

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Quality of life - Therapieziel oder Schlagwort?

Gaul G

Journal für Kardiologie - Austrian

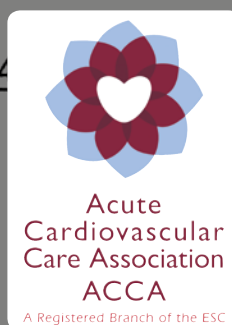
Journal of Cardiology 1999; 6

(12), 617-621

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Member of the



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

ESC-Editor's Club

Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Mozartgasse 10

Preis: EUR 10,-

Mitteilungen aus der Redaktion

Die meistgelesenen Artikel



Journal für Kardiologie

Zeitschrift für Gefäßmedizin



Journal für Hypertonie

Quality of life – Therapieziel oder Schlagwort?

Georg B. Gaul

Lebensqualität ist auch in der medizinischen Literatur zu einem neuen Begriff geworden. Zumeist wird er derzeit in der Evaluation chronischer Erkrankungen herangezogen. Ursprünglich war Lebensqualität ein Begriff der Sozioökonomie, hat aber jetzt langsam auch in der medizinischen Literatur Akzeptanz gefunden. Allerdings gibt es keine einheitliche Definition für diesen Terminus, sodaß mit dem gleichen Wort durchaus Verschiedenes gemeint sein kann. Es muß daher klargestellt werden, daß Studien, die sich mit Lebensqualität befassen, klar definieren, was und unter welchen Gegebenheiten sie damit messen (können), da sonst Fehlinterpretationen durchaus entstehen könnten. Trotzdem muß aber anerkannt werden, daß Studien, die Tests zur Lebensqualität beinhalten, den Menschen in seiner Gesamtheit als nicht nur somatisch Kranken, sondern in der zusammen damit bestehenden psychosozialen Dimension beschreiben.

*Quality of life is a newer term in cardiology, described mostly in long-term observations of chronic cardiac diseases. Originally coming from the socioeconomic scenery, it is now used in the medical literature with small but growing evidence. However, as its definition is not a distinct one, it may be used in many clinical entities with different meanings and targets. Therefore, quality-of-life tests used in a study should be explained clearly to the reader for defining the specific targets of the different tests, otherwise misuse or simple misinterpretation of the results of an investigation may be possible, as physicians usually are not experienced with this kind of evaluating patients. The great step ahead by using quality of life assessments is the perception of the sickness of the patient in his entire psycho-social environment. **J Kardiologie 1999; 6: 617–21.***

Der Begriff „Lebensqualität“ wurde Anfang dieses Jahrhunderts erstmalig als Übersetzung des englischen Terminus „quality of life“ in der Wohlfahrtsökonomie verwendet. Er ist also zunächst ein Begriff aus Ökonomie und Sozialwissenschaften und wurde schon dort zur umfassenderen Charakterisierung sozialpolitischer Gegebenheiten benutzt. In diesem Zusammenhang umfaßt er drei Merkmale:

1. *Lebensqualität ist mehrdimensional*; d. h. zum Unterschied von eindimensionalen Begriffen wie Inflationsrate oder Wirtschaftswachstum umfaßt die Lebensqualität auch Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse, Gesundheit, Bildung, Zustand der Umwelt etc.

2. *Lebensqualität hat eine objektive und eine subjektive Dimension*, die nicht unbedingt deckungsgleich sein müssen: eine kollektiv gute Lebensqualität und eine damit übereinstimmende subjektiv ebenfalls als gut erlebte Lebensqualität werden gemäß einer Terminologie der OECD als „well-being“ bezeichnet, schlechte subjektive Lebensqualität in einem objektiv auch im Kollektiv schlechten Umfeld als Deprivation, die subjektiv als gut erlebte Lebensqualität in einem objektiv qualitativ schlechten Umfeld als Adaptation und das Gegenteil als Dissonanz. Dabei gilt es als erwiesen, daß der Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und dem subjektiven Wohlbefinden nicht sehr stark ist, daß also die subjektiv erlebte Lebensqualität ein sehr eigenständiger Begriff ist. Hier hinein fallen auch sozialwissenschaftlich gebrauchte Termini wie Glück oder Zufriedenheit. Beeinflußt werden diese Begriffe von den Sorgen, Problemen, Ängsten, Wünschen, Hoffnungen etc. des einzelnen Individuums und sind dementsprechend schwer zu definieren.

3. *Lebensqualität hat eine gesellschaftspolitische Dimension*: Im sozialpolitischen Sinn wird die Lebensqualität eines Kollektives anhand von Kriterien wie Sicherheit, Freiheit des Einzelnen, Verteilungsgerechtigkeit, öffentliche Wohlfahrt, Altersvorsorge etc. definiert. Hierher gehört auch der ökonomische Begriff des qualitativen Wachstums im Gegensatz oder in Ergänzung zum Nullwachstum einer Gesellschaft, um weg vom reinen Denken des Wirtschaftswachstums zu kommen.

Aus all dem wird klar, daß Lebensqualität einer jener Begriffe ist, der umgangssprachlich viel verwendet wird, der aber aufgrund der subjektiven Komponente und der zahlreichen Einflußgrößen noch keinen allgemein akzeptierten Teststandard hat. Die Messung der Lebensqualität kann daher u. U. entsprechend dem Anwender oder dem Auftrag eingesetzt werden und die seriöse Forschung in Mißkredit bringen. Ich glaube, daß dieser sozialwissenschaftliche Exkurs notwendig war, da diese Begriffe uns Medizinern zwar geläufig sind und hier auch die Analoga zur medizinischen Lebensqualitätsforschung klarer werden, wir aber mit Meßinstrumentarien, die aus der Soziologie kommen, zunächst überfordert sein können.

In der Medizin bekommt der Begriff Lebensqualität langsam, aber stetig zunehmend, Bedeutung, und zwar als „health-related quality of life“, also die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Sie wird zur Verlaufskontrolle von Krankheiten, zur besseren Graduierung des Schweregrades einer Erkrankung und zur besseren Beurteilung äquivalenter oder – nach den herkömmlichen Meßkriterien äquipotenter – Therapien herangezogen. Die Definition von „health-related quality of life“ ist kompliziert und wird nach Monika Bullinger in drei verschiedenen Arten versucht [1, 2]:

1. Individualzentriert, d. h. nur durch das individuelle Erleben zu definieren, etwa als Differenz zwischen angestrebten Zielen und erfahrener Realisierung.

2. Interindividuell, d. h. daß für verschiedene Personen eine bestimmte Anzahl von Items oder Dimensionen anstrebbar, wünschenswert, von Relevanz sind: etwa das körperliche, psychische, soziale und funktionale Wohlergehen. Diese Dimensionen sind, wie gleich gezeigt werden wird, anhand der Test-Items der Fragebögen um einige Dimensionen erweiterbar, lassen sich aber im wesentlichen darauf zurückführen (sog. operationale Definition).

3. Lebensqualität als implizites Konstrukt: Diese dritte Definition geht davon aus, daß weder intra- noch interindividuelle Kriterien für Lebensqualität maßgebend sind, sondern Patientenpräferenzen gemessen werden, etwa das Wiedererlangen einer definierten Belastbarkeit bei Zustand

nach Herztransplantation [1]. Dieser „cost utility“-Ansatz gewinnt in der Gesundheitsökonomie immer mehr Bedeutung.

Auf dem Kongreß der American Heart Association 1998 in Dallas fanden sich unter 4.552 Beiträgen 19 mit dem Stichwort Lebensqualität. Bei folgenden kardiologischen Entitäten wurde die Lebensqualität evaluiert:

- 6 Abstracts zu Herzinsuffizienz
- 5 Abstracts zur koronaren Herzkrankheit
- 2 Abstracts zur Verlaufskontrolle von HTX-Patienten
- 2 Abstracts zur Therapiekontrolle bei Vorhofflimmern
- 2 Abstracts zur besseren Evaluation von Pat. mit Syndrom X
- 1 Abstract zur Verlaufskontrolle nach Defi-Implantation
- 1 Abstract zur Verlaufskontrolle nach Schlaganfall

Welche Tests wurden dabei angewandt und was beinhalten sie?

In 7 Studien wurde die „Medical Outcome Survey“ Short Form SF 36, in 4 Studien die „Nottingham Health Performance“ (ausschließlich Studien aus dem UK) und t-Tests wie etwa das „Sickness Impact Profile“, der „Quality of Life Index – Cardiac Version“ und die „Heart Transplantation Symptom Checklist“ angewandt.

Zusätzlich wurden noch Tests angewandt, die nur je einmal in diesen 19 Arbeiten aufgezählt wurden. Insgesamt wurden 37 Tests genannt, also fast 2 Tests pro Arbeit. Dabei ist zu erkennen, daß es *krankheitsübergreifende* Tests gibt, die bei allen Entitäten eingesetzt werden und *krankheitsbezogene*, die nur für eine besondere Krankheitsgruppe herangezogen werden. Zu den *krankheitsübergreifenden* Tests zählen:

- Medical Outcome Survey Short Form SF 36,
- Nottingham Health Performance,
- Sickness Impact Profile,
- Quality of Life Index – Cardiac Version.

Zu den *krankheitsbezogenen* Tests:

- Heart Transplantation Symptom Checklist u. ä.

Was beinhaltet so ein Test und welche Aussage kann ich von ihm erwarten?

Sehen wir uns den in diesen Studien am häufigsten angewandten Test, die Medical Outcome Study Short Form, an. Er fragt 8 verschiedene Bereiche, sog. Dimensionen, ab:

1. Körperliche Funktionsfähigkeit
2. Körperliche Rollenfunktion
3. Körperliche Schmerzen
4. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
5. Vitalität
6. Soziale Funktionsfähigkeit
7. Emotionale Rollenfunktion
8. Psychisches Wohlbefinden

Nach Monika Bullinger, der deutschen Expertin für Lebensqualitätsforschung, gibt es derzeit mehr als 1000 „health-related quality of life“-Tests [1, 2]. Sie sind zum größeren Teil krankheitsübergreifende Tests, zumeist eng-

lisch, das heißt, für den deutschen Sprachraum nicht einsetzbar. Um den internationalen Vergleich einer Lebensqualitätsaussage zu sichern, sind mehrsprachig einsetzbare Fragebögen erforderlich. Diese gibt es nur zu einem geringen Teil, so etwa den SF 36 Fragebogen oder den Nottingham Health Performance Fragebogen. Zu diesem Zweck muß jeweils eine Übersetzung an einer entsprechend-sprachigen Bevölkerung validiert, d. h. auf die gleiche Aussagekraft wie in der ursprünglichen Sprache geprüft werden. Darüber hinaus gibt es auch auf den deutschen Sprachraum beschränkte Fragebögen, wie etwa der SELT von Averbek oder ALLTAGSLEBEN oder den Fragebogen „Münchener Lebensqualitäts-Dimensionen Liste“ von M. Bullinger, die aber auf Grund ebendieser nationalen Eingrenzung sicher keine große, über das Nationale hinausgehende Bedeutung haben. Um diese Barriere zu überwinden, gibt es auch internationale Ansätze, solche Fragebögen nicht einfach zu übersetzen, sondern gemeinsam einen neuen übernationalen zu entwickeln: etwa von der European Organisation for Research and Treatment of Cancer, der EORTC-quality of life Fragebogen, oder der Fragebogen der WHO, der WHOQOL-questionnaire. Es ist also erkennbar, daß eine Internationalisierung der Testbatterien angestrebt wird, daß aber derzeit noch keine allgemein akzeptierten Testformen vorhanden sind.

Jeder dieser Tests muß selbst psychometrisch validiert werden, d. h. er muß normiert, zuverlässig und gültig sein.

- Normen müssen anhand eines genügend großen gesunden Vergleichskollektivs in der jeweiligen Sprache erstellt und definiert werden. Dabei wird der Test auf Objektivität, Reliabilität und Validität geprüft.
- Objektivität ist der Grad, in dem Testergebnisse unabhängig vom Untersucher sind.
- Die Reliabilität oder Zuverlässigkeit eines Tests ist der Grad der Genauigkeit, mit dem ein Test ein bestimmtes Merkmal mißt. Sie wird mittels der inneren Konsistenz, mit einem Wert $\alpha > 0,70$ nach Cronbach gekennzeichnet. Die sog. Retest-Reliabilität oder Stabilität eines Tests gibt sodann an, ob – bei Wiederholung des Tests in wöchentlichen Abständen – die Testergebnisse stabil bleiben.
- Die Gültigkeit des Tests wird anhand der Validität und Sensitivität geprüft. Dabei prüft man bei der Validitätsprüfung, inwieweit sich gefragte Items überschneiden, aber auch wie weit die Aussagen eines Tests mit schon bekannten Skalierungen parallel gehen, etwa NYHA mit der HTX stressor scale oder der HTX symptom checklist. Bei der Sensitivität soll der Test möglichst gut Veränderungen im Krankheitsverlauf oder durch die Therapie spiegeln können.

Aus dem bisher Gesagten kann gefolgert werden:

- Es besteht keine allgemeine Akzeptanz für einen international validierten Fragebogen.
- Die Vielfalt macht den Einsatz eines Meßinstruments für Lebensqualität unklar und fragwürdig.
- Die Akzeptanz des Begriffs Lebensqualität zur Verlaufskontrolle und Therapiekontrolle in der Kardiologie ist noch eher zögerlich: 0,4 % der AHA-Abstracts führen als Keyword Lebensqualität.

- Für den damit nicht Vertrauten ist die Angabe von Zahlenvergleichen zur Dokumentation besserer Lebensqualität eher verwirrend, ebenso muß man sich mit dem Begriff der „Dimensionen“ erst vertraut machen.
- Allerdings scheinen die einzelnen Items der Fragebögen doch die wirkliche Befindlichkeit eines Menschen besser reflektieren zu können als eine NYHA oder CCA-Klassifizierung.

An einigen klinischen Studien soll die Situation der Lebensqualitätsevaluation dargestellt werden: In einer klassischen Hypertoniestudie von Jachuk et al. [4] wurden parallel Patienten, die sie behandelnden Ärzte und deren Angehörige zur Lebensqualität befragt: Während 100 % der Ärzte der Meinung waren, die Patienten hätten sich in ihrer Lebensqualität verbessert, hatten nur 48 % der Patienten dieses Erleben, 8 % fühlten sich schlechter; von den Angehörigen glaubten überhaupt nur 2 % an eine Verbesserung des Gesamtzustands der Patienten.

1986 zeigten Croog und Mitarbeiter [5], daß Captopril die Lebensqualität verbesserte, während Propranolol und Methyldopa sie verschlechterten. Aus der gleichen Arbeitsgruppe kam 1993 die berühmte Arbeit von Testa et al. [6], bei der gezeigt wurde, daß Captopril und Enalapril den Blutdruck in gleicher Weise senkten, Captopril aber bei Patienten mit schlechten Ausgangswerten der Lebensqualität diese mehr besserte als Enalapril. Daraufhin wurde die Lebensqualitätsmessung von der Industrie in reichem Ausmaß eingesetzt, um bei Therapievergleichen äquieffektiver Therapien zu differenzieren und die „beste“ Substanz herauszufinden. Diese Studien haben sicher auch zur weitverbreiteten Skepsis gegenüber Lebensqualitätsmessungen geführt, da die Meßmethoden uneinheitlich waren und oft für Marketingstrategien einzelner Firmen mißbräuchlich verwendet wurden.

Andererseits haben sich zur Beurteilung und Therapieverlaufskontrolle von Patienten etwa mit dilatativer Kardiomyopathie die herkömmlichen Parameter wie die NYHA-Klassifikation oder der Gehstest als zu grobe Parameter zur Beurteilung eines Therapieerfolges herausgestellt, wohingegen die Messung der Lebensqualität eine verbesserte Therapiekontrolle ermöglichte. So konnten etwa Goldman und Mitarb. schon 1981 [7] Unterschiede zwischen Digitalis und Placebo mit einem „chronic heart failure questionnaire“ zeigen. In den neueren großen Studien bei Kardiomyopathie gehören daher Lebensqualitäts-Ratings zum Standardinstrumentarium der Basisevaluation und Verlaufskontrolle von Therapien (SOLVD) [8].

Es wird klar, daß die Einbeziehung des Begriffs Lebensqualität in die Krankheitsevaluation für den Anspruch eines

geänderten Krankheitsverständnisses steht. Die Einbeziehung der verschiedenen Dimensionen oder Items bedeutet nichts anderes als das gesamtheitliche Anerkennen eines Menschen in seinem Kranksein. Wenn die Dimensionen Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden *neben* der körperlichen Symptomatik abgefragt werden, heißt das, daß ein bio-psycho-soziales Krankheitsverstehen dieser Situation zugrunde liegt. Eine angestrebte Verbesserung jedes Lebensqualitäts-Index impliziert daher gesamtheitlich verbesserte, also *psychosomatische* Maßnahmen. Dies beinhaltet aber ein Abgehen von einer eher einseitigen somatisch-fixierten Betrachtungsweise des Krankwerdungsprozesses hin zu einem gesamtheitlichen Verständnis für Krankheitsentstehung, die soziale und seelische Faktoren mit einbezieht.

Mediziner sind im allgemeinen von ihrer Ausbildung her mit den komplizierten Kriterien der Lebensqualitätsmessungen nicht vertraut, eine kritische Beurteilung von Aussagen dazu entzieht sich auf Grund unserer Ausbildung unserer Kenntnis. Das kann diesem Instrument gegenüber einerseits die Skepsis, andererseits dessen unwidersprochenen Einsatz bei industriebezogenen Aussagen fördern. Trotzdem glaube ich, daß wir gut beraten sind, wenn wir uns näher mit den Kriterien der Lebensqualitätsmessung befassen und sie in unsere Parameter zur Diagnostik und Verlaufskontrolle mit einbeziehen, da sie eine wertvolle Erweiterung der Bewertung einer Patientensituation darstellen.

Literatur:

1. Bullinger M, Ludwig M, von Steinbüchel N. Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Toronto-Zürich, 1991.
2. Bullinger M. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. PPM 1997; 47: 76–91.
3. Caine N, Sharples LD, Wallwork J. Health related quality of life of heart-lung transplant patients. In: Albert W, Bittner A, Hetzer R (eds). Quality of life and Psychosomatics. Steinkopff/Darmstadt, 1998; 53–9.
4. Jachuk SJ, Brierley H, Jachuk S, Wilcox PM. The effects of antihypertensive drugs on the quality of life. J Coll Gen Pract 1982; 32: 103–5.
5. Croog SH, Levine S, Testa MA, et al. The effects of antihypertensive therapy on quality of life. N Engl J Med 1986; 314: 1657–64.
6. Testa MA, Anderson RB, Nackley JF, Hollenberg NK et al. Quality of life and hypertensive therapy in men. A comparison of Captopril with Enalapril. N Engl J Med 1993; 328: 907–13.
7. Goldman L, Hashimoto D, Cook EF. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: Advantages of a new specific activity scale. Circulation 1981; 64: 1227–34.
8. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Validity of the 'Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire' as a measure of therapeutic response: effects of enalapril and placebo. Am J Cardiol 1989; 64: 50–5.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)