

Ber. nat.-med. Verein Innsbruck	Band 89	S. 281 - 287	Innsbruck, Okt. 2002
---------------------------------	---------	--------------	----------------------

Zum Begriff der Lebensqualität in der Medizin und seine Bedeutung für die Suchtproblematik

von

Salvatore M. GIACOMUZZI, Yvonne RIEMER, Markus ERTL, Hartmann HINTERHUBER^{*)}

On the Term of Quality of Life in Medicine and its meaning for Addiction

Synopsis: This article describes the term "Quality of Life" and its meaning for medicine. Different points of view are taken into account. Furthermore its application for addiction problems will be discussed.

1. Einleitung:

Der Begriff der "Lebensqualität" ist in den letzten Jahren zunehmend in den Vordergrund des öffentlichen Interesses gerückt. Obwohl dieser Begriff bereits in der amerikanischen Verfassung der "Pursuit of Happiness" als wesentliche Grundlage definiert ist und auch 1969 in der Regierungserklärung von Willi Brandt benutzt wurde, haben sich erst Anfang bis Mitte der 80iger Jahre sozialwissenschaftliche Forschungsarbeiten mit diesem Thema befasst (BULLINGER 1998).

Weder in den Sozialwissenschaften noch in der Medizin stand die Perspektive der wahrnehmenden und handelnden Person bisher im Vordergrund, sondern hat sich im Sinne individuellen Wollens und Handelns erst relativ spät durchgesetzt. Somit ist das Thema der Lebensqualität gerade aber in der Medizin und ihren verschiedenen wissenschaftlichen Zweigen noch relativ jung und aktuell.

Die bisherige medizinische Lebensqualitätsforschung läßt sich in verschiedene Stadien einteilen. Das erste Entwicklungsstadium ab Mitte der 80iger Jahre war die Reflexion in theoretischen Artikeln darüber, was Lebensqualität sei und wie sie im Einzelfall bestimmt werden könnte. Es schloß sich Anfang der 90iger Jahre eine Phase der Konstruktion

^{*)} Anschrift der Verfasser: Ing. MMag. Dott. Dr. S. M. Giacomuzzi, Ltd. OA Dr. Y. Riemer, Univ. Klinik für Psychiatrie, Innsbruck, Mag. M. Ertl, Institut f. Psychologie, Innsbruck, o. Univ. Prof. Dr. H. Hinterhuber, Univ. Klinik für Psychiatrie, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck, Universitätsinstitut für Suchtforschung, Frastanz, Österreich.

und Prüfung von Meßinstrumenten zur Erfassung der Lebensqualität an und erst vor einigen Jahren hat die anwendungsbezogene Arbeit mit Lebensqualitätsindikatoren begonnen (1998).

2. Der Begriff der Lebensqualität:

Die Hinwendung zum Subjektiven in der Medizin bedeutet, dass die Wahrnehmung der Betroffenen sowie ihr Erleben und ihr Verhalten von Bedeutung sind.

Nicht mehr allein die Veränderung der klinischen Symptomatik, sondern die Art und Weise wie Menschen ihren Gesundheitszustand erleben, gewinnt als Bewertungskriterium von Therapien an Bedeutung (KAISER & PRIEBE 1998).

Der Begriff "Lebensqualität" bringt diese veränderte Sichtweise schlagwortartig in den Vordergrund.

Unter Lebensqualität im Bereich der Medizin als ein Konstrukt ist zu verstehen, das die körperlichen, mentalen, sozialen, psychischen und funktionalen Aspekte des Befindens und der Funktionsfähigkeit der Patienten aus ihrer eigenen Sicht beschreibt (KAISER & PRIEBE 1998).

Neu ist hierbei der Versuch, die Lebensqualität der Patienten nicht nur implizit im Arzt-Patient-Verhältnis zu berücksichtigen, sondern sie explizit als zu messendes Kriterium in die Wahl und Evaluation von Therapien einzubeziehen (BULLINGER 1997).

"Lebensqualität" nach der WHO ist die subjektive Beurteilung der eigenen Lebenssituation im kulturellen Kontext vor dem Hintergrund der vorherrschenden Wertsysteme sowie in Zusammenhang mit den Zielen, Erwartungen und Normvorstellungen eines Individuum.

Lebensqualität als Ziel heißt hierbei, die Begleitumstände und Effekte der Behandlung nicht nur bezüglich des körperlichen Geschehens, sondern auch in bezug auf das körperliche und psychische Wohlbefinden, d.h. der Zufriedenheit des Patienten und seinem sozialen Umfeld, zu berücksichtigen. Wenn eine Heilung oder vollständige Abstinenz nicht möglich ist, wird Lebensqualität zum vorrangigen Ziel einer Therapie.

Im Unterschied zu anderen Gebieten, unterliegt jedoch die Erfassung der Lebensqualität besonderen Schwierigkeiten, da in Abhängigkeit von Schwere und Art der Erkrankung erhebliche Abweichungen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der Lebensumstände eintreten können (WARE & SHERBOURNE 1993).

In den soziologischen Studien werden unter dem Begriff Lebensqualität mit vielen Parametern und Bereichen operiert, welche etwa in folgende Bereiche zusammengefasst werden können: Funktionsstatus (Selbstversorgung, Beweglichkeit, körperliche Aktivität), Rollenaktivität (Arbeit, Hausarbeit), soziales Funktionieren (persönliche Interaktion, Intimität, gesellschaftliche Interaktionen), emotionaler Status (Angst, Stress, Depression,

Kontrollüberzeugung, geistiges Wohlergehen) und Kognitionen (Schlaf und Ausruhen, Energie und Vitalität, Gesundheitswahrnehmung, allgemeine Lebenszufriedenheit).

3. Umfassende oder analytische Betrachtung:

Will man die Lebensqualität von Patienten in die Behandlungsüberlegungen einbeziehen, sind verschiedene Betrachtungsebenen zu unterscheiden. Hierbei steht die umfassende, ganzheitliche Betrachtung der analytischen Ebene gegenüber, die einzelne oder mehrere Teilbereiche der Lebensumstände und des Befindens isoliert betrachtet.

In der umfassenden Sicht von Lebensqualität werden die einzelnen Komponenten wie körperliches, seelisches, zwischenmenschliches, ökonomisches, spirituelles Befinden jeweils im kulturellen, familiären, gesellschaftlichen Kontext betrachtet und als zeitlich veränderlich angesehen.

Entscheidend ist dabei die Selbsteinschätzung des Menschen, die durch eine Fremdbeurteilung ergänzt werden kann. Zu berücksichtigen ist, dass einzelne Lebensbereiche nach ganz persönlichen Vorlieben und Gewohnheiten gewichtet sind. Lebensqualität lässt sich somit auch als das Ausmaß der Übereinstimmung der individuellen Ansprüche und Erwartungen des Menschen mit der wahrgenommenen Realität beschreiben.

Dass Lebensqualität natürlich auch ein relativer Begriff ist, der sich auf die persönlichen "Bewertungsanker" bezieht, zeigt sich an dem oft beobachteten Widerspruch, dass es Menschen gibt, denen es trotz guter Gesundheit subjektiv schlecht geht, und solche, die trotz zahlreicher Behinderungen zufrieden erscheinen (HINTERHUBER 1997).

Die analytische Sicht dagegen unterteilt das Konzept "Lebensqualität" in einzelne Bereiche wie Funktionstüchtigkeit, Leistungsfähigkeit, Beeinträchtigungen und einzelne Symptomkomplexe. Als Maß für die "Lebensqualität" gilt hier die Ausprägung ausgewählter Merkmale auf standardisierten Testskalen wie etwa die Ausweitung des Bewegungsradius bei asthmatischen Patienten.

4. Lebensqualität als Kriterium:

Den zwei hauptsächlichen, aber in ihrer Logik verschiedenen Ansätzen zur Beurteilung der Lebensqualität entsprechen zwei scharf zu unterscheidende Handlungs- und Interpretationsprinzipien.

Als Bewertungskriterium in Therapievergleichsstudien hat die analytische Lebensqualitätsforschung bisher die größte Beachtung gefunden. Im Falle von studienbegleitenden Messungen der Lebensqualität geht es um die zahlenmäßige Bewertung konkurrierender Therapiemethoden hinsichtlich der jeweils durchschnittlich zu erwartenden Belastung mit Nebenwirkungen (HUBER 1999).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität lässt in diesem Fall keine Aussage über den einzelnen Kranken zu, sondern stellt ausschließlich ein Merkmal der zu beurteilenden Therapie dar. Der für die Lebensqualität zentrale Aspekt der Zufriedenheit und der persönlichen Erwartungen bleibt dabei aber z.T. noch ungenügend berücksichtigt.

Das führt nur dann nicht zu Interpretationsproblemen, wenn die miteinander verglichenen Gruppen der Studienteilnehmer hinsichtlich ihrer Zielvorstellungen, Erwartungen und Hoffnungen einen gemeinsamen Nenner haben.

Die ganzheitliche lebensqualitätsadaptierte Therapie im Einzelfall steht dagegen in der Medizin noch weitgehend im Hintergrund.

Gerade die medizinische Spezialisierung bedarf einer breiten allgemeinmedizinischen Basis, die Kenntnisse und Fertigkeiten der Psychologie, das heißt der psychosomatischen und psychologischen Grundversorgung, umfasst.

Der klinisch tätige Mediziner sollte sein Interesse nicht auf Ergebnisse von Therapievergleichsstudien beschränken, sondern muss ein Gespür für den einzelnen Patienten und dessen individuelle, gesundheitliche und menschliche Notlage bekommen.

5. Lebensqualität in der Suchtforschung:

Vor ungefähr 162 Jahren wurden die psychologischen Bedingungen süchtigen Verhaltens bereits in enger Verschränkung mit biologisch-konstitutionellen Vorgängen wie mit psychosozialen Wechselwirkungen gesehen (MACINISH 1837).

Abhängigkeitsprozesse sind hochkomplex und eingebunden in die individuelle Lebensgestaltung. Es gibt heute eine nahezu unüberschaubare Anzahl von Einzelhypothesen und Erklärungsansätzen bis hin zu formalisierten Theorien über die Verursachung, den Beginn und die Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Eine gute Einführung hierzu geben PLATT (1982), KEUP (1985) und Feuerlein (1986). Neu hinzugekommen sind in den letzten Jahren das Salutogenetische Modell von Antonovsky und systemtheoretische Ansätze (ANTONOVSKY 1997).

Die beiden internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 (International Code of Diseases) der WHO und das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) der amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie unterscheiden bei den Störungen, die durch den Gebrauch psychotroper Substanzen entstehen, zwischen den beiden Grundtypen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit. Die diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit nach DSM-IV sind erfüllt, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien in einem 12-Monate-Zeitraum auftreten:

1. Toleranzentwicklung definiert durch eines der folgenden Kriterien:

- a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen.

- b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz.
 - b) dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
3. Die Substanz wird in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
7. Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden sozialen, psychischen oder körperlichen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmißbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

Das Thema der Evaluation und des Assessments der Lebensqualität kommt in den Suchtheorien sowie den Klassifikationsschemata bisher kaum vor (VERTHEIN et al., 1994; BULLINGER & RAVENS-SIEBERER et al., 1995; RAVENS-SIEBERER & CIEZA 2000). Dennoch verspricht gerade die Anwendung dieses Konzepts interessante neue Ansätze.

Da die Ursachen der Drogenabhängigkeit vielfältig sind und eine einheitliche, systematisierte Suchtheorie nicht existiert, muss die Behandlung und Beurteilung von süchtigem Verhalten differenziert und in Anbetracht der sich rasch ändernden Kenntnisse im biologischen, psychischen und sozialen Bedingungsgefüge der Sucht sowie neuerer Entwicklungen auf der Angebotsseite äußerst flexibel und situationsabhängig gestaltet werden (NEUBAUER & STROBEL 1998).- somit auch eine Berücksichtigung der Lebensqualität mit ihren umfangreichen Aspekten Eingang finden sollte.

Man kann nun bei der Anwendung des Begriffs der Lebensqualität in diesem Bereich kaum auf relevante frühere Arbeiten zurückgreifen. Die Gründe hierfür sind vielschichtig (GÜNTHER et al.1999) und werden auch kontroversiell diskutiert (ÜLLMANN 1999).

Da zumindest in einigen wenigen Untersuchungen die Lebensumstände von Drogenabhängigen erfasst wurden (TORRENS et al.1997, 1999; VERTHEIN et al.1999; GIACOMUZZI 2001), ist es wichtig für die Zukunft eine Ausgangsbasis für den Vergleich verschiedener Lebensqualitätsdaten zu schaffen.

Das Ziel weiterer Arbeiten zu diesem Thema sollte es daher sein, Daten von ärztlich nicht kontrollierten Drogenabhängigen, für den Vergleich mit anderen, systematisch erfassten Daten, zur Lebensqualität zur Verfügung zu stellen.

Diese Datenbasis könnte darüber hinaus auch eine Evaluation der Lebensqualität für die Beurteilung unterschiedlicher Substitutionsprogramme (Methadon, retard. Morphine, Buprenorphin etc.) zulassen. Diese Vergleichsdaten könnten dann auf internationaler Ebene, bei Verwendung entsprechender Messinstrumente, verglichen werden. Zusätzlich könnten durch diesen Ansatz auch Veränderungen im Befinden von Patienten besser beurteilt werden.

Gängige Untersuchungen bewerten den Erfolg von Substitutionsprogrammen meist nur in der Zahl der Abbrecher oder im Zuge von sogenannten Überlebens- oder Todesraten. Das hier u.a. vorgestellte Konzept der Lebensqualität kann dazu beitragen, dass der Erfolg einer Substitutions- bzw. Suchtbehandlung auch im Sinne einer möglichen Steigerung der Lebensqualität der betroffenen Patienten gesehen werden kann.

Zu spezifisch und speziell ist der Bereich der Abhängigkeit, um nur eine oder wenige Dimensionen zur Erfolgsbeurteilung zuzulassen.

5. Zusammenfassung:

Die Verwendung des Konzepts der Lebensqualität im Suchtbereich ist noch jung.

Lebensqualität als Ziel heißt hierbei, die Begleitumstände und Effekte der Behandlung nicht nur bezüglich des körperlichen Geschehens, sondern auch im Hinblick auf psychisches Wohlbefinden, d.h. die Zufriedenheit des Klienten und sein soziales Umfeld, zu berücksichtigen.

Wenn eine Heilung oder vollständige Abstinenz nicht möglich ist, wird die Erhaltung der Lebensqualität zum vorrangigen Ziel (BULLINGER 1997).

6. Literatur:

- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt.
- BULLINGER M, RAVENS-SIEBERER U. (1995): Stand der Forschung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. *Präv Rehab* **3**: 106 - 212.
- BULLINGER, M. (1997): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, **47**: 76 - 91.
- BULLINGER, M. (1998): Existenzsicherung durch Wandel 16. Internationales Krankenhaussymposium vom 5. - 7. Oktober 1998 in Berlin.
- FEUERLEIN, W. (1986): Theorie der Sucht. Berlin. Springer Verlag.
- GIACOMUZZI, S.M., Y. RIEMER, M. ERTL, G. KEMMLER, H. RÖSSLER, R. RICHTER & H. HINTERHUBER (2001): Substitutionsbehandlung und Lebensqualität: Methadon vs. retardiertes Morphinsulfat – eine Vergleichsstudie. *Suchtmed.* **3(1)**: 89 - 96.
- GÜNTHER, A., BADER, TH., DENGLER, W. & G. LÄNGLE (1999): Suchttherapie im Verbund. *Münch. Med. Wschr.*, **15**: 41 - 42.
- HINTERHUBER, H. (1997): Lehrbuch der Psychiatrie. Thieme Verlag.
- HUBER, G. (1999): Psychiatrie. Schattauer. Stuttgart - New York.

- KAISER, W., & S. PRIEBE (1998): Zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten. *Der Nervenarzt*, **3**: 219 - 227.
- KEUP, W. (1985): *Biologie der Sucht*. Berlin. Springer Verlag.
- MACINISH, R. (1837): *Anatomy of Drunkenness*. Du Mont-Schauberg. Köln.
- NEUBAUER, P., & S. STROBEL(1998): *Drogen-Straßenszene und Substitutionsbehandlung in Wien*. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien.
- PLATT, J. & C. LABATE (1982): *Heroin sucht. Theorie-Forschung-Behandlung*. Darmstadt. Steinkopff Verlag.
- RAVENS-SIEBERER U. & A. CIEZA (2000): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. Ecomed.
- TORRENS M, L. SAN, A. MARTINEZ, C. CASTILLO, A. DOMINGO-SALVANY & J. ALONSO (1997): Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*; **92** (6): 707 - 716.
- TORRENS M, A. DOMINGO-SALVANY, J. ALONSO, C. CASTILLO & L. SAN (1999): Methadone and quality of life. *Lancet*. 353; 1101.
- ULLMANN, R. (1999): Warum nur wenige Ärzte Suchtkranke behandeln. *Münch. Med. Wschr.*, **5**: 34 - 36
- VERTHEIN U., J. KALKE & P. RASCHKE (1994): Resultate internationaler und bundesdeutscher Evaluationsstudien zur Substitutionstherapie mit Methadon - eine Übersicht. *Psychoth. Psychosom. Med Psych.* 1999; **44**: 128 - 136.
- WARE, J. E. & C. D. SHERBOURNE (1992): The MOS 36-item Short Form Health Survey - (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, **30**: 473 - 483.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Berichte des naturwissenschaftlichen-medizinischen Verein Innsbruck](#)

Jahr/Year: 2002

Band/Volume: [89](#)

Autor(en)/Author(s): Giacomuzzi Salvatore M., Riemer Yvonne, Ertl Markus, Hinterhuber Hartmann

Artikel/Article: [Zum Begriff der Lebensqualität in der Medizin und seine Bedeutung für die Suchtproblematik 281-287](#)