

Subjektive Gesundheit erheben – Zur Methodik

Matthias Morfeld, Corinna Petersen und Monika Bullinger

Gesundheit – ein Zustand, gekennzeichnet durch relativ gute Anpassung, Gefühle des Wohlbefindens und die Wirkung der eigenen Potenziale und Fähigkeiten.

Wolman 1973

Die Erhebung subjektiver Gesundheit orientiert sich an der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und umfasst die selbstberichtete körperliche, psychische, soziale Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit. Als neuer Gesundheitsindikator in der Medizin werden Daten zur subjektiven Gesundheit in der Epidemiologie, in klinischen Studien, in der Qualitätssicherung und in der Gesundheitsökonomie erhoben. Psychometrische Verfahren zur Erfassung der subjektiven Gesundheit lassen sich in krankheitsübergreifende (generic), d.h. für alle Befragten beantwortbar unabhängig vom aktuellen Gesundheitszustand sowie krankheitsspezifische Verfahren (targeted), d.h. bezogen auf bestimmte Erkrankungen wie z.B. Asthma, unterteilen (Ravensieberer, Cieza 2000).

Ein Beispiel für krankheitsübergreifende Verfahren ist der international weit verbreitete, in deutscher Sprache vorliegende SF-36 Health Survey (Ware 1996), der im Selbst- (oder Fremd-)bericht als Fragebogen (oder

Interview) über einen Zeitraum von einer (oder vier) Woche(n) vorliegt (Bullinger, Kirchberger 1998). Er erfasst mit 36 Items acht Subskalen subjektive Gesundheit sowie mit zwei aggregierten Summenskalen die körperliche und psychische Lebensqualität (Bullinger et al. 2002). Die Auswertung erfolgt über die gewichtete Summation und Transformation von 0 bis 100 der Itemantworten pro Subskala.

Der SF-12 erfasst als Kurzform mit zwölf Items die zwei Hauptdimensionen – die Körperliche (PHS) und die Psychische (MHS) Summenskala.

Von Public-Health-Interesse ist der Vergleich der Lebensqualität von Personen mit einer entsprechenden Referenzpopulation.

Innerhalb eines Projektes (Gesamt n = 746) zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei chronisch kranken Menschen in der Stadt Hamburg (Morfeld et al. 2002) wurden Personen mit Zustand nach Schlaganfall mit alters- und geschlechtsvergleichbaren Personen der

deutschen Referenzpopulation (Frauen n = 2732; Männer n = 2565) für den SF-36 gegenüber gestellt (Bullinger, Kirchberger 1998).

Der SF-36 bildet mit den Skalen körperliche Funktionsfähigkeit (KÖFU), körperliche Rollenfunktion (KORO), Schmerz (SCHM), Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES), Vitalität (VITA), soziale Funktionsfähigkeit (SOFU), emotionale Rollenfunktion (EMRO) und psychisches Wohlbefinden (PSYC) die subjektive Gesundheit ab. Die Abbildung zeigt die Abweichung von der alters- und geschlechtsspezifischen Referenzpopulation aus dem Bundesgesundheitsurvey (Bullinger, Kirchberger 1998, S. 49). Ein negativer Wert bedeutet dabei eine skalenentsprechende schlechtere Lebensqualität gegenüber der Referenzpopulation. Mit Ausnahme der Subskala Schmerz (SCH) treten in allen Skalen Beeinträchtigungen der Lebensqualität bei Schlaganfallbetroffenen auf, wobei die Frauen die größere Differenz als die Männer gegenüber ihrer jeweiligen Referenzgruppe (z = 0) aufweisen. Entsprechende Interventionen sollten auf die Reduktion dieser Differenzen zielen.

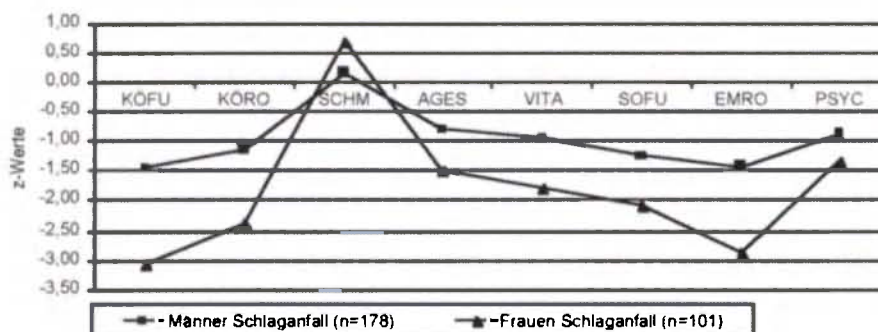


Abbildung: Abweichung von der alters- und geschlechtsspezifischen Referenzpopulation aus dem Bundesgesundheitsurvey.

(KÖFU = körperliche Funktionsfähigkeit, KORO = körperliche Rollenfunktion, SCHM = Schmerz, AGES = allgemeine Gesundheitswahrnehmung, VITA = Vitalität, SOFU = soziale Funktionsfähigkeit, EMRO = emotionale Rollenfunktion, PSYC = psychisches Wohlbefinden)

Literatur im Internet.

Dr. Matthias Morfeld, MPH
Dipl. Psych. Corinna Petersen
Prof. Dr. Monika Bullinger
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik
für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52 – Haus S35
20246 Hamburg
Tel.: 040/42803-3871
Fax: 040/42803-4940
morfeld@uke.uni-hamburg.de