Eine existenzanalytische Sichtweise von Lebensqualität

Astrid Görtz

Lebensqualität – ein in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen oft inflationär verwendeter Begriff – kann einerseits in einem ontologischen Sinne, nämlich als Lebens-"umstände", und andererseits in einem existentiellen Sinne verstanden werden. Als messbar erweist sich lediglich der ontologische Aspekt der Lebensqualität. Dieser stellt den Gegenstand der medizinischen und sozialwissenschaftlichen LQ-Forschung dar. In existenzanalytischer Sichtweise meint Lebensqualität den Wert des Lebens, der sich im Empfinden als etwas "Gutes" widerspiegelt. Dieses Gute ist als authentischer Selbst- und Weltbezug auf verschiedenen Ebenen (physisch, psychisch, noetisch) erfahrbar. Der individuell-persönliche Lebens-qualitätsbegriff ist einer existenziellen Dynamik unterworfen, wobei sich auch die Teilnahme an Psychotherapie verändernd auswirkt, wie aus Interviews mit Patienten eines Suchtkrankenhaus sichtbar wird. Daraus ergeben sich enge Grenzen für die Verallgemeinerbarkeit und Messbarkeit von Lebensqualität. Die damit verbundenen medizin-ethischen Probleme werden ebenfalls kurz angesprochen.

Schlüsselwörter: Lebensqualität, Messbarkeit, Medizin-Ethik, Sucht

Der Begriff Lebensqualität und seine Verwendung in der Medizin

Der Begriff „Lebensqualität" wird in den letzten Jahren sowohl in der Medizin als auch in den Sozialwissenschaften immer häufiger gebraucht. Zahlreiche Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität bei verschiedenen (chronischen) Krankheiten wurden entwickelt.

Historisch gesehen hängt die Verwendung der Lebensqualität mit der Suche nach Sozialindikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung zusammen. Ursprünglich ging man in der Medizin von Überlebensraten aus. Auf Ebene der Populationsstatistik kennt man seit über 100 Jahren Zahlen wie Geburts- und Sterberaten. Einer der wichtigsten Indikatoren wurde die Säuglingssterblichkeitsrate eines Landes bzw. einer Region, ein anderer die Lebenserwartung.

Ausgehend von einer Sichtweise der Gesundheit als "Freisein von Krankheit" gerieten mit fortschreitender medizinischer Entwicklung die individuellen Fähigkeiten, den Alltag selbständig zu bewältigen, ins Blickfeld. 1950 wurde von der WHO ein positiver Gesundheitsbegriff geprägt: Gesundheit wird als "physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden" (physical, mental and social well-being) definiert. Der Begriff der "Lebensqualität" lässt sich davon unmittelbar ableiten.

Das Hauptproblem aus der Sicht der medizinischen und soziologischen Lebensqualitätsforschung ist die Frage der Gültigkeit von Messungen in diesem Bereich. Der Prozess der Messung und Erfassung von Informationen prägt in hohem Maß unser Verständnis von Gesundheit mit allen damit verbundenen persönlichen und gesellschaftlichen Konsequenzen. Die "Angemessenheit" ist hier in Frage zu stellen. Wird der Begriff "Lebensqualität" in seiner derzeitigen Verwendung dem Menschen gerecht? Dies ist zu allererst ein ethisches Problem.

Ethische Probleme bei der Verwendung von Lebensqualität als Indikator für Therapieerfolg – die Grenzen der Messbarkeit

Die Entscheidung für einen Gesundheitsindikator ("health indicator") zieht weitreichende gesellschaftliche Konsequenzen nach sich. Öffentliche Gelder für Forschung und medizinische Versorgung werden investiert, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung eines Landes dahingehend zu verbessern, beispielsweise die Säuglingssterblichkeit in einem vorindustriellen Land zu verringern Mit fortschreitender medizinischer und – eng damit verknüpft – sozialer Entwicklung wurden diese Indikatoren differenzierter. Gleichzeitig wurde deutlich, dass die verschiedenen Indikatoren einander gegenseitig bedingen, was weitere medizinische wie soziale Folgen nach sich zieht. Die ausschließliche Betrachtung eines einzelnen Indikators, zum Beispiel "Säuglingssterblichkeit" (mit dem Ziel ihrer Verringerung), läßt außer acht, dass gleichzeitig mit einem statistischen Anstieg von Frühgeburten und medizinischen Problemen, die Folge eines geringen Geburtsgewichts darstellen, zu rechnen ist. Ein anderes Beispiel: Die ausschließliche Betrachtung der "Lebenserwartung" des Bevölkerungsdurchschnitts übersieht die Folgen des Älterwerdens

für die Betroffenen sowie für die ganze Gesellschaft – ein Ansteigen altersbedingter Krankheiten mit Folgekosten für das Gesundheitssystem, aber auch Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen den Generationen. Wir befinden uns mitten in dieser gesellschafts-politischen Diskussion. Die Entscheidung für sinnvolle Indikatoren ist von hoher gesellschaftlicher Brisanz ist. Aus diesem Grund ist die medizinische Lebensqualitätsforschung nicht von den Sozialwissenschaften zu trennen.

Die meistverbreitete Form der Erfassung der Lebensqualität eines Menschen ist die Vorgabe eines Fragebogens, der Fragen enthält wie "Leiden Sie unter starken Schmerzen?", "Sind Sie imstande, Ihrem Beruf nachzugehen?", "Fühlen Sie sich niedergeschlagen und bedrückt?" Dabei werden sehr unterschiedliche Lebensbereiche als scheinbar gleichwertig nebeneinander gestellt, gleichzeitig werden – anders ist es bei Fragebögen nicht möglich – Vorannahmen darüber getroffen, was Lebensqualität für den Einzelnen bedeutet, welche Lebensbereiche und Qualitäten hier überhaupt mit eingeschlossen sind.

Aus der Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen ist uns aus existenzanalytiker Sicht der Umstand sehr vertraut, dass sich der Mensch gerade in einer Grenzsituation – und Krankheit und Leiden sind solche Grenzsituationen – am stärksten als Person erfährt, in seiner Einzigartigkeit und Einmaligkeit. Das Leiden fordert ihn ja geradezu heraus, wie Frankl dies in seinem Werk vermittelt hat.

In einer konzeptionellen Festlegung dieses Begriffs im Sinne eines Ausschließens von individuellen, subjektiven Definitionen bzw. einer Vorgabe von Wertigkeiten besteht die Gefahr einer normativen Bewertung von Leben. Ganz problematisch wird es dort, wo die Verwendung des Begriffs die Möglichkeit der Qualifizierung eines Lebens als „lebensunwert" impliziert. Gerade in Situationen lebensbedrohlicher Krankheit läßt sich der individuell-spezifische Lebensqualitäts-Begriff nicht verallgemeinern, da dies einer Ignoranz, ja Negation der persönlichen Einstellung zu Krankheit, Heilung und Tod gleichkäme (Lütterfelds, 1991). Lütterfelds spricht in diesem Zusammenhang von sogenannten "existential beliefs", die ein kranker Mensch der Beurteilung seiner Lebensqualität zugrundelegt.

Dies ist die Seite des Individuums, der Person. Dieser steht die Seite der Sozietät, der Gesellschaft mit ihren ökonomischen und sozialen Gegebenheiten gegenüber. Dieser Problembereich wurde bereits angeschnitten. Die Auseinandersetzung mit diesen so unterschiedlichen Perspektiven und den einander oft diametral entgegengesetzten Forderungen, Erwartungen und Möglichkeiten, die Abwägung derselben und die möglichst umsichtige, verantwortungsvolle Entscheidung im Einzelfall sowohl im Fall einer wisschenschaftlichen Forschungsarbeit, einer gesundheitspolitischen Maßnahme als auch einer ärztlichen Hilfeleistung sollte keinem der Handelnden erspart bleiben.

Im Bereich der Forschung hat sich bereits die Erkenntnis durchgesetzt, dass aufgrund der hohen Subjektivität des individuellen Lebensqualitätsbegriffs die Grenzen der Messbarkeit und Erfassbarkeit mittels Fragebögen rasch erreicht sind. Diese werden – kritisch und mit aller Vorsicht – dennoch zum Einsatz gebracht, im Sinne der ethischen Forderung nach "dem Bestmöglichen für die größtmögliche Zahl", hier eben mit Betonung der quantitativen Seite.

Darüber hinaus wird aber immer stärker der Dialog mit dem Patienten als unbedingte Voraussetzung für die Erfassung der subjektiven Seite der Lebensqualität gesehen. Dies wird von verschiedenen namhaften Persönlichkeiten auf dem Gebiet der Lebenqualitäts-Forschung gefordert und vertreten (siehe z.B. Menz 1991, Muthny 1991).

Jeder, der sich mit dem Begriff und der Erfassung von Lebensqualität auseinandersetzt, gerät früher oder später in das Spannungsfeld dieser medizin-ethischen Fragen. Dies führt auch dazu, den Begriff immer mehr auszuweiten. Dadurch gehen seine Konturen verloren, aus der Komplexität entsteht Vieldeutigkeit und letztlich Unverbindlichkeit. Aus diesem Grund ist "Lebensqualität" leider bereits zum Schlagwort geworden, das inflationär verwendet wird (siehe z.B. Enghofer 1993, Meran et al. 1993).

Um den Begriff, der ursprünglich einen großen Fortschritt in der Medizin bedeutete, auf seine ursprüngliche Bedeutung und seinen Nutzen für den Menschen zurückzuführen, ist gerade der existenzanalytische Blickwinkel sehr hilfreich.

Existenzanalyse und Lebensqualität

Die Existenzanalyse geht von der Einzigartigkeit und Einmaligkeit der Person aus, die sich in der persönlichen Auseinandersetzung mit der Welt verwirklicht. Wir sprechen von personal-existentiellen Fähigkeiten, die im Vollzug des Lebens in Form von Entscheidungen und Handlungen der Person sichtbar werden. Aus existenzanalytischer Sicht kann die Bewertung des Lebens als „gut" letztlich nur von der Person selbst im Dialog mit der Welt vorgenommen werden. In der Spannung von Sein und Sollen steht die Person in einer ständigen Dynamik des subjektiven Wertens.

„Leben" ist aus Sicht der Existenzanalyse also immer als zweifaches zu sehen: einerseits als vorgefundenes und andererseits als selbst gestaltetes Leben. Person-Sein drückt sich gerade darin aus, dass ich zu dem, was ich ontologisch vorfinde, Stellung beziehe, damit umgehe, es gestalte. Die Fähigkeiten dazu sind auf Seiten der Person die Selbstdistanzierung und die Selbsttranszendenz. Leben im existenziellen Sinn ist darüber hinaus geprägt durch Freiheit im Entscheiden und Verantwortlichkeit im Handeln.

Die sozialwissenschaftliche Lebensqualitätsforschung beschäftigt sich ausschließlich mit den ontologischen Bedingungen wie Reichtum, Gesundheit, Bildung, Sozialkontakte, etc. Diese "Lebensumstände" sind das einzig Messbare, wobei auch sie gesellschaftlich-kulturellen Wertungen, Zeiterscheinungen und Trends unterworfen sind. Aber hier läßt sich noch am ehesten eine Möglichkeit zur Verallgemeinerung - zumindest über bestimmte gesellschaftliche Gruppen und Zeiträume hinweg - finden. Man könnte aus existenzanalytischer Sicht so weit gehen und

folgern, dass alles, was messbar im Sinne eines Quantifizierens und Verallgemeinerns ist, dem ontologischen Bereich zuzurechnen. Das je Persönliche, der individuelle Aspekt der Lebensgestaltung, den wir auch als Lebensvollzug oder „Existenz“ bezeichnen, entzieht sich im Einzelfall jeglicher Messung.

Der Begriff ”Lebensqualität” zielt, rein sprachlich gesehen, auf die Frage nach dem WIE ab. Das WIE im menschlichen Sinn nimmt jedoch immer Bezug auf einen Wert: Es geht dabei um die Frage nach einem wertvollen Leben. Da wir in einem naturwissenschaftlich-technischen Zeitalter leben, das unsere Sprache stark prägt, muss hier genau unterschieden werden: Im numerisch-mathematischen Sinn ist das WIE immer ein WIEVIEL. Es nimmt lediglich Bezug auf eine Skala, eine Maßeinheit. Anthropologisch steckt in der Frage nach WIE hingegen das Empfinden von ”gut” – was tut gut, was erlebt der Mensch als „gut“. Aus der Auseinandersetzung mit der 2. Grundmotivation nach Längle (1999) wissen wir, dass es zum Empfinden des Guten die Beziehung zu einem Wert braucht, der letztlich in mir selbst gründet, in meinem eigenen Grundwert, ”es ist gut, dass es mich gibt”. Auf dieser Basis ist das Empfinden von Werten in der Welt möglich.

Für die medizinische Lebensqualität bedeutet dies, dass für den kranken Menschen dieses Gute in seinem Leben trotz Krankheit und Leid nur in einer dialogischen Weise erfahrbar ist. Der Kranke lebt in Beziehung auch zu seiner Krankheit, vor allem aber zu seinem Arzt, zu den Pflegern, Angehörigen usw. Ob für ihn trotz Schmerzen, trotz Ängsten noch Werte erfahrbar sind, hängt ganz wesentlich von der Möglichkeit ab, Beziehung zu erfahren oder aber hilfloses Opfer seiner Erkrankung zu sein. Um seinen persönlichen Lebenswert erfahren zu können, braucht der Mensch Zeit, Nähe und Beziehung - Qualitäten, die im geschäftigen Alltagsbetrieb eines Krankenhauses nicht immer gegeben sind. So gesehen ist die Frage nach der Lebensqualität von kranken Menschen nicht losgelöst von den Bedingungen der medizinischen-pflegerischen Betreuung zu sehen. Der Dialog zwischen Arzt bzw. Pfleger, Krankenschwester und Patient ist ein zentrales Thema der Existenzanalyse in den Bereichen Krankenpflege und Begleitung und Betreuung kranker Menschen. Diesen Themen wurden eigene Subsymposia des Kongresses gewidmet. Kehren wir daher wieder auf die allgemeine Ebene zurück.

Im Laufe meiner eigenen Arbeiten habe ich die Frage nach dem „guten Leben“ mit Menschen besprochen, die an einer Suchterkrankung litten. Ich hatte dazu Gelegenheit während meines Praktikums im Krankenhaus Maria Ebene in Feldkirch, einer speziellen Einrichtung für Menschen, die an einer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit leiden. Für alle fünfzehn, mit denen ich - jeweils am Beginn und am Ende des Therapieaufenthaltes - gesprochen habe, stand das Leiden unter oder besser: an der Sucht im Vordergrund. Es ging ihnen durchwegs um die Frage eines Lebens trotz Süchtig-Sein. Bei jedem von ihnen bedeutete dieses Leben jedoch andere Wertigkeiten, andere Qualitäten.

Im Sinne des Präventionsgedankens geht es um Förderung der Lebensqualität als therapeutisches Anliegen und Ziel. Die Aufmerksamkeit liegt nicht ausschließlich beim Pathologischen, auf dem Kranksein, sondern beim Wertvollen, Guten, für das sich auch schwer kranke Menschen - in meiner Untersuchung Suchtkranke - einzusetzen bereit sind.

Auf dem Weg zu einem neuen Indikator für Psychotherapie-Erfolg: Befragung von 15 Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit zu ihrer Lebensqualität

Im Rahmen eines Therapiepraktikums im Krankenhaus Stiftung Maria Ebene in Feldkirch hatte ich die Gelegenheit, mit 15 Patienten und Patientinnen zu Beginn und am Ende ihrer Therapie über ihre Lebensqualität zu sprechen. Fünfzehn Personen sind eine kleine Gruppe, aber es ist ein Anfang, der seinen Fortsetzung finden kann.

Stationäres Setting

Die Psychotherapie begann für die Patienten auf Maria Ebene nach dem körperlichen Entzug, der durchwegs an einer psychiatrischen Station in einem anderen Krankenhaus – meist in der Vorarlberger Landesnervenklinik Valduna – durchgeführt wird. Der Aufenthalt in Maria Ebene dauerte 8 Wochen. Nach einer Aufnahmewoche folgten 7 Wochen intensiver Psychotherapie. Sie setzte sich aus 3 halbtägigen Gruppensitzungen und etwa 2-3 Einzelgesprächen pro Woche zusammen. Die Psychotherapie wurde durchwegs von Existenzanalytikern durchgeführt, teilweise unter Einsatz kreativer Medien. Zwischen den Gruppen- und Einzelgesprächen hatten die Patienten Zeit, das, was sie aus den Gesprächen bewegte, in kreativem Tun weiter zu „verarbeiten“ im wahrsten Sinne des Wortes. Dabei wurde vor allem das Arbeiten mit Ton und das Malen mit Acrylfarben gewählt. Es gab aber auch die Möglichkeit zum Drechseln von Holzgegenständen, zum Teppichknüpfen, Seidenmalen usw.

Das „Lebensqualitätsinterview“ führte ich sowohl zu Therapiebeginn, am ersten oder zweiten Tag nach der Aufnahme, als auch am Ende, wenige Tage vor der Entlassung.

Interviews zu Beginn der Therapie

Die Patienten waren gerade erst einige Tage auf der Station, als ich sie zum erstenmal befragte. Sie begannen sich gerade körperlich zu erholen, hatten aber noch keine Psychotherapie-Sitzung erlebt (ausgenommen natürlich frühere Therapien). Ich stellte jedem von ihnen folgende drei Fragen, die meine Gesprächspartner je nach Wunsch mündlich oder schriftlich beantworten konnten:

1. Was bedeutet für Sie persönlich ein gutes Leben?
2. Inwieweit ist dies derzeit für Sie persönlich erfüllt?

3. Was bräuchte es bzw. was fehlt?

Abgesehen von einigen wenigen abwehrenden Antworten sprachen die Patienten bereitwillig über ihre Vorstellungen von einem „guten Leben“. Die Länge der Antworten fiel sehr unterschiedlich aus. Manche antworteten nur stichwortartig, andere hatten das Bedürfnis, sehr lange zu sprechen. Manche wollte die Fragen schriftlich beantworten, andere lieber mündlich. Als Interviewerin hörte ich vor allem zu und bestätigte das Gesagte, fragte da und dort etwas genauer nach. Wichtig war mir dabei, die Antworten nicht durch Eigenes zu verfälschen.

Inhaltsanalytische Auswertung: Dimensionen der Lebensqualität

Die mündlichen Antworten wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Daraus ließen sich inhaltsanalytisch 15 Kategorien ableiten. Anschließend wurde die Häufigkeit der Nennungen jeder einzelnen Kategorie gezählt, wobei einige Antworten mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten.

Tabelle 1 gibt neben den Häufigkeiten der Nennungen auch einige ausgewählte Antwort-Beispiele wieder.

Am häufigsten wurde die Kategorie „Beruf“ genannt, gleich oft wie die Familie bzw. Partnerschaft (als „Zuhause“ zusammengefaßt). Außerdem standen Gesundheit und Suchtfreiheit stark im Vordergrund, was der gesundheitlichen Situation der Patienten angemessen erscheint. Weitere „mittelwichtige“ Lebensbereiche waren die Freizeit sowie der Bereich Sicherheit/Ordnung/Finanzen. Weniger oft wurden Antworten zum eigenen Wert gegeben („Wert als Mensch“, „Eigenständigkeit“, „Respekt“ - in der Existenzanalyse als „Selbstwert“ bezeichnet), ebenfalls weniger oft Antworten zum Wohlbefinden und - nur bei Patienten mit früheren Therapieerfahrungen - zur Therapiegruppe. Einzelne Antworten bezogen sich auf Freunde, Angstfreiheit, abstrakte Werte und vitale Bedürfnisse.

Interviews zu Therapieende

Nach 7 Wochen, in der Abschlusswoche, wurden den Patienten dieselben Fragen noch einmal gestellt. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass sie sich an ihre Antworten aus der ersten Befragung erinnern konnten. Wie hat sich der subjektive, persönliche Begriff der Lebensqualität nun über die Zeit des Therapieaufenthaltes hinweg in dieser Gruppe verändert? Welche Qualitäten und Werte sind bestehen geblieben, welche neu hinzugekommen ? Auf dem Weg der Inhaltsanalyse konnte ich 16 verschiedene Dimensionen finden. Diese waren nur zum Teil dieselben wie zu Beginn der Therapie (vgl. Tabelle 2).

Interpretation und Schlussfolgerung

Rein deskriptiv gesehen handelt es sich auch im Abschlußinterview beim Bereich Arbeit/Beruf um die am häufigsten genannte Kategorie (8x). Fünf Personen geben diesen Bereich in beiden Interviews an (Zahlen in Klammern). Gleich oft wird – ähnlich wie im Erstinterview – Partnerschaft und Familie als wichtiger Bestandteil der Lebensqualität genannt. Neu ist die Dimension Erfüllung/Freude, die oft im Zusammenhang mit dem Beruf erwähnt wird. An fast ebenso wichtiger Stelle steht das Freisein von Sucht. Dies läßt sich daraus erklären, dass das Thema der Abstinenz am Ende der Therapie besonders im Vordergrund steht.

Der Bereich Sicherheit/Ordnung/Finanzen ist etwas wichtiger geworden, auch Freunde und Beziehungen sind nun deutlich wichtiger – das kann mit der positiven Beziehungserfahrung in der Therapiegruppe zu tun haben, aber auch mit der Perspektive des nahenden Therapieendes und des Heimkommens.

Das Thema Gesundheit ist relativ unwichtig geworden – ein Indiz für den guten gesundheitlichen Erfolg des Therapieaufenthaltes.

Andererseits tauchen im Abschlussinterview eine Reihe von neuen Dimensionen auf, die auf Themen aus der Psychotherapie hinweisen: Stimmigkeit/Wohlbefinden, eigene Gestaltung des Lebens (je 3x), Freiheit/Unabhängigkeit, Freiheit von Problemen mit dem Staat (je 2x) und Zeit für sich selbst, Würde, Neu anfangen (je 1x). Diese existentiellen Fragen waren den Patienten im ersten Interview noch nicht bewußt, damals waren sie noch stärker auf das Leiden an der Sucht konzentriert. Nun ist ein Verständnis dafür gewachsen, was sich der Sucht entgegensetzen lässt, wie der Ohnmacht, die das Süchtig-Sein immer bedeutet, zu entkommen ist. Die Frage der Stimmigkeit ist hier besonders wichtig geworden, aber auch die Gestaltung des eigenen Lebens – Themen, die zu mehr Authentizität und letztlich zu existenziellem Sinn führen.

Fasst man die gefundenen Kategorien – unabhängig von ihrer existenziellen Dynamik – als „Lebensbereiche“ auf, entsprechen dieses im übrigen zu einem Großteil entsprechenden Dimensionen in der Literatur (siehe z.B. Glatzer 1992, Hoffmann 1984, Hofstätter 1986, Mayring 1991).

Als Konsequenz aus dieser Studie wurde ein Fragebogen entwickelt, der auf den 15 Kategorien aufbaut und als Evaluationsinstrument in einer Studie zum Psychotherapie-Erfolg bei etwas mehr als 300 Patienten in Maria Ebene in den Jahren zwischen 1994 und 1998 zum Einsatz kam. Die Veröffentlichung der Ergebnisse dieser weiterführenden Untersuchung befindet sich in Vorbereitung.

Mag.phil. Astrid Görtz
Theophil Hansen-Gasse 7/1/3
A-1230 Wien

Literatur

Enghofer E (1993) Lebensqualität als Schlagwort und Werbeträger in der pharmazeutischen Industrie. In: Meran J-G, Poliwoda H, Löw R (Hrsg) Lebensqualität. Wien: Blackwell-MZV

Glatzer W (1992) Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. In: Bellebaum A (Hrsg) Glück und Zufriedenheit. Opladen: Westdeutscher Verlag

Hoffmann R (1984) Erleben von Glück - eine empirische Untersuchung. Psychologische Beiträge, 26, 516-532

Hofstätter P-R (1986) Bedingungen der Zufriedenheit. Zürich: Edition Interform

Längle A (1999) Existenzanalyse – Die Zustimmung zum Leben finden. Fundamenta Psychiatrica, 12, 139-146

Lütterfelds W (1991) Philosophische Aspekte der Lebensqualität. In: Tüchler H, Lutz D (Hrsg) Lebensqualität und Krankheit: Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Mayring Ph (1991) Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer

Menz F (1991) ”Zucker! Des hamS ma gar net gsagt!” – Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus. In: Tüchler H, Lutz D (Hrsg) Lebensqualität und Krankheit: Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Meran J-G, Poliwoda H, Löw R (1991) Lebensqualität: Diskurs und Dialog über einen vielschichtigen Begriff. In: Meran J-G, Poliwoda H, Löw R (Hrsg) Lebensqualität. Wien: Blackwell-MZV

Muthny F (1991) Erfassung von Lebensqualität - Fragestellungen und Methodik. In: Tüchler H, Lutz D (Hrsg) Lebensqualität und Krankheit: Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Köln: Deutscher Ärzteverlag