

László Kovács
Roland Kipke
Ralf Lutz *Hrsg.*

Lebensqualität in der Medizin

Lebensqualität in der Medizin

László Kovács • Roland Kipke • Ralf Lutz (Hrsg.)

Lebensqualität in der Medizin

Herausgeber
László Kovács
Roland Kipke
Ralf Lutz

Universität Tübingen
Deutschland

ISBN 978-3-658-10678-2 ISBN 978-3-658-10679-9 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-10679-9

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Lektorat: Frank Schindler, Stefanie Loyal

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
(www.springer.com)

Inhalt

Einleitung 1
László Kovács, Roland Kipke und Ralf Lutz

A Historische, konzeptionelle und metaethische Grundlagen

Die „Entstehung“ der Lebensqualität. Zur Vorgeschichte und Karriere eines
neuen Evaluationskriteriums in der Medizin 11
László Kovács

Über einige (meta)ethische Fehlkonstruktionen in der Lebensqualitätsforschung 27
Markus Rüter

Philosophische Überlegungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität 47
Lennart Nordenfelt

Was ist Lebensqualität in der Medizin? Zur Klärung ihres Verhältnisses zu
Gesundheit und gutem Leben 63
Roland Kipke

Lebensqualität in der Medizin und ihre Zeitstruktur. Zur Zeitlichkeit des guten
Lebens aus moralphilosophischer Perspektive 75
Ralf Lutz

Lebensqualität als Selbstverwirklichung 91
Tatjana Višak

Lebensqualität in der Medizin: Ethische Herausforderungen ihrer Bestimmung
und Verwendung 107
Jan-Ole Reichardt

„Lebensqualität“ als patientenrelevante Zielgröße – in welchem Zusammenhang steht sie (noch) mit Konzepten des gelingenden Lebens? 121
Daniel R. Friedrich

Was ist Lebensqualität eigentlich? Philosophische Überlegungen zum Begriff von allgemeiner Lebensqualität 141
Alexa Nossek

Der Capability-Ansatz als Grundlage für die Beurteilung von Lebensqualität in der Medizin 157
Rebecca Gutwald

B Methodische Fragen der Messung

Zur Messbarkeit von Lebensqualität 175
Monika Bullinger

Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Grundlage für Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung 189
Thomas Kohlmann

Wahl der Messinstrumente zur Ermittlung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität 201
Peter G. Robinson

Lebensqualität als radikal subjektives Wohlbefinden: methodische und praktische Implikationen 223
Christine Blome

Disability Weight – ein umstrittenes Maß zur Bewertung von Gesundheitsbeeinträchtigungen 237
Myriam Tobollik, Claudia Terschüren, Nadine Steckling, Timothy McCall und Claudia Hornberg

C Klinische Anwendungen und ihre ethischen Implikationen

Lebensqualität bewerten und Krankheit erfahren. Zur Problematik der prospektiven Einschätzung von Lebensqualität 261
Lukas Kaelin

Alzheimer-Demenz und Lebensqualität – ein Widerspruch? Ein narrativer Zugang zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz 273
Martina Schmidhuber

Die Lebensqualität von Menschen mit Demenz. Eine Metasynthese basierend auf den Selbstäußerungen von Menschen mit Demenz	287
<i>Martin N. Dichter, Rebecca Palm, Margareta Halek, Sabine Bartholomeyczik und Gabriele Meyer</i>	
Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Rahmen der Behandlung und Unterstützung onkologischer Patienten. Möglichkeiten und Herausforderungen ...	303
<i>Heike Schmidt</i>	
Lebensqualität als integraler Bestandteil der Therapieentscheidung. Darstellung am Beispiel alter Patienten	319
<i>Regine Bölter, Antje Miksch und Katja Krug</i>	
Lebensqualität als Medikamentennutzen. Ein Vergleich von Werturteilen im AMNOG-Verfahren mit den Bewertungen onkologisch tätiger Ärzte	333
<i>Sebastian Wäscher, Jochen Vollmann und Jan Schildmann</i>	
Ist Lebensqualität ein angemessener Wert im Rahmen einer ethischen Entscheidungsfindung im Palliative Care Setting? Exemplarische Reflexion	347
<i>Annette Riedel</i>	
Autorinnen und Autoren	363

Einleitung

László Kovács, Roland Kipke und Ralf Lutz

Die moderne Medizin hat auf naturwissenschaftlich-technischem Gebiet bewundernswerte Fortschritte erzielt und zahllose Erkenntnisse über den menschlichen Körper und seine Erkrankungen hervorgebracht. Doch diese Entwicklung hat zugleich deutlich gemacht, dass medizinische Eingriffe nicht nur Leben erhalten und Gesundheit wiederherstellen können, sondern dass sie damit auch in einen komplexen Lebenszusammenhang eingreifen, in dem psychische, soziale, geistige und existenzielle Faktoren eine Rolle spielen. Diese Einsicht führte dazu, dass man nicht mehr allein danach fragte, was Krankheiten mit dem menschlichen Körper machen, sondern was sie mit dem Menschen machen. Doch während das Verständnis der körperlichen Vorgänge bei vielen Krankheiten immer präziser wurde, wurde den anderen Aspekten in der Vergangenheit lange Zeit wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Ein früher Niederschlag dieser Erkenntnis findet sich zwar schon in der Gesundheits-Definition der WHO von 1946. Darin heißt es, dass Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ sei (WHO Verfassung 1946)¹. Verstünde man diese maximalistische Definition jedoch als Ziel medizinischer Eingriffe, würde dies zu einer Überforderung der Medizin führen.

Bereits in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts wurde deshalb der Terminus *Lebensqualität* als neuer Begriff in die Medizin eingeführt. Am Begriff der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität machen sich die Antworten auf diejenigen Fragen fest, welche insbesondere die moderne Medizin aufwirft: Fragen danach, was eine Erkrankung mit dem Menschen macht, das heißt, wie sie seine Selbstwahrnehmung verändert, seine Beziehungen zu anderen Menschen prägt, seine Leistungsfähigkeit mindert oder verschiebt, und wie er mit krankheitsbedingten Einschränkungen umgeht. Und gerade da, wo die moderne Medizin die Erhaltung und Verlängerung des Lebens mit einer schweren Krankheit ermöglicht, schiebt sich die Frage in den Vordergrund, wie es um die Qualität des verlängerten Lebens steht.

Die Verwendung des Begriffs Lebensqualität und die mit ihm einhergehende Perspektivverschiebung war und ist nicht nur informeller Natur. Seit Mitte der 1970er Jahre hat

1 www.who.int/about/definition/en/print.html

sich ein eigenständiger Forschungszweig herausgebildet, in dessen Rahmen zahlreiche Beobachtungsinstrumente entwickelt wurden, um damit die Lebensqualität von Patienten systematisch zu erfassen. Das Konzept der Lebensqualität hat sich in diesem Sinne zu einem Erfolgskriterium entwickelt. Medizinische Eingriffe, pharmazeutische Produkte, gesundheitspolitische Maßnahmen und strukturelle Entscheidungen im Klinikmanagement werden heute nicht mehr allein nach ihrer Effizienz bei der Wiederherstellung körperlicher und psychischer Funktionen beurteilt. Sie müssen sich in der Praxis auch mehr und mehr im Hinblick auf die Lebensqualität bewähren.

Dennoch werfen der Begriff Lebensqualität und die Lebensqualitätsforschung viele Fragen auf. Zu welchen Zwecken sollen die gewonnenen Daten verwendet werden? Welche Schlüsse lassen sich aus den persönlichen Aussagen einzelner Patienten über ihre Lebensqualität ableiten? Sollen Krankenhäuser ihren Erfolg anhand von Lebensqualitätsdaten ausweisen? Soll die Gesundheitspolitik die Verteilung der Ressourcen nach dem Erfolg bei der Verbesserung der Lebensqualität priorisieren? Ist eine Therapie oder ein Medikament nach dem subjektiven Wohlbefinden der betroffenen Patienten zu bewerten, und welches Gewicht kommt diesem Kriterium neben anderen Kriterien zu? In welchem Verhältnis steht Lebensqualität zur Lebensverlängerung in einer palliativen Behandlung?

Hinter diesen praxisbezogenen Fragen liegen nicht selten begriffliche, konzeptionelle und ethische Fragen: Was genau bedeutet Lebensqualität eigentlich? Wie verhält sich der Begriff zu verwandten Konzepten wie denen der Gesundheit, des guten Lebens, des Wohlbefindens? Welche Geltungskraft und welches ethische Gewicht kommen Aussagen über Lebensqualität zu, sowohl in individueller als auch in kollektiver Hinsicht? Wie sehr ist die Lebensqualitätsforschung mit ihren standardisierenden Instrumenten in der Lage, die sehr persönliche Perspektive des Einzelnen angemessen zu verstehen?

Zwar wird die Zahl der Publikationen zum Thema Lebensqualität in der Medizin jedes Jahr größer, doch die meisten beschäftigen sich mit der Anwendung bereits vorausgesetzter theoretischer Annahmen über die Lebensqualität. Sie präsentieren neue oder vergleichen bereits bekannte Forschungsergebnisse und setzen dabei voraus, dass das zugrunde gelegte Verständnis von Lebensqualität richtig sei. Betrachtet man jedoch die Unterschiedlichkeit des Verständnisses von Lebensqualität in diesen Texten, so muss die zurückhaltende Auseinandersetzung mit Grundsatzfragen verwundern. Dasselbe gilt für die Voraussetzung vermeintlich selbstverständlich geltender normativer Annahmen im Umgang mit Lebensqualitätsurteilen. Es gibt nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zu den Fragen, was der Begriff der Lebensqualität bedeuten soll, in welcher Funktion die Medizin ihn braucht und welches normative Gewicht ihm aus welchen Gründen zukommen soll.

Angesichts dieser unbefriedigenden Forschungslage haben das *Internationale Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW)* und der *Lehrstuhl für Ethik in den Biowissenschaften* der Universität Tübingen im Juli 2014 die Klausurwoche *Lebensqualität in der Medizin – Messung, Konzepte, Konsequenzen* veranstaltet. Auf der in Tübingen abgehaltenen Veranstaltung diskutierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus unterschiedlichen Disziplinen eine Woche lang ihre Forschungsansätze. Der vorliegende Band ist einer interdisziplinären Verständigung über Lebensqualität verpflichtet und versammelt die

Ergebnisse der Klausurwoche. Er gibt (vorläufige) Antworten auf die oben genannten Fragen nach Bedeutung, Geltungskraft und richtiger Anwendung des Konzepts Lebensqualität im Kontext der Medizin.

Die Beiträge dieses Bandes gliedern sich in drei thematische Gruppen: Die Mehrzahl der Texte stellt eine Auseinandersetzung mit den Grundlagen des Konzepts der Lebensqualität dar. Dabei werden ganz unterschiedliche Facetten betont, zum Beispiel historische oder metaethische Dimensionen oder auch divergierende Interpretationen des guten Lebens (A). Eine zweite Gruppe von Beiträgen hat insbesondere methodische Fragen der Messung von Lebensqualität und entsprechender Messverfahren im Blick (B), während eine dritte Gruppe vorwiegend auf klinische Anwendungskontexte des Lebensqualitätskonzepts und die daraus erwachsenden ethischen Fragen abzielt (C).

A Historische, konzeptionelle und metaethische Grundlagen

László Kovács gibt eine historische Einführung zum Thema. Im Unterschied zu den bisherigen Versuchen in der Geschichtsschreibung des Lebensqualitätsbegriffs weist er nach, dass der Terminus bereits in der Eugenik und Medizin des frühen 20. Jahrhunderts kursierte. In dieser Zeit stand er zunächst für diejenigen Eigenschaften, die aus eugenischer Perspektive als erwünscht galten. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg erfuhr der Begriff eine inhaltliche Wandlung und wurde zu einem subjektiv einzuschätzenden Kriterium. Er hat nun die Aufgabe, neben den objektiven wissenschaftlich-technischen Kriterien das Erleben des Patienten diskursfähig und für Entscheidungen operationalisierbar zu machen.

Markus Rütter unternimmt den Versuch, aus metaethischer Perspektive verschiedene Reflexionsebenen von Lebensqualitätssausagen zu unterscheiden, um damit Fehlschlüsse aufzudecken. Zum einen unterscheidet er verschiedene Möglichkeiten, den Inhalt von Lebensqualität zu bestimmen. Zum anderen differenziert er im Rahmen einer Erkenntnisheuristik verschiedene Möglichkeiten, überhaupt Erkenntnisse über sie zu gewinnen. Schließlich fächert er unterschiedliche ontologische Quellen für Lebensqualitätseigenschaften auf und unterscheidet verschiedene Möglichkeiten, den Geltungsradius entsprechender Urteile zu bestimmen. Er möchte damit eine Unabhängigkeitsthese belegen, wonach metaethische Thesen und normative Thesen nicht wechselseitig als Begründungen füreinander dienen können.

Eine subjektivistische Interpretation des Begriffs Lebensqualität schlägt *Lennart Nordenfelt* vor. Er kontrastiert unterschiedliche Evaluationskriterien der Medizin und zeigt, dass die Disziplin ein subjektives Konzept braucht, um neben anderen Kriterien die Vorstellung eines guten Lebens zu integrieren. Mit Blick auf ein solches Konzept können klinische Entscheidungen angemessener getroffen werden. Dieses subjektive Konzept heißt bei Nordenfelt Lebensqualität, die für ihn mit der Zufriedenheit mit dem Leben äquivalent ist.

Auch *Roland Kipke* verfolgt in seinem Beitrag einen subjektivistischen Ansatz zur Klärung des Konzepts der Lebensqualität. Er stellt es dabei ins Verhältnis zu den beiden verwandten Begriffen „gutes Leben“ und „Gesundheit“ und plädiert aus ethischen und

pragmatischen Gründen dafür, Lebensqualität in der Medizin als einen wichtigen Brückenbegriff zwischen den beiden anderen Konzepten zu verstehen.

Ralf Lutz versucht in seinem Beitrag, das Konzept der Lebensqualität strukturell zu differenzieren, indem er die Einführung einer Zeitstruktur fordert. Ziel ist es, genauere Aussagen zur zeitlichen Erstreckung von Lebensqualitätsbewertungen machen zu können und diejenigen zeitlichen Aspekte aus erinnerter Vergangenheit, erlebter Gegenwart und antizipierter Zukunft genauer bestimmen zu können, die die subjektiven Bewertungen der Lebensqualität (mit-)bestimmen. Er betont, dass Menschen immer schon in Zeit und in Auseinandersetzung mit Zeit gehandelt und ihr (Er-)Leben bewertet haben, sodass auch Lebensqualitätsmaße im engeren Sinne unter anderem von ihrer zeitlichen Dimension her verstanden werden müssen.

Tatjana Višak stellt das Konzept der Lebensqualität noch stärker in den Zusammenhang der werttheoretischen Frage nach dem guten Leben. Im Anschluss an die Theorie von Daniel Haybron versteht sie ein gutes menschliches Leben dezidiert als Selbstverwirklichung, verteidigt diesen Ansatz gegen konkurrierende Ansätze und entwickelt vor diesem Hintergrund konkrete Vorschläge, wie man eine so verstandene Lebensqualität im medizinischen Kontext messen kann.

Auch *Jan-Ole Reichardt* kritisiert die Bestimmung des Konzepts der Lebensqualität in der Medizin allein über das subjektive Erleben, da auf diesem Wege keine positiven, gesundheitsbezogenen Hilfspflichten begründbar seien. Um aber Probleme allgemeiner (Lebens-)Qualitätsurteile zur Nutzenbewertung medizinischer Maßnahmen zu vermeiden, etwa die Gefährdung des autonomen Deutungsvorrangs der Betroffenen in Fragen des Glücks oder auch Adaptationsprozesse, argumentiert der Autor dafür, Nutzenbewertungen medizinischer Maßnahmen auf Morbidität und Mortalität zu beschränken und den konkreten Beitrag von Lebensverlängerung und Gesundheitssteigerung zum guten Leben des Patienten als medizinexternes Projekt zu verstehen.

Daniel Friedrich geht in seinem Beitrag von einem engen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und der Fähigkeit von Patienten zur Realisierung ihrer Lebensziele und -pläne aus. Vor diesem Hintergrund unterzieht er gängige Verständnisweisen von Lebensqualität und vor allem Verfahren zu ihrer Messung einer kritischen Prüfung. Als problematisch wertet er dabei den Versuch, komplexen Gesundheitszuständen durch entsprechend komplexe Messinstrumente gerecht zu werden.

Alexa Nossek möchte in ihrem Beitrag einen Begriff von allgemeiner Lebensqualität entwerfen. In Anlehnung an den britischen Philosophen Philip Kitcher schlägt sie zwei konstitutive Komponenten vor, eine Lebensthema-Komponente und die sogenannte *pain/pleasure-balance*-Komponente. Demnach soll es eine notwendige und hinreichende Bedingung eines Kernbegriffs von guter Lebensqualität sein, für einzelne Lebensabschnitte im Sinne einer Theorie der narrativen Identität quasi immer eine Überschrift formulieren zu können und eine Balance von Freude und Leid zu haben.

Rebecca Gutwald versucht in ihrem Beitrag, entlang des so genannten „Capability-Ansatzes“ von Amartya Sen eine evaluative Basis zur Beurteilung gesundheitsbezogener Lebensqualität zu entwickeln. Dabei soll der Raum individueller Handlungsmöglich-

keiten von Menschen als Bewertungsgrundlage herangezogen werden, und v. a. Freiheit und Wohlergehen sollen als Aspekte gesundheitsbezogener Lebensqualität erschlossen werden, weil sie der Autorin zufolge bislang zu wenig Berücksichtigung innerhalb von Lebensqualitätskonzepten gefunden haben.

B Methodische Fragen der Messung

Monika Bullinger argumentiert zunächst für die Universalität gewisser Komponenten der Lebensqualität, die als Fundament für deren empirische Erfassung dienen können. Lebensqualität in diesem Sinne lässt sich kulturübergreifend messen und muss psychometrischen Gütekriterien entsprechen. Die Stärken der Lebensqualitätsforschung sieht sie weniger im konzeptionellen, sondern eher im methodischen und zunehmend auch im anwendungsbezogenen Bereich. Gute Lebensqualitätsdaten können in vielen Entscheidungskontexten in der Medizin berücksichtigt werden.

Thomas Kohlmann zeigt, dass Lebensqualitätsdaten in klinischen Entscheidungen sowohl für Individuen als auch für Patientengruppen in unterschiedlichsten medizinischen Kontexten berücksichtigt werden. Zum Teil gelten sie als Empfehlungen, zum Teil aber auch als starke Verpflichtungen.

Nicht zuletzt aufgrund dieser klinischen Relevanz ist die angemessene Gestaltung des Messverfahrens eine wichtige Aufgabe. *Peter G. Robinson* fasst die wichtigsten Überlegungen bei der Wahl eines Messinstrumentes zusammen. Er betont, dass es kein bestes Instrument für die Messung der Lebensqualität geben kann, denn jede Forschungsfrage verlangt nach spezifischen Instrumenten, die auf die Zielgruppe und auf das Erkenntnisinteresse abgestimmt sein müssen.

Eine neue Ebene der Reflexion betritt *Christine Blome*, die nicht nur aus den vorhandenen Messinstrumenten auswählen will, sondern Kriterien zur Gestaltung der Messinstrumente vorschlägt. Auf der Grundlage eines rein subjektiven Verständnisses von Lebensqualität argumentiert sie auf empirischer Basis dafür, die Instrumente zur Lebensqualitätsmessung entsprechend zu gestalten. Insbesondere wendet sie sich gegen die Einbeziehung vermeintlich objektivierbarer Beeinträchtigungsindikatoren, da dieselben Gegebenheiten von verschiedenen Menschen höchst unterschiedlich erlebt werden.

Der Beitrag von *Myriam Tobollik* et al. stellt aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ein Verfahren zur Quantifizierung der Lebensqualität vor: das DALY-Konzept (disability-adjusted life years), mittels dessen der Gesundheitszustand und die Krankheitslast einer ganzen Bevölkerung abgebildet werden soll. Über die Erfassung des Schweregrads von Erkrankungen entlang eines Gewichtungsfaktors (*disability weights*) kann die Krankheitslast als Summe verlorener gesunder Lebensjahre ausgedrückt werden und ein Summenmaß von Mortalität und Morbidität gebildet werden.

C Klinische Anwendungen und ihre ethischen Implikationen

Die Einschätzung von Lebensqualität durch andere Personen stellt *Lukas Kaelin* grundsätzlich in Frage, vor allem, wenn es um die Einschätzung zukünftiger Lebensqualität geht. Er verdeutlicht die erheblichen Unterschiede zwischen Innen- und Außenperspektive sowie zwischen der Perspektive von Gesunden und derjenigen von Kranken und betont vor diesem Hintergrund die Bedeutung einer intensiven Kommunikation zwischen Patient und Arzt.

Im Unterschied zur kritischen Sicht von Kaelin argumentiert *Martina Schmidhuber* für die aufmerksame Beobachtung von Demenzpatienten als Quelle von Lebensqualitätsdaten. Erzählungen von Patienten oder auch von Angehörigen und anderen Dritten enthalten wertvolle Informationen über die Lebensqualität. Pflegende und Angehörige können sich auf diesem Weg einen Zugang zur erlebten Wirklichkeit von Demenzpatienten verschaffen und entscheidungsrelevante Daten über ihre Lebensqualität gewinnen.

Martin Dichter und seine Mitautoren werten in einer Metasynthese mehrere Studien zur Lebensqualität von Demenzpatienten aus, die auf Selbstäußerungen der Patienten beruhen. Dabei gewinnen sie 14 Dimensionen der Lebensqualität, die die Bedeutung psychosozialer Aspekte der Lebensqualität unterstreichen und Ansatzpunkte für die Entwicklung von Maßnahmen zur Versorgung von Menschen mit Demenz bieten.

Im Kontext von Krebserkrankungen untersucht *Heike Schmidt* die Möglichkeiten, Lebensqualität zu erfassen und Lebensqualitätsdaten anzuwenden. In einer eigenen Studie erfasst sie die Meinungen von Krebspatienten über die relevanten Aspekte der Lebensqualität und vergleicht diese mit etablierten Instrumenten. Trotz der eindeutigen Datenlage beklagt sie ein Misstrauen gegen diese Informationen und die Nichtberücksichtigung der Daten bei klinischen Entscheidungen.

Eine ähnlich ernüchternde Diagnose präsentieren *Regine Bölter* und ihre Mitautorinnen zur Situation im Umgang mit alten Patienten. Lebensqualität sollte auch nach der *evidence based medicine* ein integraler Bestandteil klinischer Entscheidungen sein. Die Autorinnen diskutieren die Barrieren, die der Berücksichtigung von Lebenszielen, Präferenzen und subjektiver Lebensqualität entgegenstehen, bieten aber auch konstruktive Vorschläge zur verbesserten Integration der Lebensqualität in die klinische Entscheidungsfindung.

Sebastian Wäscher und seine Mitautoren beziehen in ihrem Beitrag das Konzept der Lebensqualität auf die Bewertung des Nutzens, den Patienten von Medikamenten haben. Im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie mit onkologisch tätigen Ärzten präsentieren und diskutieren sie Ergebnisse, die auf eine so genannte medikamentenbezogene Lebensqualität abzielen und zeigen, dass erwünschte und unerwünschte Medikamentenwirkungen einen zentralen Bestandteil der Bewertung von Lebensqualität darstellen. Sie zeigen weiter, dass Ärzte die Lebensqualität zwar als ein sehr vages Kriterium verstehen, ihre Vorstellungen von Lebensqualität aber dennoch oft als entscheidungsrelevant betrachten, wenn sie Medikamente verschreiben.

Schließlich stellt *Annette Riedel* die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen das Konzept Lebensqualität im *palliative care setting* eine Entscheidungshilfe sein kann. Sie weist darauf hin, dass herkömmliche operationalisierte Methoden zur Erfassung der Le-

Lebensqualität angesichts der begrenzten Lebenszeit meist versagen und die Situation eine hochgradig subjektive Deutung der Lebensqualität erfordert. Riedel argumentiert dafür, dass diese subjektive Lebensqualität für Entscheidungen nicht allein ausschlaggebend sein sollte, sondern gemeinsam mit anderen Kriterien in einem interdisziplinären Diskurs bewertet wird.

Wir danken dem Bundesministerium für Bildung und Forschung für die großzügige Unterstützung der Tübinger Klausurwoche sowie dem Verlag Springer VS für die bereitwillige Aufnahme des Bandes in sein Programm. Für die Übersetzung des Beitrags von Lennart Nordenfelt aus dem Englischen danken wir Matthias Böhm. Sabine Umlauf-Beck sei an dieser Stelle für die Übersetzung des Beitrags von Peter Robinson gedankt, und nicht zuletzt gilt unser Dank auch Gunda Hinrichs, die alle Beiträge sehr gründlich lektoriert hat.

A

**Historische, konzeptionelle und
metaethische Grundlagen**