltagssprachlich etwa ein Gegensatzpaar, im SF-36 Health Survey sind sie jedoch graphisch als durchschnittlicher bzw. schlechtester Wert gekennzeichnet. „GUT“ konnte somit einerseits als durchschnittlicher Wert verstanden werden oder aber seiner alltagssprachlichen Bedeutung entsprechend. Aus diesem Grund kam es teilweise zu leicht voneinander abweichenden Angaben zwischen den beiden Erhebungsmethoden, wobei die Angaben aus dem Interview, aufgrund der dort erhaltenen Hintergrundinformationen, als besser nachvollziehbar und valider angesehen werden können.

Vereinzelt kam es auch zu großen Differenzen zwischen den Beantwortungen der beiden Erhebungsmethoden, eine Patientin, die ihren Gesundheitszustand im SF-36 Health Survey als „GUT“ angab, bezeichnete diesen im Interview etwa als „schlecht“. Die Patientin litt zum Zeitpunkt der Erhebung an einer Erkältung, erfreute sich ansonsten jedoch guter Gesundheit. Die Mehrheit der PatientInnen machte in den beiden Erhebungsmethoden jedoch ähnliche Angaben.

Bei der im SF-36 Health Survey vorhandenen zusätzlichen Frage zu dieser Domäne kam es in manchen Fällen zu Antworten, die mit der ersten Frage zu dieser nicht übereinstimmen. Eine Patientin, die in Frage 1 einen „AUSGEZEICHNETEN“ Gesundheitszustand angab, bewertete in Frage 11 die Aussage, dass sie sich ausgezeichneter Gesundheit erfreue, als

„ÜBERHAUPT NICHT ZUTREFFEND“. Zu derart widersprüchlichen Angaben kam es im Interview nicht.

Körperliche Schmerzen werden im SF-36 Health Survey durch zwei Fragen bzw. zwei Items erfragt (Frage 7 und Frage 8). Während Frage 7 die Intensität bzw. das Vorhandensein von Schmerzen beinhaltet, werden in Frage 8 etwaige Behinderungen bei der Ausführung von Alltagstätigkeiten aufgrund von Schmerzen erfasst. Zu Frage 7 gibt es sechs Antwortalternativen, die von „ICH HATTE KEINE SCHMERZEN“ bis hin zu „SEHR STARKE“ Schmerzen reichen, zu Frage 8 gibt es hingegen fünf Antwortalternativen von „ÜBERHAUPT NICHT“ bis zu „SEHR“ behindert durch Schmerzen.

Auch zur Domäne „Körperliche Schmerzen“ gehen zentrale Informationen aus beiden Erhebungsmethoden hervor, während die weiteren Angaben von unterschiedlicher Art sind, im Interview jedoch individueller und detaillierter ausfallen. Während im SF-36 Health Survey der Fragestellung entsprechend die Intensität der Schmerzen und deren Behinderung bei der Ausführung von Alltagstätigkeiten erfasst werden, erhält man durch die Beantwortung der weiteren Fragen aus dem Interview diagnostisch und therapeutisch bedeutende Informationen, wie etwa, was den PatientInnen weh tut, wann die Schmerzen vorwiegend auftreten, wie sie sich anfühlen und wie sie beeinflusst werden können. PatientInnen, die keine Schmerzen haben, beantworten die Frage nach dem Vorhandensein von Schmerzen im Interview erwartungsgemäß kurz (mit „nein“, „keine Schmerzen“, etc.). Weitere Fragen können in diesem Fall im Interview weggelassen werden, im SF-36 Health Survey ist hingegen auch bei einem Nichtvorhandensein von Schmerzen die weitere Frage zu der Domäne zu beantworten. Da, wenn keine Schmerzen vorhanden sind, davon ausgegangen werden kann, dass es auch keine Behinderungen bei Alltagstätigkeiten durch Schmerzen gibt, ist die Frage 8 in diesem Fall jedoch überflüssig. Auch hierbei ergaben sich durch diese zusätzliche Beantwortung einander widersprechende Angaben. Eine Patientin gab etwa in Frage 8 an, durch Schmerzen „MÄSSIG“ behindert gewesen zu sein, obwohl sie Frage 7 mit „ICH HATTE KEINE SCHMERZEN“ beantwortete.

Die Domänen „Soziale Funktionsfähigkeit“ und „Emotionale Rollenfunktion“ wurden einem gemeinsamen Vergleich unterzogen, da diese im Interview voneinander anders abgegrenzt wurden als im SF-36 Health Survey und die Erfragungen der beiden Erhebungsmethoden sich zu diesen Domänen dadurch inhaltlich überschneiden. Im Interview werden Schwierigkeiten

bei sozialen Kontakten sowohl durch die Domäne „Soziale Kompetenz“ als auch die Domäne „Emotionale Rollenfunktion“ erfasst. Während in der Domäne „Emotionale Rollenfunktion“ soziale Probleme bei engeren Kontakten, die vor allem innerhalb des eigenen Wohnraumes stattfinden, erfasst werden, wird in der Domäne „Soziale Kompetenz“ nach entfernteren Kontakten gefragt, die mit dem Verlassen des eigenen Wohnraumes und mit einer Beteiligung am öffentlichen Leben verbunden sind. Diese Aufteilung kann als sinnvoll angesehen werden, da diese beiden Bereiche der sozialen Kontakte getrennt voneinander beeinträchtigt sein können, wie auch im Vergleich gezeigt wurde.

Im SF-36 Health Survey werden Probleme bei sozialen Kontakten zur Domäne „Soziale Kompetenz“ erfragt, die beide Beeinträchtigungen bei sozialen Kontakten aufgrund der körperlichen Gesundheit oder seelischer Probleme zum Inhalt haben. Diese Domäne beinhaltet zwei Fragen, wobei eine die Intensität der Beeinträchtigungen erfasst (Frage 6), während in der anderen nach der Häufigkeit gefragt wird, mit der soziale Kontakte in den letzten vier Wochen beeinträchtigt waren (Frage 10). Zu beiden Fragen stehen fünf Antwortalternativen zur Verfügung, die in Frage 6 von „ÜBERHAUPT NICHT“ bis „SEHR“ und in Frage 10 von „IMMER“ bis „NIE“ reichen.

Ob sich die beiden Fragen inhaltlich auch bezüglich des sozialen Umfeldes unterscheiden, ist jedoch unklar. Während in Frage 6 von normalen Kontakten zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis die Rede ist, wird in Frage 10 nach Kontakten zu anderen Menschen, wie etwa Besuche bei Freunden oder Verwandten, gefragt. Es wäre aufgrund dieser Beispiele denkbar, dass in Frage 6 das engere Umfeld bzw. die „normalen“, alltäglichen Kontakte gemeint sind, während in Frage 10 generell von Kontakten zu anderen Menschen die Rede ist, die vor allem außerhalb des eigenen Wohnraumes oder des engeren Umfeldes stattfinden und somit mit einem Verlassen des eigenen Wohnraumes verbunden sind. Dennoch erscheinen sowohl die generellen Fragestellungen sowie auch die in den Beispielen angeführten Personengruppen in den beiden Fragen sehr ähnlich, weshalb angenommen werden kann, dass auch PatientInnen diese in sehr ähnlicher Weise auffassen und daher hierzu möglicherweise keine inhaltliche Unterscheidung machen.

Der Großteil der PatientInnen hat zu den beiden Fragestellungen auch tatsächlich ähnliche Angaben gemacht, wodurch sich nicht bestimmen lässt, ob die beiden Fragen zur Domäne „Soziale Kompetenz“ im SF-36 Health Survey unterschiedlich aufgefasst wurden oder nicht.

Dass die beiden Fragen bezüglich des sozialen Umfeldes sowohl gleich als auch unterschiedlich verstanden werden können, stellt hierzu die Validität in Frage, da nicht bestimmbar ist, wie einzelne PatientInnen die Fragen diesbezüglich aufgefasst haben. Die Antworten dieser PatientInnen können demnach auf zwei unterschiedliche Weisen gedeutet werden.

Während im SF-36 Health Survey nach der Intensität und der Häufigkeit gefragt wird, mit der Kontakte zu anderen Menschen in den letzten vier Wochen beeinträchtigt waren, erhält man im Interview von PatientInnen Schilderungen zu ihren Problemen, wodurch es möglich ist, deren Beeinträchtigungen nachzuvollziehen und in ihrem lebensweltlichen Zusammenhang zu betrachten. Dadurch kann ein genaueres Bild über die Beschwerden der PatientInnen erhalten werden.

Teilweise vermittelten die bei der Auswertung des SF-36 Health Survey erhaltenen Werte ein anderes Bild über die Beeinträchtigungen der PatientInnen bei Kontakten mit anderen Menschen als das Interview. Es kam etwa vor, dass PatientInnen bei der Auswertung des Fragebogens bessere Werte erhielten als andere PatientInnen, die im Interview weniger stark beeinträchtigt erschienen. Eine Patientin, die im Interview von verschiedenen Beeinträchtigungen berichtete, gab auch zur Domäne „Soziale Funktionsfähigkeit“ Probleme an. Sie meinte unter anderem, ungern in Restaurants zu gehen, da es ihr vor anderen Menschen unangenehm sei, wenn ihr beim Essen das Besteck aufgrund ihrer Schmerzen aus den Händen falle. Auch Kino- und Theaterbesuche meide sie, da ihr das lange Sitzen unangenehm sei und sie Probleme mit der Blase bekomme. Weiters gab sie noch Probleme mit ihrer Tochter an, die nicht nachvollziehen könne, dass sie im Haushalt aufgrund ihrer Erkrankungen viele Tätigkeiten nicht mehr selbst verrichten könne. Bei der Auswertung des SF-36 Health Survey erhielt diese Patientin den relativ hohen Wert 75, schien jedoch aufgrund ihrer Aussagen im Interview deutlich stärker beeinträchtigt zu sein, als zwei weitere Patientinnen, die bei der Auswertung des SF-36 Health Survey mit 62,5 einen niedrigeren Wert erhielten. Diese beiden Patientinnen gaben im Interview an, aufgrund einer Erkältung in der letzten Zeit weniger an Tätigkeiten in der Öffentlichkeit teilgenommen zu haben.

Individuelle Zusammenhänge von Beeinträchtigungen zwischen den einzelnen Domänen gehen aus dem Interview deutlicher hervor, womit Beeinträchtigungen im Interview als Einheit betrachtet werden können und nicht auf die betreffenden Domänen aufgesplittet

bleiben. So kann aus dem im Interview etwa deutlich hervorgehen, ob eine Beeinträchtigung der Domäne „Körperliche Rollenfunktion“ z.B. mit Beeinträchtigungen der Domäne „Körperliche Schmerzen“ in Zusammenhang steht oder ob dafür anderen Gründe vorliegen, die eventuell mit einer Beeinträchtigung einer anderen Domänen einhergehen.

Auch wenn PatientInnen gleichzeitig unter mehreren Erkrankungen leiden, geht dies aus dem Interview hervor, während im SF-36 Health Survey einzelne Erkrankungen nicht getrennt voneinander betrachtet werden können. Es bleibt daher unklar, auf welche Erkrankung sich die jeweiligen Angaben im Fragebogen, in denen Beeinträchtigungen angegeben werden, beziehen und in weiterer Folge auch, inwieweit einzelne Erkrankungen die Lebensqualität der PatientInnen beeinträchtigen. Auch ob es sich bei Beeinträchtigungen um akute oder chronische Leiden handelt, kann durch den SF-36 Health Survey nicht erfasst werden. Im Interview wird hingegen im Normalfall von PatientInnen der Grund für vorhandene Schwierigkeiten angegeben, wodurch für ÄrztInnen nachvollziehbar wird, in welcher Weise einzelne Erkrankungen die Lebensqualität der PatientInnen beeinträchtigen. Auch wenn der Gesundheitszustand von PatientInnen schwankt, ist es ÄrztInnen durch das Interview möglich, die tatsächliche Bandbreite unterschiedlichen Befindlichkeiten, die in kurzer Zeit vorkommen, zu erkennen, was mittels SF-36 Health Survey möglich ist. Auch damit konnte demnach ein klarer Vorteil der Erfassung mittels Interview aufgezeigt werden.

Im Interview kann es sich des Weiteren als nützlich erweisen, dass auch über den Interviewleitfaden hinausgehend Fragen gestellt werden können, wenn diese sich aus ärztlicher Sicht als sinnvoll erweisen. Es können auch Fragen weggelassen werden, wenn diesbezügliche Informationen aus dem Gespräch bereits bekannt sind. Im Gegensatz dazu können im Fragebogen keine Fragen, deren Antwort bereits bekannt ist, ausgelassen werden, da fehlende Angaben die Auswertung des Fragebogens beeinflussen. Es kann jedoch zu Unklarheiten führen, wenn zu einer Frage, deren Antwort eigentlich bereits auch aus einer anderen Frage hervorging, in einer unerwarteten Weise und zu den bereits bekannten Informationen widersprüchlich beantwortet wird, wie es etwa bei den Domänen „Allgemeiner Gesundheitszustand“ und „Körperliche Schmerzen“ der Fall war (s.o.).

Unklare oder fehlende Angaben, zu denen es bei der Beantwortung des Fragebogens kam, gab es bei der Beantwortung des Interviews nicht, wodurch die Angaben aus Interviews für ÄrztInnen verlässlicher zu sein scheinen. Im SF-36 Health Survey können falsche Angaben

die aus der Auswertung resultierenden Werte verfälschen und fehlende Angaben die Auswertung teilweise sogar unmöglich machen, wie es auch bei dieser Untersuchung bei einigen PatientInnen der Fall war. Dass es bei der Beantwortung des Interviews keine solchen Probleme gab, lässt weiters auch schließen, dass PatientInnen die Beantwortung des Interviews leichter fällt als die Beantwortung des Fragebogens. Jene zwei Patientinnen, die darüber befragt wurden, welche der beiden Erhebungsformen sie bevorzugen würden, gaben an, die mündliche Variante vorzuziehen³. Damit sprechen auch diese Aussagen der Patientinnen für eine Erfassung mittels Interview.

Die Ansicht, dass die Durchführung von Interviews mehr Zeit in Anspruch nimmt als die Erhebung mit Fragebögen, konnte zumindest in dieser Studie für dieses Interview relativiert werden. Während aus der Literatur hervorgeht, dass das Ausfüllen des Fragebogens SF-36 Health Survey 7-15 Minuten in Anspruch nimmt (Bullinger 2000: 193), lag die Interviewdauer in dieser Studie zwischen 1,32 Minuten und 13,21 Minuten, wobei die Interviews bei Gesunden kürzer war als bei jenen PatientInnen, die an Erkrankungen litten. Die durchschnittliche Interviewdauer lag bei ca. 4,06 Minuten. Ein zusätzlicher Auswertungsaufwand, der nach dem Ausfüllen des SF-36 Health Survey notwendig ist, entfällt außerdem bei Interviews, da ÄrztInnen durch diese dazu in der Lage sein sollten, den Zustand der Lebensqualität ihrer PatientInnen nachvollziehen zu können. Da während des Interviews teilweise bereits Diagnosestellungen gemacht und Therapien angeboten werden, können folgende ÄrztIn-PatientIn-Gespräche ebenfalls verkürzt oder sogar eingespart werden, während weitere Gespräche sogar erst notwendig werden, wenn PatientInnen, bei denen im SF-36 Health Survey Beeinträchtigungen festgestellt werden, geholfen werden soll. Damit ist der mit dem Interview verbundene zeitliche Aufwand als geringer anzusehen.

7. Schlussfolgerungen

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität kann sowohl mittels Interview als auch mittels Fragebogen erfasst werden, wobei beide Arten der Erfassung für unterschiedliche Erhebungszwecke geeignet sind. Während der Interviewleitfaden für den Zweck der

³ Zwei Patientinnen, die beide unter diversen Erkrankungen litten, die ihre Lebensqualität wesentlich beeinträchtigten, wurden nach dem Interview befragt, ob sie die mündliche oder die schriftliche Erfragung vorziehen. Beide PatientInnen gaben an, das Interview einer Fragebogenerhebung vorzuziehen, da sie dieses als persönlicher empfänden und sie das Gefühl hätten, in Fragebögen ihre tatsächlichen Probleme nicht entsprechend ausdrücken zu können.

patientInnenorientierten Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erstellt wurde, kann der Fragebogen vor allem zur Durchführung von wissenschaftlichen Studien und zum Vergleich der Lebensqualität zwischen PatientInnen und PatientInnengruppen zweckmäßig eingesetzt werden. Die im Fragebogen enthaltenen Antwortvorgaben ermöglichen eine einfache Vergleichbarkeit wodurch dieser auch eine hohe Reliabilität aufweist. Allerdings kann durch derartige Antwortvorgaben die *Validität* der Erhebungsmethode in Frage gestellt werden, da diese nicht unbedingt den tatsächlichen Problemen der PatientInnen gleichgesetzt werden können. So wurde auch aufgezeigt, dass PatientInnen mit ähnlichen Werten im SF-36 Health Survey ihren Angaben im Interview nach unterschiedlich stark beeinträchtigt schienen. PatientInnenangaben, die aus dem Interview resultieren, sind von den PatientInnen selbst individuell formuliert und enthalten daher in jedem Fall deren tatsächliche Beeinträchtigungen. Aus diesem Grund kann das Interview als valider angesehen werden. Aufgrund dieser individuellen PatientInnenangaben sind jedoch Vergleiche zwischen den einzelnen PatientInnen mit vielleicht unterschiedlichen Erkrankungen schwerer durchführbar.

Zur patientInnenorientierten Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann das Interview aufgrund des inhaltlichen Vergleiches als geeignete Methode angesehen werden. Es ist auch anzunehmen, dass die mündliche Erhebungsform dazu beiträgt, das gegenseitige Vertrauen und Verständnis zu fördern, da die dafür nötige Gesprächsbasis geboten und die Auseinandersetzung miteinander gefördert wird. Um PatientInnen das Gefühl vermitteln zu können, offen über ihre vielleicht sehr persönlichen Probleme zu sprechen, könnte es sich bei einer derartigen mündlichen Erhebung als günstig erweisen, wenn auch bereits im Vorhinein ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztIn und PatientIn besteht, wie es in dieser Untersuchung der Fall war.

Zusammenfassend können folgende Vorteile der Erfassung der Lebensqualität mittels Interview gegenüber einer Erfassung mittels Fragebogen genannt werden, die im Zuge dieser Arbeit aufgezeigt wurden:

- Durch das Interview kommt man zu ausführlicheren und individuelleren Angaben als durch den Fragebogen
- PatientInnenangaben aus dem Interview sind für ÄrztInnen besser nachvollziehbar
- Im Gegensatz zur Fragebogenerhebung kam es mittels Interview zu keinen widersprüchlichen Angaben

- Im Interview können Fragen, die durch bereits erfolgte Aussagen unnötig werden, weggelassen werden
- Auch über den Interviewleitfaden hinausgehende Fragen können im Interview gestellt werden
- Aus dem Interview gehen individuelle Zusammenhänge von Beeinträchtigungen zwischen den einzelnen Domänen hervor
- Im Interview kann erfasst werden, ob PatientInnen gleichzeitig unter mehreren Erkrankungen leiden und inwieweit einzelne Erkrankungen die Lebensqualität beeinträchtigen
- Aus dem Interview geht hervor, ob es sich bei Beeinträchtigungen um akute oder chronische Leiden handelt
- Unklare oder fehlende Angaben, zu denen es bei der Beantwortung des Fragebogens kam, gab es bei der Beantwortung des Interviews nicht
- Von zwei Patientinnen, die nach ihrer bevorzugten Erhebungsform gefragt wurden, präferierten beide die Erfassung mittels Interview
- Insgesamt ist der zeitliche Aufwand, der sich bei der Interviewerfassung ergibt geringer als jener, der für die Erfassung mittels Fragebogen nötig ist
- Während dem Interview können teilweise bereits Diagnosen gestellt und Therapien angeboten werden, wodurch auch über das Interview hinaus erfolgende Gespräche verkürzt oder eingespart werden können und somit durch den Einsatz des Interviews auch im weiteren Verlauf der zeitliche Aufwand verringert werden kann

In dieser Pilotstudie konnten somit durch eine erste Testung des Interviewleitfadens an einigen PatientInnen eine Reihe von Vorteilen dieser Erhebungsmethode aufgezeigt werden, die erkennen lassen, dass für die patientInnenorientierte Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Einsatz von Interviews eine geeignetere Alternative darstellt.

8. Literatur

- BAUMGARTINGER-SEIRINGER, Barbara (2003): Interaktive Bearbeitung von Schmerz- bzw. Krankheitsdarstellungen. Eine feministisch-kritisch diskursanalytische Untersuchung an Anamneseinterviews mit Patientinnen mit Beschwerden im Thoraxbereich, Wien, Diplomarbeit
- BULLINGER, Monika / KIRCHBERGER, Inge (1998): Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Handanweisung, Göttingen, Hogrefe

- BULLINGER, Monika (2000): Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey, In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung -Gesundheitsschutz, 43, Heidelberg, Springer, 190-197
- CREVENNA, Richard / ZETTINIG, Georg / KEILANI, Mohammad / POSCH, Martin / SCHMIDINGER, Manuela / PIRICH, Christian / NUHR, Martin / WOLZT, Michael / QUITTAN, Michael / FIALKA-MOSER, Veronika / DUDCZAK, Robert (2003): Quality of life in patients with non-metastatic differentiated thyroid cancer under thyroxine supplementation therapy, 2002, In: Support Cancer Care 11, 597-603
- DI BLASI, Zeldia / HARKNESS, Elaine / ERNST, Edzard / GEORGIU, Amanda, / KLEIJNEN, Jos (2001): Influence of Context Effects on Health Outcomes. A Systematic Review, The Lancet 357, 757–762
- GSTETTNER, Andreas (2001): Die Götter in Weiß und ihr „Fall“. Kritische Diskursanalyse zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient anhand von Erstgesprächen an einer onkologischen Ambulanz. Eine empirische Untersuchung, Graz, Diplomarbeit
- HEIN, Norbert / HOFFMANN-RICHTER, Ulrike / LALOUSCHEK, Johanna / NOWAK, Peter / WODAK, Ruth (1984): Kommunikation zwischen Arzt und Patient, In: Wiener Linguistische Gazette, Beiheft 4
- HOFMANN, Sabine (1991): Vorbereitete Schwerpunktsetzung, In: Heinz Tüchler / Dieter Lutz (Hrsg.), Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischem Kriterium Lebensqualität, Köln, Deutscher Ärzteverlag, 50-62
- KERR, Jacqueline / ENGEL, Jutta / SCHLESINGER-RAAB, Anne / SAUER, Hansjörg / HÖLZEL Dieter (2003): Communication, quality of life and age. Results of a 5-yaer prospective study in breast cancer patients, In: Annals of Oncology 14, 421-427
- LALOUSCHEK, Johanna / MENZ, Florian / WODAK, Ruth (1990): Alltag in der Ambulanz, Tübingen, Narr
- LALOUSCHEK, Johanna (1998): „Hypertonie?“ – oder das Gespräch mit PatientInnen als Störung ärztlichen Tuns, In: Fiehler, Reinhard (Hrsg.), Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation, Opladen, Westdeutscher Verlag, 97-115
- LALOUSCHEK, Johanna (1999): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch, In: Gisela Brünner / Reinhard Fiehler / Walter Kindt (Hrsg.), Angewandte Diskursforschung, Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen, Radolfzell, Opladen, Westdeutscher Verlag, 155-173
- LALOUSCHEK, Johanna (2002): Ärztliche Gesprächsausbildung, Verlag für Gesprächsforschung, Radolfzell
- LITTLE, Paul / EVERITT, Hazel / WILLIAMSON, Ian / WARNER, Greg / MOORE, Michael / GOULD, Clare / FERRIER, Kate / PAYNE, Sheila (2001): Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care. Observational study, British Medical Journal 24.02.2001, 322, 468-472
- LÖNING, Petra / SAGER, Sven F., Hrsg. (1986): Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche, Hamburg, Buske
- LÜTTERFELDS, Wilhelm (1991): Philosophische Aspekte des medizinischen Lebensqualität, In: Heinz Tüchler / Dieter Lutz (Hrsg.), Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischem Kriterium Lebensqualität, Köln, Deutscher Ärzteverlag, 162-187
- MENZ, Florian (1991a): Der geheime Dialog. Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation, Bern, Lang
- MENZ, Florian (1991b): “Zucker! Des Hams ma gar net gsagt!“ Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus. In: Dieter Lutz / Heinz Tüchler, Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischem Kriterium Lebensqualität, Köln, Deutscher Ärzteverlag, 33-43

- MENZ, Florian / NOWAK, Peter (1992): Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen in Österreich. Eine Anamnese, In: Reinhard Fiehler / Wolfgang Sucharowski (Hrsg), Kommunikationsberatung und –training, Opladen Westdeutscher Verlag, 79-86
- MENZ, Florian / LALOUSCHEK, Johanna / STÖLLBERGER, Claudia / VODOPIUTZ, Julia (2002): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen. Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie, In: Linguistische Berichte 191, Hamburg, Buske, 343-366
- MENZ, Florian / AL-ROUBAIE, Ali (in Druck): Quantifizierende Verfahren in der qualitativen Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation: Unterbrechungen, Status und Geschlecht, erscheint in: Peter Muntigl, Helmut Gruber, Martin Kaltenbacher (Hrsg.), Empirieorientierte Ansätze der Diskursanalyse im Vergleich Empirical approaches to discourse analysis, Bern, Lang
- MISHLER, Elliot G. (1984): The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews, Norwood, NJ, Ablex
- NEZHIBA, Sabine (2006): Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der ÄrztIn-PatientIn-Interaktion. Erstellung und Testung eines Interviewleitfadens aufgrund linguistischer Überlegungen zur patientInnenorientierten Erfassung, Wien, Diplomarbeit
- QUASTHOFF, Uta (1990): Das Prinzip des primären Sprechens. Das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip, In: Konrad Ehlich et al (Hrsg), Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen, Opladen, Westdeutscher Verlag, 66-81
- RADOSCHEWSKI, Michael (2000): Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße. Entwicklungen in Überblick, In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung –Gesundheitsschutz 43, Springer Verlag, 165-189
- REHBEIN, Jochen (1993): Ärztliches Fragen, In: Petra Löning / Jochen Rehbein (Hrsg.), Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses, Berlin, de Gruyter, 311-364
- SATOR, Marlene (2003): Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz, Wien, Diplomarbeit
- SPRANZ-FOGASY, Thomas (1992): Ärztliche Gesprächsführung. Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung, In: Reinhard Fiehler / Wolfgang Sucharowski (Hrsg), Kommunikationsberatung und –training, Opladen Westdeutscher Verlag, 68-78
- TÜCHLER, Heinz / LUTZ, Dieter, Hrsg. (1991): Lebensqualität und Krankheit. Auf dem Weg zu einem medizinischem Kriterium Lebensqualität, Köln, Deutscher Ärzteverlag
- WARE, John E. / SHERBOURNE, Cathy D. (1992): The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36), I. Conceptual framework and item selection, Medical Care 30, 473-483

Anhang:

Interviewleitfaden

Allgemeiner Gesundheitszustand: Wie gesund haben Sie sich in letzter Zeit/im letzten Monat gefühlt? Wie würden Sie im letzten Monat Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Körperliche Schmerzen: Haben Sie Schmerzen oder hatten Sie im letzten Monat/in letzter Zeit Schmerzen? Wenn ja, was hat Ihnen wehgetan? Wann traten die Schmerzen auf? Wie fühlten sich die Schmerzen an? Wodurch konnten die Schmerzen beeinflusst werden?

Vitalität: Haben Sie sich in letzter Zeit/im letzten Monat eher energisch und schwungvoll - kurz „vital“ - oder eher müde und erschöpft oder so wie immer gefühlt?

Körperliche Leistungsfähigkeit: Wie würden Sie Ihre körperliche Leistungsfähigkeit innerhalb der letzten vier Wochen oder des letzten Monats beschreiben? Schaffen Sie aufgrund Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit genauso viel, weniger oder mehr als vor ca. einem Monat, z.B. längere Strecken gehen, Stiegen steigen oder Sachen tragen?

Körperliche Rollenfunktion: Waren Sie innerhalb des letzten Monats/in letzter Zeit körperlich dazu in der Lage allen Ihren gewohnten täglichen Verrichtungen (Beruf, Hausarbeit, Hobbies) zufriedenstellend nachzugehen?

Psychische Gesundheit: Hat sich in letzter Zeit/im letzten Monat etwas an Ihrer seelischen oder psychischen Situation geändert? Gab es besondere Phasen der Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Motivationslosigkeit oder fühlten Sie sich besonders gut aufgelegt, überschwänglich und voller Tatendrang? Haben Sie ungewöhnliche Dinge erlebt, die andere nicht nachvollziehen konnten?

Emotionale Rollenfunktion: Haben Sie in letzter Zeit eine Beeinträchtigung im Umgang mit nahestehenden Menschen bemerkt? Hatten Sie vielleicht zum Beispiel zwischenmenschliche Probleme mit Ihrem Lebenspartner, Verwandten oder Freunden?

Soziale Funktionsfähigkeit: Haben Sie sich in letzter Zeit bei üblichen Tätigkeiten in der Öffentlichkeit oder bei gesellschaftlichen Anlässen beeinträchtigt gefühlt? Sind Ihnen zum Beispiel Einkäufe, Restaurantbesuche, Kino- oder Theaterbesuche schwer gefallen?