

Lebensqualität für Krebskranke?

Bei der Frage nach den Auswirkungen einer Krebserkrankung auf den Menschen¹ müssen mit traditionell medizinischen Methoden behandelbare und meßbare körperliche Auswirkungen von emotionalen und spirituellen Konsequenzen unterschieden werden. Alle drei genannten Aspekte sind Herausforderungen an die Krankheitsverarbeitung durch den betroffenen Patienten². Dabei ist es hilfreich, gut therapierbare bösartige Neubildungen (z.B. einen Teil der kindlichen Leukämien) von solchen Erkrankungen zu unterscheiden, die trotz anfänglicher Behandlungserfolge früher oder später zum Rückfall und letztlich zum Tod durch Metastasierung und andere Komplikationen führen. Trotz dieser notwendigen und im Einzelfall auch entlastenden Differenzierungen wird der Begriff „Krebs“ seit der Antike in Medizin, Literatur und in mehr oder minder bewußten kollektiven Vorstellungen undifferenziert für all das verwendet, was die bösartige Tumorerkrankung mit dem Menschen, das heißt mit dem eigenen oder mit dem fremden Leben macht.

Krebs als Inbegriff schwerer Krankheit

Krebs wurde und wird verabscheut, was zu seiner Verwendung im „magischen Abwehrzauber“ führte. Möglicherweise liegt hier eine Wurzel zu der Distanz, welche viele den Krebskranken gegenüber aufbauen und welche von diesen selbst häufig beklagt wird³. Durch die Tendenz bösartiger Tumorerkrankungen zum Rückfall und zum Fortschreiten, insbesondere zu Tochter-Absiedelungen in zunächst nicht befallenen Organen, ist Krebs zum Inbegriff schwerer, ja unheimlich-unheilbarer Krankheit geworden. Das Gegenargument, die Herz-Kreislauf-Krankheiten seien häufiger und heimtückischer, ändert daran nichts. Trotz aller unbestreitbaren Behandlungserfolge ist der therapeutische Zugriff auf die molekularen und genetischen Ursachen der Tumorerkrankung noch nicht möglich. Die onkologischen „Waffen“ (Stahl, Strahl, Gift) stammen noch immer aus dem altbekannten kriegerischen Arsenal, auch wenn sie in Wirksamkeit und hinsichtlich der Begrenzung verwüstender Nebenwirkungen verbessert wurden. Nicht wenige Tumorpatienten klagen darüber, daß sie sich vor der Diagnosestellung weitgehend gesund fühlten und daß sich ihr Allgemeinzustand erst durch die onkologische Behandlung deutlich verschlechterte. Zugespitzt formuliert: Sie lassen sich verwunden und krank

machen, um gesund zu werden⁴. Im modernen Medizinbetrieb müssen sie zuvor über die mit der Behandlung einhergehende Einschränkung der Lebensqualität aufgeklärt werden.

Eine Korrektur des ärztlichen Denkens

„Ich habe das Wort ‚Lebensqualität‘ noch nie so oft gehört wie in den letzten Tagen!“, erklärte mir eine Turmorpantin während unseres ersten Kontaktgesprächs. In ihren Worten schwang eine gewisse Skepsis mit, wohl auch die ängstliche Frage, ob mit der für sie ungewohnten Betonung dieses Begriffs etwas anderes, nicht so Wohltönendes euphemistisch verschleiert werden solle. In der Tat pflegt zwischen Arzt und Patient von „Lebensqualität“ dann gesprochen zu werden, wenn die traditionellen Ziele der ärztlichen Kunst (Wiederherstellung der Gesundheit, völlige Beseitigung eines Krankheitssymptoms usw.) nicht oder nur um den Preis erheblicher Belastungen (d.h. Einbußen an Lebensqualität) erreichbar sind. Dies gilt insbesondere, wenn die Heilung einer Erkrankung nicht mehr möglich erscheint und Linderung von Schmerzen, Behinderungen, Beschwerden in den Vordergrund tritt.

Die moderne Medizin hat aus der Hospizbewegung das Prinzip der palliativen (d.h. „zudeckenden“, lindernden) Behandlung übernommen. Aus diesem Grund entstehen jetzt auch an Universitätskliniken Palliativeinheiten, die der Patientenversorgung und der Forschung dienen. Über die institutionelle Akzeptanz dieser Einrichtungen hinaus muß die moderne Medizin jedoch einräumen, daß sie zwar mehr denn je „kurativ“ (heilend) wirksam ist. In vielen Feldern und Einzelsituationen ist ärztliches Handeln aber auch dann palliativ, wenn es nicht als solches deklariert wird, vor allem dann, wenn die krankheitsbedingte Lebenserwartung zwar begrenzt, aber noch nicht akut verkürzt erscheint. Dies gilt immer noch für die Mehrzahl der onkologischen Krankenbehandlungen.

Der Begriff der Lebensqualität und seine Verwendung in der Medizin beinhaltet eine doppelte Korrektur: Einerseits wird in der medizinischen Praxis und Wissenschaft zunehmend anerkannt, daß ärztliches Handeln nicht nur auf die *Lebensquantität*, d.h. auf die Verlängerung der Lebenszeit zielt. Folgerichtig berücksichtigt auch die Forschung neben „objektiven“ Daten wie Tumorstadium und Herzfunktion die Subjektivität des Kranken, wenn sie die *Lebensqualität* zu erfassen versucht⁵. Andererseits ist die zunehmende Berücksichtigung der Lebensqualität nicht nur Frucht einer Selbstkorrektur der modernen Medizin. Vielmehr führen die medizinethische und juristische Paternalismuskritik, die verbesserte Zugänglichkeit von Information sowie die Bedingungen des Gesundheitsmarktes zu mehr „Kundenfreundlichkeit“, Dialogbereitschaft und Aufgeschlossenheit für die Wünsche kranker Menschen. Daß der Patient *auch* als Kunde gesehen wird, ist für die Medi-

zin genauso heilsam wie die Einführung des eher nüchternen Begriffs der Lebensqualität. Freilich läßt sich die Arzt-Patient-Beziehung nicht auf ihre ökonomische Dimension reduzieren; es geht um mehr als um Marketing und begriffliche Retuschen. Für die eingangs erwähnte Patientin kommt es ebenso wie für jeden, der notgedrungen zum Patienten werden kann, nicht in erster Linie darauf an, daß die Ärzteschaft den Begriff der Lebensqualität im Mund führt. Vielmehr hängt alles davon ab, was alle Beteiligten (Ärzte, Patienten, Gesamtgesellschaft) unter „Lebensqualität“ verstehen.

Was ist Lebensqualität?

Bevor Lebensqualität wissenschaftlich erfaßt und gemessen werden kann, muß der Begriff geklärt und in einen sowohl individuell-biographischen als auch sozio-ökonomischen Kontext gestellt werden⁶. Die empirische Lebensqualitäts-Forschung muß einerseits der Subjektivität der Befragten Rechnung tragen, andererseits ein Konstrukt definieren und durch Meßverfahren abbilden, die üblichen Gütekriterien genügen. *Globale* Lebensqualität umfaßt alle Bereiche der Lebenswirklichkeit wie Familie, Partnerschaft und Sexualität, Arbeit, Spiritualität usw. Die gängigen Meßinstrumente werden dieser Vielfalt meist nicht gerecht⁷.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität kann heute mit international validierten Standardverfahren gemessen werden, die auch Besonderheiten der Erkrankung, des Verlaufs und bestimmter Behandlungsmodalitäten berücksichtigen. Derartige Standardverfahren messen zwar den Gegenstand, den sie erfassen sollen (nämlich die gesundheitsbezogene Lebensqualität). Sie vermögen jedoch nicht die Dynamik des Wahl-, Entscheidungs- und Urteilsprozesses abzubilden, der im Patienten abläuft. Im Längsschnitt ist *individuelle* Lebensqualität gerade nicht stabil, sondern flüchtig; sie läßt sich nicht durch vorgegebene Kategorien, Gewichtungen und Expertenmeinungen erfassen. Sie kann durch Fremdbeurteilung ergänzt, aber nicht ersetzt werden. Meßverfahren zur Erfassung der individuellen Lebensqualität müssen besondere Erwartungen erfüllen: Sie sollten den im Patienten ablaufenden Urteilsprozeß widerspiegeln, d.h. die Auswahl lebensqualitätsbezogener Bereiche, deren Beurteilung und relative Gewichtung durch den Befragten.

Zudem sollten sie die Konstrukt-Dynamik erfassen, d.h. die Entwicklung der individuellen Maßstäbe und Prioritäten im zeitlichen Verlauf⁹. Individuelle Lebensqualität ist auch bei schwerkranken Menschen keineswegs identisch mit gesundheitsbezogener Lebensqualität. Dies ergab sich aus einer an der Universität München⁸ durchgeführten Studie „Lebensqualität nach autologer Stammzell-Transplantation“. Bei einer Stichprobe von Tumorpatienten vor Hochdosis-Chemotherapie und Transplantation eigener Blutstammzellen wurde der Bereich „Gesundheit“ erst an dritter Stelle genannt (13,9 Prozent), wenn die Frage lautete: „Welche Felder Ih-

res Lebens spielen eine Rolle für Ihre Lebensqualität? Womit sind Sie zufrieden, worüber machen Sie sich Sorgen, woraus schöpfen Sie Kraft?“ Der Bereich „Familie“ wurde von 18, 1 Prozent, „Freizeitaktivitäten“ von 15 Prozent genannt.

Im Rahmen dieser Studie wurde ein statistischer Vergleich angestellt zwischen der individuellen (vom Patienten definierten und eingeschätzten) Lebensqualität einerseits und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Messung mit Standardverfahren nach vorgegebenen Listen) andererseits. Beide erwiesen sich als voneinander unabhängige Größen¹⁰. Es darf also nicht von der gesundheitsbezogenen auf die individuelle Lebensqualität geschlossen werden (oder umgekehrt). Mit anderen Worten: Eine durch gesundheitliche Probleme beeinträchtigte Lebensqualität führt nicht zwangsläufig zu einer Verschlechterung der vom Betroffenen definierten und nach eigenen Prioritäten eingeschätzten (individuellen) Lebensqualität.

Lebensqualität im medizinischen Kontext beinhaltet einerseits, was der Patient als solche definiert, andererseits, wie er sie selbst beurteilt und wie er über dieses Urteil reflektiert¹¹. Dies gilt im engeren Sinn für die individuelle Lebensqualität und ihre Messung. Letztlich sind jedoch auch keine „objektiven“ Aussagen über Lebensqualität möglich, wenn die Subjektivität der Betroffenen außer acht gelassen wird. Gesundheitsbezogene muß im Zusammenhang mit individueller Lebensqualität gesehen werden¹². Beide stellen wichtige Facetten globaler Lebensqualität dar.

Gewinnen – in der Lotterie und bei der Tour de France

Jede Reflexion über Lebensqualität muß unausgesprochene, vielfach auch unbewußte Vorannahmen über Zufriedenheit und Glück kritisch beleuchten, um derartige Einstellungen, die zum Beispiel in den Medien verbreitet werden, nicht ungeprüft zu übernehmen¹³. Dies gilt in besonderer Weise für den Vergleich und das gegenseitige Verstehen zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen Kranken und noch Kränkeren. Das Auseinanderklaffen der subjektiven und der objektiven Ebene ist nicht nur ein zentrales methodisches Problem. Es führt auch zu voreiligen Schlußfolgerungen und paradoxen Befunden.

Zwei derartige Vorannahmen können wie folgt formuliert werden: Objektiv gute Lebensbedingungen werden auch subjektiv als Glück bewertet, während schlechte objektive Bedingungen auch entsprechend erlebt werden. Die empirische Forschung belegt jedoch keineswegs, daß die Reichen und Gesunden auch die Glücklicheren sind, weder im internationalen Vergleich noch im Vergleich zwischen Gesunden und verschiedenen Patienten-Stichproben. Vielmehr können einerseits objektiv gute Lebensbedingungen mit subjektiver Unzufriedenheit einhergehen (Unzufriedenheitsdilemma). Andererseits sind Gesunde keineswegs zufriedener als Kranke. Innerhalb verschiedener Krankheitsgruppen weisen Patienten mit somatoformen (nicht organisch bedingten) Schmerzsyndromen eine deutlich schlechtere

Lebensqualität auf als unter metastasierenden Tumoren Leidende. Eine hervorragende, über das bei Gesunden gefundene Maß hinausgehende Lebensqualität haben Krebskranke nach erfolgreicher Behandlung. Prominentes Beispiel hierfür ist Lance Armstrong („Tour des Lebens“), der nicht nur viermal die Tour de France gewann, sondern auch den Kampf gegen seinen Hodenkrebs.

Im Lotto zu gewinnen ist ein sprichwörtliches Synonym für Glück und Zufriedenheit („ausgesorgt haben“, „das große Los ziehen“). Eine klassische Untersuchung von Lotteriegewinnern, gelähmten Unfallopfern und Kontrollpersonen zeigt¹⁴, daß Lebensqualität keineswegs in Dollar oder Euro meßbar ist und auch nicht mit der Abwesenheit oder Anwesenheit einer Behinderung einhergeht. Lotteriegewinner weisen im Vergleich mit der Kontrollgruppe eine geringere Fähigkeit zur Freude an alltäglichen Dingen auf, möglicherweise durch eine Veränderung ihres Anspruchsniveaus. Gelähmte Unfallopfer tendieren im Vergleich mit Kontrollpersonen dazu, ihre Vergangenheit zu idealisieren. In dem Maß, in dem sie diese Idealisierung aufgeben, sind sie auch in der Lage, Zufriedenheit aus alltäglichen positiven Erfahrungen zu schöpfen. Dies ist die „Kunst, trotz allem zufrieden zu sein“¹⁵.

Zwei Träume von Geld und Glück

Herr G., ein 44-jähriger Patient, berichtet drei Monate nach erfolgreicher Transplantation eigener Blut-Stammzellen die folgenden Träume:

1. „Ich habe einen Lottogewinn gehabt. Im Traum war ich in irgendso einer Umweltbar im Freien. Ich kann nicht sagen, ob das jetzt Urlaubsstimmung war oder was. Es war da relativ viel los und es waren ... eine Menge Besucher da und ein ganzer Schwung an Kellnern und allen möglichen anderen. Und irgendwie kam auf einmal meine Frau, und dann wurden die Lottozahlen verkündet. Ich spiele nie Lotto, meine Frau hat aber Lotto gespielt ein halbes Jahr und hat dann fünf Richtige mit dem ersten Schein. Wir erfahren, daß wir da 50 000 DM gewonnen haben. Und als wir das erfahren, wird irgendwie eine zweite Ziehung bekanntgegeben, und da wußte ich auf einmal, daß meine Frau noch einen Lottoschein dahat, und es ergaben sich sechs Richtige, und da waren es dann 150 000 DM. Dann gab es noch eine dritte Ziehung, und meine Frau hat auch noch ein drittes Mal gespielt, und das war dann ganz brutal, daß es dann sechs Richtige und auch noch die Zusatzzahl gegeben hat. Es hat eine Million Mark gegeben, und ich war dann auf einmal nur noch am Aus-mir-Rausgehen und habe gejubelt und gejuchzt und bin herumgehüpft und habe mich halt extrem extravertiert gefreut. Und auch die ganzen Kellner, die dann so da hinten saßen, und auch eine ganze Reihe Gäste haben dann alle geklatscht, als ich dann nach vorne gegangen bin und das Geld abgeholt habe. Und sie haben also auf uns angestoßen, und es war ganz spannend. Das einzig Komische war dann, daß ich bei mir dann dauernd überlegt habe, ob ich den Kellnern jetzt ein Trinkgeld geben soll, obwohl sie mich ja gar nicht bedient hatten und wie hoch das wohl jetzt sein soll. Das war so ein ganz eigenartiges, ein bißchen dämpfendes Element in dem ansonsten nur erfolgreichen Traum. Und dann bin ich irgendwann aufgewacht.“

2. „Ich hatte getankt an so einer Uralt-Tankstelle, wo noch so richtig gepumpt werden mußte und ich überlegt habe, ob der überhaupt das richtige Diesel hat und nicht nur so ein billiges Traktorendiesel, das er mir reintut. Und dann habe ich gezahlt, der Betrag war überhaupt nicht groß, und dann hat meine Frau dem noch zwei Euro, nein, vier Euro in die Hand gedrückt, als Trinkgeld. Da war auch wieder so ein

Trinkgeld, wo ich mir dann anschließend gedacht habe: Warum denke ich jetzt schon wieder an Trinkgeld? Und ich fand das dann wahnsinnig hoch und habe mir gedacht: Für das Geld hätten wir ja noch ein paar Liter Benzin bekommen und warum macht das meine Frau, daß sie so viel Trinkgeld gibt?“

Herr G. gehört ähnlich wie Lance Armstrong zu jener Patientengruppe, die sich nach erfolgreicher Behandlung durch eine hohe Lebensqualität auszeichnet. Der Patient wundert sich sowohl im Traum als auch beim Erzählen über die Themen Lottogewinn und Trinkgeld. „Normalerweise“ spiele er nämlich nicht im Lotto. Im ersten Traum gerät er jedoch angesichts der Gewinnserie in einen regelrechten Freudentaumel. Er teilt diese Freude mit der Ehefrau, der eigentlichen Gewinnerin („Geteilte Freude ist doppelte Freude“). Er denkt auch daran, das Servierpersonal über ein Trinkgeld zu beteiligen. Die sich steigernde Glückssträhne spiegelt sich auch in den Zahlen (fünf-, sechs-, siebenstellig). Die siebenstellige Million scheint ein unübertreffbares Glück zu symbolisieren, dem aber das „alltägliche“ Trinkgeld an die Seite gestellt wird, durch das die Umgebung beteiligt wird.

Auch im zweiten Traum geht es um Trinkgeld im Kontrast zu einer großen, mit einiger Mühe gepumpten Menge Benzin. Der Kraftstoff aus den Tiefen des Tankstellenreservoirs bzw. der Erde mag für die eigenen Energieressourcen stehen, die bei den meisten Tumorpatienten eingeschränkt oder zumindest gefährdet sind („Fatigue-Syndrom“). Beide Träume deuten darauf hin, daß die partnerschaftliche Unterstützung durch die Ehefrau gemeinsam genutzte Ressourcen mobilisiert, die allerdings durch die Krankheit gefährdet sind und auch ihren Preis kosten („Trinkgeld“). Gesunde Partnerinnen krebsskranker Männer scheinen eine niedrigere Lebensqualität und eine höhere psychosoziale Belastung aufzuweisen, als gesunde Partner krebsskranker Frauen¹⁶. In jeglicher Konstellation findet jedoch sowohl die Belastung als auch die Erleichterung über eine erfolgreiche Behandlung einen emotionalen Widerhall bei Partnerin bzw. Partner.

Im Zusammenhang mit der Traumbesprechung erwähnt der Patient auch seinen Wunsch nach größerer Unabhängigkeit von der als hilfreich, aber doch einschränkend erlebten medizinischen Behandlung und nach „alternativen“ Behandlungsmöglichkeiten. Über die Ressourcen und deren Gefährdung hinaus könnten die Geld- und Glücksträume auch auf einen Konflikt zwischen Autarkie und Versorgung hinweisen, also auf den Konflikt zwischen der Tendenz, selbst „reich“ (glücklich, zufrieden, sich selbst versorgend) zu sein und der gegenläufigen Tendenz, sich als hilfsbedürftig zu erleben.

Lebensqualität und Spiritualität

Spiritualität wird im Gespräch von Arzt und Patient häufig im Zusammenhang mit Sterben und Tod zum Thema, zum Beispiel wenn aus der Verzweiflung über das Zusammenbrechen illusionärer Hoffnungen eine tiefere Hoffnung wächst, über

diesen oder jenen „Strohalm“ hinaus, an den sich der Patient klammerte. Im Unterschied zu den kleinen, alltäglichen, intentionalen Hoffnungen, die sich auf bestimmte Ziele richten, ist die „große“ spirituelle Hoffnung unbestimmt, über unmittelbare Ziele wie Symptombekämpfung und Lebensverlängerung hinausgehend (selbst-transzendent). Die Realisierung „kleiner Hoffnungen“ (wirksame Symptomkontrolle, familiäre und soziale Unterstützung, Befriedigung körperlicher Bedürfnisse usw.) ist jedoch eine Voraussetzung dafür, daß der Patient sich den „großen“ spirituellen Fragen nach Sinn, Transzendenz, Dankbarkeit und Versöhnung stellen und über die dumpfe Verzweiflung von Schmerz, Übelkeit und Erschöpfung hinausdenken kann.

Während der Einfluß spiritueller Aspekte auf die Gesundheit in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts durchaus kontrovers diskutiert wurde¹⁷, mehren sich in der gegenwärtigen psychoonkologischen Diskussion Argumente und empirische Befunde, die Spiritualität als eigenständiges, von bisherigen Konstrukten der Lebensqualitätsforschung nicht erfaßtes Konstrukt auffassen möchten¹⁸. Spiritualität ist also einerseits ein wichtiger Einzelbereich von Lebensqualität, den es unter Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen religiösen Präferenzen der Befragten zu erfassen gilt. Andererseits steht sie für die Erweiterung des Konzeptes der Lebensqualität um Fragen der Hoffnung, des Lebenssinns, der Neubestimmung von Zielen angesichts der Zerstörung des bisherigen, aus gesunden Tagen stammenden Lebensentwurfs.

Verbesserung der Lebensqualität als ärztlich-psychotherapeutische Aufgabe

Die Tabelle am Ende des Beitrags gibt einen Überblick über die verschiedenen Ziele, die sich die psychoonkologische Arbeit setzt. Psychoonkologie hat sich inzwischen als eigenständiger Bereich in der Zusammenarbeit von Onkologen (Spezialisten für Tumorbehandlung) und Psychotherapeuten etabliert. Verbesserung der Lebensqualität ist nicht das alleinige Ziel psychoonkologischer Arbeit; weder bei Ärzten noch bei Patienten steht es an erster Stelle. Wenn überhaupt ein Psychoonkologe zugezogen wird, so in erster Linie zur Behandlung der psychiatrischen Komorbidität, also von psychischen Störungen, die gleichzeitig mit der Tumorerkrankung und deren Behandlung auftreten. Allerdings erhebt sich unter den besonderen Bedingungen der Tumorbehandlung die Frage, wieviel Angst, Depression und Beeinträchtigung diesseits aller Störung „normal“, d. h. als verständliche seelische Mitreaktion in einer außergewöhnlichen Situation zu verstehen ist. Auch wenn psychopathologische Kategorien hier nicht sehr viel weiter helfen, so kann doch die frühzeitige psychoonkologische Präsenz und Intervention ein derartiges psychisches Leiden abfangen helfen bzw. etwaigen Krisen vorbeugen. Klassisch-medizinisch ist auch die medikamentöse Linderung von Schmerz, Übelkeit, Schlaflosig-

keit usw. und die entsprechende Behandlung von Nebenwirkungen (z. B. durch ein Entspannungstraining).

Die Klärung und Bearbeitung ungünstiger Interaktionsmuster kann sowohl auf psychodynamischer als auch auf verhaltenstherapeutischer Basis erfolgen. So klagen Patienten nach einer Knochenmarktransplantation über eine übertriebene „Bemutterung“ durch Angehörige¹⁹. Nun können derartig regressiv-abhängige Beziehungsmuster Ausdruck einer vorübergehenden Hilfsbedürftigkeit der Patienten sein. Fixieren sich jedoch derartige Konstellationen in Familie, Ehe, Freundeskreis und Arbeitswelt, so wird das Wiederanknüpfen an die vom Patientsein überlagerten Rolle (des Vaters/der Mutter, des Sexualpartners, Kollegen usw.) behindert.

Das psychoonkologische Ziel der Förderung einer aktiv-akzeptierenden Krankheitsverarbeitung ergibt sich aus der Krankheitsverarbeitungsforschung der letzten Jahre. Dabei geht es nicht um markige Appelle im Sinn eines militärisch verstandenen „Kampfgeistes“, durch die sich gerade der ängstlich oder depressiv gestimmte Patient möglicherweise mißverstanden oder allein gelassen fühlt. Aktive Krankheitsverarbeitung ist vielmehr die eigene, d. h. individuell entwickelte, nicht die aus Büchern oder Rollenzuschreibungen anderer übernommene. Neueren Untersuchungen zufolge gehört offenbar eine gewisse Akzeptanz der Krankheit zu einer aktiven, wirkungsvoll angepaßten Krankheitsverarbeitung²⁰. Grundsätzlich gilt: Globale Strategien helfen nicht weiter, vielmehr müssen psychotherapeutische Interventionen möglichst genau auf die Krankheits- und Behandlungsphase (Erstdiagnose und Erstbehandlung, freies Intervall, Rückfall, chronisches Stadium oder Sterbeprozess) und auf die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten eingehen²¹.

Die Verbesserung der Lebensqualität mit psychotherapeutischen Mitteln ist im Zusammenhang mit der Ressourcenmobilisierung zu sehen. Sie ist also nicht störungsorientiert, sondern hat die (möglicherweise verschütteten) Kraftquellen der Patienten im Blick. Viele Tumorkranke befürchten, vom Psychotherapeuten als psychisch krank, nicht belastbar, labil abgestempelt zu werden und betonen demgegenüber ihre Normalität. Diese Reserve mancher Patienten gegenüber der Psychoonkologie ist insofern berechtigt, als die (z. B. in der krankenkassenfinanzierten Psychotherapie übliche) störungsspezifische Vorgehensweise zunächst eine neurosenpsychologische Diagnose stellt, für deren Behandlung dann ein Therapieplan entwickelt wird. Diese psychopathologisch geprägte Vorgehensweise ist jedoch in der psychotherapeutischen Begleitung von Tumorkranken und anderen Schwerkranken, bei denen somatopsychische Zusammenhänge im Vordergrund stehen, von sehr fraglichem Wert. In der Tat fühlen sich schwerkranke Patienten mißverstanden und alleingelassen, wenn zunächst gefragt wird, was in ihrem Erleben, Verhalten, in ihrer Beziehungsgestaltung gestört ist.

Ein gesundheitsorientierter, zunächst auf die Stärken des Patienten fokussierender Ansatz stellt eine Gesprächsgrundlage her und bietet eine Basis für psychothe-

rapeutisches Arbeiten mit körperlich schwerkranken Patienten. Im Gegensatz zur Normativität expertendefinierter Lebensqualität oder somatopsychischer Gesundheit wird der Patient bereits durch die Messung der individuellen Lebensqualität innerhalb eines patientenzentrierten Interviews auf den eigenen Urteils- und Bewertungsprozeß verwiesen. Aus diesem diagnostischen Einstieg ergeben sich wertvolle Anhaltspunkte für den Arzt-Patient-Dialog und für die psychotherapeutische Fokusformulierung²². Diese psychotherapeutische Wertigkeit einer auf individuelle Lebensqualität abzielenden diagnostischen Intervention kann als Relativitätstheorie der Lebensqualitätsforschung²³ bezeichnet werden.

Die Orientierung an Lebensqualität und Ressourcen erkennt zunächst die Art und Weise an, wie der Patient seine Welt beurteilt, organisiert und bewältigt: allein und mit Hilfe anderer. Dabei können spirituelle Themen eine große Rolle spielen. Nicht mehr erreichbare, durch die Krankheits- und Lebensentwicklung überholte Ziele müssen vom Patienten revidiert werden²⁴. Manche der in der folgenden Tabelle aufgezählten Ziele überschneiden sich. So dient die Behandlung seelischer Störungen der Verbesserung von Lebensqualität. Es ist jedoch sinnvoll, jedes der Ziele gesondert zu bedenken, um mit dem Patienten Prioritäten zu erarbeiten und nicht Gefahr zu laufen, wichtige Ziele zu vernachlässigen. Zum Beispiel kann die Beschränkung auf medikamentöse Symptomkontrolle zur Vernachlässigung der Autonomie und des ungenutzten Ressourcenvorrats des Kranken führen.

Tab.: Ziele psychotherapeutischer Interventionen in der Onkologie

1. Behandlung von Angst, Depression, Belastungsstörungen
2. Prävention und therapeutische Nutzung von Krisen
3. Symptomatische Besserung von Schmerz, Übelkeit, Schlaflosigkeit usw.
4. Klärung und Bearbeitung ungünstiger Interaktionsmuster
5. Förderung einer aktiv-akzeptierenden Krankheitsverarbeitung
6. Verbesserung der Lebensqualität und Ressourcenmobilisierung
7. Spirituelle Themen: Unterstützung in existentieller Neuorientierung

Ausblick

Lebensqualität ist eine Vokabel, die häufig von Gesunden verwendet wird, um den Bedürfnissen, Zielen und der Wertorientierung kranker Mitmenschen gerecht zu werden. Dies gilt in besonderer Weise für alle in Medizin und Pflege Tätigen: Sie versuchen, sich an der Lebensqualität zu orientieren, damit die angebotenen Be-

handlungsmaßnahmen nicht nur wirksam, sondern auch hilfreich sind. Weil es im Dialog zwischen kranken Menschen und ihren Helfern letztlich auf das Urteil der Patienten ankommt, müssen „objektive“ Messungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die Erfassung der individuellen Lebensqualität ergänzt werden. Diese Orientierung am Patientenurteil stellt einen wichtigen psychotherapeutischen Zugang in einem Feld dar, das traditionell eher Domäne des klassisch organmedizinischen als des psychosozialen Modells ist. Ähnlich wie die Definition von Gesundheit wird Lebensqualität immer dann zum Problem, wenn sie bedroht ist und unter dem Gesichtspunkt der Begrenztheit des Lebens gesehen wird.

In der aktuellen Debatte um aktive Sterbehilfe wird immer wieder menschliches Leben unter Berufung auf die Patientenautonomie dann zur Disposition gestellt, wenn es aus Sicht der Gesunden nur mehr eine geringe Lebensqualität hat. Angehörige, Pflegende und Behandelnde stehen jedoch vor der Herausforderung, Lebensqualität auch am Ende des Lebens zu respektieren und nach Möglichkeit zu verbessern. Von der Art und Weise, wie Tumorkranke und andere Schwerkranke mit seelischen und körperlichen Leiden umgehen, können Gesunde lernen, was Lebensqualität ist²⁵.

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. K. -J. Kuschel, Was macht der Krebs mit dem Menschen? Literarische Spiegelungen – theologische Reflexionen, in dieser Zs. 216 (1998) 453–470.

² Vgl. S. Folkman u. S. Greer, Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other, in: *Psycho-Oncology* 9 (2000) 11–19.

³ Vgl. R. Daniel, Krebs – Körper u. Symbol. Archetypische Aspekte einer Krankheit (Zürich 2000).

⁴ Vgl. E. Frick, Durch Verwundung heilen. Zur Psychoanalyse des Heilungsarchetyps (Göttingen 1996).

⁵ Vgl. B. Gunnars u. a., Assessment of quality of life during chemotherapy, in: *Acta Oncologica* 40 (2001) 175–184.

⁶ Vgl. D. Brock, Quality of life measures in health care and medical ethics, in: *The quality of life*, hg. v. M. Nussbaum u. A. Sen (Oxford 1993) 95–139.

⁷ Vgl. K. A. Wilson u. a., Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians, in: *Quality of life research* 9 (2000) 1041–1052.

⁸ Vgl. E. Frick, G. D. Borasio, H. Zehentner u. I. Bumer, Individual quality of life of patients undergoing Autologous bone marrow transplantation (erscheint demnächst).

⁹ Vgl. D. Waldron u. a., Quality-of-Life measurement in advanced cancer: assessing the individual, in: *Journal of Clinical Oncology* 17 (1999) 3603–3611;

¹⁰ Vgl. M. Wasner, Lebensqualität onkologischer Patienten, in: *Manual Psychoonkologie*, hg. v. A. Sellschopp u. a. (München 2002) 14–17.

¹¹ Vgl. C. R. B. Joyce, How can we measure individual quality of life?, in: *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 124 (1994) 1921–1926.

¹² Vgl. A. Bowling, What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life, in: *Social Sciences and Medicine* 41 (1995) 1447–1462; K. W. Wyrwich u. F. D. Wolinsky, Identifying meaningful intra-individual change standards for health-related quality of life measures, in: *Journal of evaluation in clinical practice* 6 (2000) 39–49.

¹³ Vgl. P. Herschbach, Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab?, in: *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 52 (2002) 141–150.

- ¹⁴ Vgl. P. Brinkman u. D. Coates, Lottery winners and accident victims: Is happiness relative?, in: Journal of Personality and Social Psychology 36 (1978) 917–927.
- ¹⁵ Vgl. B. Grom, Damit das Leben gelingt (München 1997).
- ¹⁶ Vgl. M. Hagedoorn u. a., Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life, in: Psycho-Oncology 9 (2000) 232–242.
- ¹⁷ Vgl. H. G. Koenig u. a., Handbook of Religion and Health (Oxford 2001); vgl. dazu B. Grom, Der Faktor „Religion“ in der Gesundheitsforschung u. -förderung, in dieser Zs. 221 (2003) 131–134.
- ¹⁸ Vgl. Folkman (A. 2); M. J. Brady u. a., A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology, in: Psycho-Oncology 8 (1999) 418–428; S. Weber u. E. Frick, Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten u. Betreuern in der Onkologie, in: Manual Psychoonkologie (A. 10) 106–109.
- ¹⁹ Vgl. M. A. Andrykowski u. a., Patients' psychosocial concerns following stem cell transplantation, in: Bone Marrow Transplant 24 (1999) 1121–1129.
- ²⁰ Vgl. N. Grulke u. a., Verhaltensmedizin bei Krebs: Psychosoziale Aspekte u. psychologische Behandlungsmodelle, in: Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen u. Ergebnisse, hg. v. W. Larbig u. V. Tschuschke (München 2002) 21–110.
- ²¹ Vgl. Andrykowski (A. 19); B. L. Anderson, Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology 60 (1992) 552–568.
- ²² Vgl. E. Frick u. a., Die Erarbeitung eines psychotherapeutischen Fokus mit stammzelltransplantierten Patienten, in: Störungsspezifische Konzepte u. Behandlung in der Psychosomatik, hg. v. D. Matke u. a. (Frankfurt 2002) 145–163; www.psychoonkologie.org.
- ²³ Vgl. Frick (A. 8).
- ²⁴ Vgl. Folkman (A. 2).
- ²⁵ Ich danke Herrn G. sowie allen Patientinnen und Patienten, die in der Studie „Lebensqualität nach autologer Stammzell-Transplantation“ behandelt werden. Für freundliche Unterstützung gebührt auch der Deutschen José Carreras Leukämie-Stiftung Dank.