

Lebensqualität in der Medizin

Laszlo Kovacs, Roland Kipke, Ralf Lutz (Hrsg.)
 Springer VS, Wiesbaden 2015
 372 Seiten
 ISBN 978-3-658-10678-2

Lebensqualität ist ein komplexes, multidimensionales Konzept, das von der Weltgesundheitsorganisation als die „subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ definiert wird (WHO 1995).

Manche meinen, den Begriff „Lebensqualität“ bis in die Antike zurückverfolgen zu können, die meisten kommen nur bis zum 18. Jahrhundert.

Der Entwurf einer neuen Wirtschaftspolitik in den USA in den 1960er Jahren, der auf eine Steigerung der Lebensqualität abzielte, signalisierte den Start einer inflationären Verwendung des Begriffes Lebensqualität: Seitdem wird in der Ökonomie auf Lebensqualität gesetzt, um das stagnierende Wirtschaftswachstum einer Gesellschaft anzukurbeln, die an der Sättigungsgrenze angekommen ist. Damit Lebensqualität messbar wird, wurden oft Lebensqualität und quantifizierbare Lebensbedingungen gleichgesetzt. Die empirische Glücksforschung weiß aber, dass sich Menschen unter objektiv guten Bedingungen schlecht fühlen können (Unzufriedenheitsdilemma) und Menschen in objektiv schlechter Lage glücklich und zufrieden sein können (Zufriedenheitsparadoxon). Die Einbeziehung der subjektiven Komponente bedeutet eine beträchtliche Steigerung der Komplexität des Begriffes und bringt beachtliche Messprobleme mit sich.

Bei der Verwendung des Begriffes Lebensqualität in der Medizin kann man in den letzten 40 Jahren drei Etappen unterscheiden. In der ersten wurde der Begriff als Ziel zweiter Wahl und als Vergleichskriterium eingeführt. In der Palliativmedizin wird Lebensqualität überhaupt zum Ziel jeder Maßnahme.

In der zweiten Etappe wird Lebensqualität zum neuen medizinischen Konzept, das die Gesundheitsdefinition um den Parameter Lebensqualität erweitert und bedeutende nicht somatische Dimensionen des Menschlichen in die Heilkunst integrieren will. Diese Strategie ist als Regulativ gegen die Fehlentwicklung der Übertechnisierung, der Ökonomisierung und der Politisierung der Medizin, d. h. ihrer Entmenschlichung gedacht.

In der dritten Etappe wird der Begriff Lebensqualität auch im Zuge der Euthanasiediskussion zunehmend mit dem Lebensrecht in Zusammenhang gebracht und maßt sich damit an, die Bedingungen eines lebensunwerten Lebens zu bestimmen, was unmittelbar auf die Begriffe von Person und Menschenwürde hinweist.

Gerade bei der Behandlung von malignen Erkrankungen hat die Bedachtnahme auf die zu erwartende Lebensqualität des Patienten in manchen Fällen zur Einbeziehung der Möglichkeit des Behandlungsverzichts geführt. Dadurch kann dem Patienten eine nebenwirkungsreiche Chemotherapie mit oft nur geringem Gewinn an Lebenserwartung erspart werden. Die Neonatologie sucht ebenfalls in der voraussehbaren Lebensqualität eine Entscheidungshilfe bei schwierigen Situationen. Die Gefahr dabei besteht darin, dass die Lebensqualität zum Maßstab für die Sinnhaftigkeit des Lebens wird.

Der Begriff ist nach und nach von vielen wissenschaftlichen Disziplinen – z. B. Philosophie, Theologie, Soziologie, Wirtschaftswissenschaften, Psychologie und Medizin übernommen worden. Diese haben in den letzten drei Jahrzehnten sehr intensiv darüber geforscht.

In der Folge einige Auszüge aus dem zu besprechenden Band, ohne Rücksicht auf Zusammenhang, aber bezeichnend für die Schwierigkeiten, auf die man bei der Behandlung des Begriffes Lebensqualität stößt:

Zur Berechnung des Erfolgs medizinischer Maßnahmen und zur Entscheidung über ihren Einsatz sollen im Gesundheitswesen patientenre-

levante Endpunkte herangezogen werden. Neben der Verlängerung der Überlebenszeit (Senkung der Mortalität) wird die Verbesserung der Lebensqualität als solcher patientenrelevanter Endpunkt für medizinische Maßnahmen definiert. Diese Festlegung wird immer wieder durch die faktische Gestaltung von Wirksamkeitsstudien zugunsten anderer Endpunkte und Surrogatparameter umgangen (Daniel R. Friedrich).

Medizinische Lebensqualitätsforschung beschäftigt sich seit etwa den 1970er Jahren damit, diese Grundidee von Lebensqualität als patientenrelevanten Endpunkt zu konzeptualisieren und zu operationalisieren. Das Problem liegt u. a. im Zusammenfassen von Messergebnissen in verschiedenen Surrogatparametern zu einem komplexen Score. Diese Schwachstelle der aktuellen Lebensqualitätsmessung sollte dazu führen, operationalisierte Lebensqualität zurückhaltender einzusetzen (Daniel R. Friedrich).

Alexa Nossek verwendet den Begriff Individuen, um die Rede von Personen zu vermeiden, da ihrer Meinung nach Säuglinge und schwerst geistig Behinderte keine Personen sind. So steht es zumindest im 2. Kapitel ihres Artikels.

Generell gilt, dass Lebensqualität kein wertneutraler Begriff ist. Gerade die krankheitsübergreifenden Lebensqualitätsinstrumente rekurren implizit auf seine Norm des körperlich fitten, psychisch gesunden, sozial integrierten und funktionell kompetenten Menschen, der zumindest in unserer Kultur besonders hoch geschätzt wird. Wenn solche Lebensqualitätsbewertungen den Therapieentscheidungen zugrunde liegen, ist Sorge dafür zu tragen, dass Patientengruppen nicht systematisch diskriminiert werden (z. B. körperlich behinderte oder psychisch kranke Patienten), (Monika Bullinger).

Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist ein relativ neues, rein wissenschaftliches und beliebiges Konstrukt ohne Bezug zur Laiensprache. Deshalb ist es schlecht und uneinheitlich definiert. Goldstandards, anhand derer

Messinstrumente validiert werden können, existieren nicht. Vielleicht sind einige Messinstrumente nicht für den intendierten Zweck geeignet. Trotzdem wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität jetzt für viele verschiedene Zwecke genutzt, und ihre Messung ist ein wichtiger Teil der Gesundheitsforschung (Peter G. Robinson).

Bei einer Konzeption der Lebensqualität als subjektivem Wohlbefinden können auch praktische Schwierigkeiten auftreten, da der Zusatznutzen dann höher ist, wenn auch Lebensqualitätseffekte nachgewiesen werden können, steigt in der Folge die Wahrscheinlichkeit für einen hohen Erstattungspreis des Arzneimittels (David Lohrberg, Christine Blome).

Parameter wie Altersgewichtung und Diskontierung werden in aktuellen Studien meist nicht mehr angewendet.

Alzheimer-Demenz und Lebensqualität sind also nicht per se ein Widerspruch, aber es ist nicht immer einfach, Lebensqualität bei Demenz zu erkennen. Narrative Zugänge können für dieses Erkennen sensibilisieren (Martina Schmidhuber).

Auf den 368 Seiten dieses Buches bemühen sich 36 Autoren redlich, der Aufgabe einer Definition und Systematisierung des Begriffes Lebensqualität nachzukommen.

Beim sehr genauen Durchlesen des Buches findet man keinen Beitrag, in dem die eigene These nicht relativiert, in Frage gestellt oder als nicht umfassend bewertet wird.

Es stellt sich die Frage, ob die Erfahrung von Paradoxien in medizinischen Entscheidungen, also das Akzeptieren der Ohnmacht und der Unfassbarkeit des Lebens, nicht einen größeren theoretischen Stellenwert erhalten sollte.

Mit dem Einsatz von Lebensqualität als einem therapeutischen Ziel geht man über die naturwissenschaftlich überprüfbare Deskription hinaus. (Johannes G. Meran).

Wenn die Beschäftigung mit dem Begriff Lebensqualität eines zeugt, dann, dass es eine Vielzahl unterschiedlicher Anwendungsfälle und Kontexte

gibt, die kaum etwas miteinander zu tun haben, um unterschiedliche Fragestellungen und ethische Probleme kreisen und ein unterschiedliches begriffliches Werkzeug zu erfordern scheinen. Anwendungsbereiche sind etwa Krankenhaus, Pflegeheim, Hospiz, Behindertenwohnheim u. ä. Eine Erwägung der Lebensqualität kann der Rechtfertigung von Abtreibung, Sterbehilfe und Euthanasie dienen. Sie kann jedoch auch auf die Verbesserung von Lebensbedingungen von Patienten oder Heimbewohnern abzielen. Man kann über episodische und permanente Lebensqualität sprechen, subjektive und objektive Kriterien anlegen, man kann den Begriff deskriptiv oder normativ verwenden, graduell oder absolut, die erst- oder drittpersonliche Perspektive einnehmen und somit sich selbst und anderen Lebensqualität zuschreiben, Lebensqualität antizipieren, gegenwärtig oder retrospektiv, *top down* oder *bottom up* betrachten u.s.w.

Angesichts dieser Fülle von Aspekten kann man die Frage stellen, wie der Begriff Lebensqualität zu verstehen sei.

Das menschliche Dasein geht nicht ohne Begrenzungen und Begrenztheiten ab, die jedoch ihren Bedeutungsgehalt haben. Der bloße Hinweis auf Lebensqualität hat seine Wurzeln in einer hedonistischen Weltanschauung. Wer dem christlichen Weltbild den Vorrang einräumt, muss seinem Handeln eine andere Werteskala zugrunde legen. Das Sein hat absoluten Vorrang vor dem Haben, die Person vor den Dingen. Die Mentalität des zeitgenössischen Hedonismus und Materialismus schreibt nur demjenigen einen Wert zu, was sich auf der Ebene des Habens abspielt, d. h. Dingen, Ereignissen und Eigenschaften, die sich in Kategorien des Nutzens, der Qualität oder des Reichtums ausweisen lassen. Das Leben wird von außen und nicht von innen her bewertet. Wertlos hingegen erscheint das, was auf der Ebene des Seins liegt, d. h. was der Mensch an sich ist; seine innere Dimension wird ausgeblendet. Mit anderen Worten, das Leben wird auf die Eigenschaften reduziert, die zum Vollzug gewisser Funktionen notwendig sind

und infolgedessen wird dem Leben gerade soviel Wert zugeschrieben (Lebensqualität), wie seine Eigenschaften ausmachen. Auf dieser Argumentationslinie kann das Leben lebensunwert werden, weil infolge des Verlustes von Eigenschaften die Lebensqualität unter zumutbare Grenzen sinkt. Die Menschenwürde ist inkommensurabel. Keine ihrer Dimensionen (personale Einzigartigkeit, personale Selbstbestimmung, personale Dimension des menschlichen Herzens, personale Dimension der menschlichen Geschöpflichkeit, Transzendenz) wird durch Einschränkungen der Lebensqualität verändert, solange der Mensch lebt.

Nicht die Lebensqualität, sondern die Menschenwürde wird der Schlüsselbegriff bei der Entscheidung über Lebensverkürzung oder Lebensverlängerung sein. Bei der Prüfung der Frage des Behandlungsabbruches oder -verzichts spielt die Lebensqualität eine Rolle, allerdings eine akzidentielle. Menschenunwürdig ist bei einem Schwerkranken nie der Mangel an Lebensqualität, sondern das Verhalten der Umgebung. Dem Tabu des Sterbens sollte man nicht durch Aufgeben, sondern durch sorgsame Aufmerksamkeit und Betreuung begegnen.

C. Schwarz

Post-Abortion Trauma: Possible Psychological and Existential Aftermaths

Pontifical Academy for Life, Rome 2014

210 Seiten, 3 Tabellen

ISBN 978-88-97830-27-6

Die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen hat epidemische Ausmaße angenommen. Schätzungen beziffern die Zahl der Abbrüche auf 50 Millionen weltweit pro Jahr, was etwa einem Drittel aller Schwangerschaften entspricht. Dabei betrifft jeder zweite Schwangerschaftsabbruch eine Frau, die bereits früher einmal abgetrieben hatte. Die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in den meisten Ländern hat das Unrechtsbewusstsein einer derartigen Handlung schwinden und zu einem legitimen nachgeordneten Mittel der

Geburtenregelung werden lassen.

Proponenten eines legalen Schwangerschaftsabbruchs verweisen auf seine „heilende“ therapeutische Wirkung im Falle eines Schwangerschaftskonflikts und betrachten ihn gleichsam als indizierte medizinische Maßnahme. Gegner eines Schwangerschaftsabbruchs verweisen hingegen – nebst seiner Unsittlichkeit – auf einen gegenteiligen Effekt, nämlich auf das psychische und existentielle Trauma, welches ein Schwangerschaftsabbruch im Leben einer Frau – oder auch ihres Partners – mitunter lebenslang nach sich ziehen kann.

Angesichts solch widersprüchlicher Behauptungen hat es die Päpstliche Akademie für das Leben unternommen, die seelischen und existentiellen Folgen eines Schwangerschaftsabbruches wissenschaftlich untersuchen zu lassen. Die Aufgabe wurde zwei US-amerikanischen Autoren, Vincent M. Rue (Florida) und Priscilla K. Coleman (Ohio), sowie zwei an der Katholischen Universität von Valencia (Spanien) wirkenden Autoren, Justo Aznar und Germán Cerdá, übertragen.

Vincent Rue hatte im Jahr 1981, nur ein Jahr nach der Erstbeschreibung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS/PTSD) und angelehnt an diese, das von ihm so benannte „Post-Abortion Syndrome“ (PAS) beschrieben. In der vorliegenden Schrift rechtfertigt Rue die Abgrenzung dieses Syndroms, wenngleich es bis heute nicht in der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation gelistet ist. Priscilla Coleman, eine ursprüngliche Mitarbeiterin Rue's, bestätigt anhand einer eingehenden Literaturstudie der letzten 40 Jahre das Vorhandensein einer oft länger anhaltenden seelischen Traumatisierung nach Schwangerschaftsabbruch, verweist aber auf die Vielgestaltigkeit ihrer Ausprägung je nach der zugrunde liegenden Persönlichkeit und Konfliktlage und möchte daher lieber von einem „Post-Abortion Trauma“ (PAT) sprechen. In dieselbe Kerbe schlagen die beiden spanischen Autoren, welche sich auf vier ausgedehnte Metaanalysen und einige besonders gut kontrollierte Einzelarbeiten stützen. Nach objektiver Sichtung stellt sich heraus, dass

von jenen Frauen, die einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, etwa ein Drittel an einem PAT leidet, ein Drittel von einer seelischen Erleichterung berichtet und ein weiteres Drittel sich indifferent äußert. Die Autoren weisen auf konkrete Indikatoren hin, welche bereits vor dem Abbruch mögliche seelisch nachteilige Folgen abschätzen lassen und verlangen, dass die vorangehende Beratung diese Fakten berücksichtigen müsse. Im Gegensatz dazu wird heute im Beratungsgespräch fast ausschließlich nur die Aussicht auf seelische Erleichterung betont, die auch tatsächlich eher eintritt, wenn etwa der abzutreibende Embryo als bloßes „Gewebe“ bezeichnet wird – unter Vorgabe einer vorsätzlichen Verdrehung der Tatsachen also, die das Gewissen beruhigen soll.

Man mag bedauern, dass die vorliegende Schrift kaum auf therapeutische Ansätze, ihre Methoden und Erfolgsraten, eingeht. Wohl wird auch die spirituelle Dimension kurz beleuchtet, doch fehlt ein Hinweis, dass die vor dem Gewissen unvergebene Schuld häufigster Auslöser dieser seelischen Störung ist. Aus katholischer Sicht bietet hier das Sakrament der Vergebung eine wichtige Therapieoption für ein Post-Abortion Trauma.

Die Broschüre bietet indes eine umfassende Darstellung der Problemlage und ist Personen, die beratend für Frauen im Schwangerschaftskonflikt engagiert sind, zu empfehlen.

W. Rella

Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge. Theoretische Grundlagen, interreligiöse Perspektiven, Praxisreflexionen

Hille Haker, Gwendolin Wanderer, Katrin Bentele (Hrsg.)
 Reihe *Medical Ethics in Health Care Chaplaincy. Medizinethik in der Klinikseelsorge*, Bd. 4
 LIT Verlag, Münster, Berlin, Wien 2014
 440 S.
 ISBN 978-3-643-11961-2

Für den rücksichtsvollen Umgang mit kranken Personen, die leiden oder sogar im Sterben liegen, sind praxiserprobte Erfahrungen eine besonders große Hilfe. Deshalb ist es ein Glück, dass

es den Sammelband „Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge“ gibt. Er ist eine Fundgrube voller wertvoller Informationen und bedenkenswerter Sichtweisen und Zugänge für alle, die im Seelsorge-Team eines Krankenhauses, aber auch darüber hinaus in Medizin und Pflege bzw. im Sozialbereich mit und für Menschen arbeiten. Eine besondere Brisanz erhält die Thematik sicher in Zeiten, da in der Gesundheitsversorgung immer mehr Menschen aus anderen Kulturen vertreten sind.

Das Buch, das als vierter Band in der Reihe „Medizinethik in der Klinikseelsorge“ erschienen ist, öffnet den Blick für die großartige Weite des menschlichen Lebens. Es enthält die Erkenntnisse einer internationalen Fachtagung zur Klinikseelsorge, die 2010 an der Goethe-Universität Frankfurt stattfand, sowie weiterführende Überlegungen zu aktuellen Fragestellungen und Herausforderungen. Alle 21 Beiträge helfen, Patienten besser zu verstehen und ihren Bedürfnissen gerechter zu werden. Seelsorge kann dadurch wirksamer organisiert und in das Gesamtgefüge der Patientenbetreuung integriert werden.

Ein höchst gelungener Auftakt für die anschließende Diskussion mit Stellungnahmen aus unterschiedlichen religiösen Perspektiven ist die erhellende Beschreibung der Krankenhaussituation auf Seite 37: „Das Krankenhaus ist nun eine der Institutionen, in denen die Trennung von öffentlicher und privater Sphäre ständig unterlaufen wird (...) Die Akteure in einem Krankenhaus handeln als Vertreter und Vertreterinnen ihrer Professionen, aber zugleich bringen sie auch ihre Geschichte mit – dies gilt keineswegs nur für die Patienten, sondern genauso auch für die Pflegekräfte, die Ärzte und die Seelsorger, und darüber hinaus für das gesamte Personal, das das System Krankenhaus trägt. Im Krankenhaus wird ‚geboren und gestorben‘, und zwischen diesen beiden Extremen werden Krankheiten oder Unfälle diagnostiziert und behandelt. Eltern heißen ihre neugeborenen Kinder willkommen, Eltern trösten Kinder und trauern zuweilen um sie; Paare halten zusammen und müssen sich

zuweilen endgültig voneinander verabschieden. Manche Menschen merken, dass sie kein soziales Netz haben, andere werden von ihren Familien umsorgt. Und viele Menschen legen ihren Glauben nicht an der Pforte ab, sondern im Gegenteil, sie suchen Zuflucht zu ihm, lernen ihn neu kennen, oder verabschieden sich auch von ihm. Kurz: das Krankenhaus ist ein Ort des institutionellen, sozialen und persönlichen Handelns, aber auch Ort der existentiellen Selbstkonfrontation.“

Bernhard Dörr berichtet in seinem wunderbar lesbaren und stellenweise humorvollen Aufsatz, dass viele Menschen das Bedürfnis haben, „im ‚System Krankenhaus‘ die eigene Lebens- und Krankengeschichte zu erzählen, um auf diese Weise als ‚ganzer‘ Mensch in Erscheinung treten und sich behaupten zu können“. Von Seiten der Seelsorge erfordere dies „ein zeitlich angemessenes Verweilen und eine authentische persönliche Zuwendung“. Deshalb ist der Seelsorger in Dörres Augen immer auch „Anwalt des Menschlichen und der menschlichen Perspektive“; jemand, der die Aufgabe hat, „Menschen so in das Ganze der Wirklichkeit hinein zu begleiten, dass diese ihre radikale Endlichkeit nicht überspringen oder ausblenden, sondern vielmehr auszuhalten und anzunehmen lernen“. Kranksein gehört somit zum Grundverständnis des Menschen und darf nicht als ein menschlicher Makel angesehen werden, der die menschliche Würde mindert. Abschließend gibt Dörr noch zu bedenken, dass gerade das, was in der Krankheit trägt, auch im späteren Leben, nach dem Krankenhausaufenthalt, prägend bleiben könne.

Wie die Teile eines Mosaiks fügen sich die hier zusammengetragenen Einsichten erfahrener Seelsorger zu einem großen Ganzen zusammen und laden zum Weiterbauen ein. Ein solches Mosaiksteinchen ist zum Beispiel der Beitrag von Jürgen Janik über die interreligiöse Seelsorge. Zum „Raum der Stille“, der über keinerlei religiös zuordenbare Symbole verfügt, stellt er die völlig berechtigte Frage, „ob die christlichen Seelsorgenden den Besuchern damit nicht eine Möglichkeit der Aus-

einandersetzung mit ihrer Kernbotschaft vom mitleidenden und erlösenden Gott in Jesus Christus am Kreuz nehmen. Unter Umständen führt der Verzicht auf das Spezifische und die Reduktion auf das Verbindende zum Verzicht auf die Möglichkeit der Vertiefung und zur Beschäftigung mit Antwortangeboten auf das, was suchende bzw. gläubige Besucher einer Kapelle bewegt.“ Er berichtet von seinen Erfahrungen am Northwestern Memorial Hospital in den USA und gelangt wohl zu einem ähnlichen Schluss wie der Leser dieses eindrucksvollen Buchs, wenn er schreibt: „Gelebte Diversität beruht auf dem Respekt und der Wertschätzung der Unterschiedlichkeit von Kulturen, Lebensweisen und Religionen. Sie ist Antwort auf und Ausdruck von gottgegebener Freiheit. Für die christliche Seelsorge folgt daraus einerseits die Herausforderung zur Weiterentwicklung ihrer interkulturellen und interreligiösen Kompetenz für das eigene Tun. Zum anderen gilt es, mit Demut die Andersartigkeit der anders Glaubenden zu respektieren. Das heißt dann auch, die Eigenart des helfenden Tuns anderer Religionen wertzuschätzen.“

D. Hartig