

LEBENSQUALITÄT - IHRE DEFINITION IN DEUTSCHLAND UND IN ÄGYPTEN

© Evelin Lindner, Thomas Küchler, 1993

Summary

For about fifteen years now an ever increasing number of studies about quality of life has been produced. In the medical context patients of Western cultures are usually asked how they define quality of life for themselves. Two levels of target groups are usually not incorporated: firstly exclusively the patients' definition of quality of life is examined, not the doctors', and secondly usually only Western cultures are considered and non-Western cultures neglected. The here described study starts at exactly these points.

100 German and 50 Egyptian physicians were asked how they define quality of life for themselves and which aspects of life and health are important to them. They were asked also how they think their patients define quality of life. As points of reference journalists and artists were interviewed. The differences discovered can be summarized as follows:

- ◆ The interviewed German as well as the Egyptian physicians/journalists/artists consider themselves as being rather "responsible", whereas they judge their patients/readers/audience as being more "superficial".
- ◆ In Egypt a combination of religion and the desire for modern technology is connected with the term quality of life, whereas in Germany social peace and a critical attitude towards modern technology are prominent.

Zusammenfassung

Seit ungefähr fünfzehn Jahren wird jedes Jahr eine immer größere Anzahl von Studien über Lebensqualität erstellt. Im medizinischen Kontext sind es meistens Patienten des westlichen Kulturkreises, die danach befragt werden, wie sie Lebensqualität für sich definieren. Zwei Zielgruppenebenen werden im allgemeinen nicht einbezogen: Es wird erstens nur die Lebensqualitätsdefinition von Patienten erforscht, aber nicht die von Ärzten, und zweitens werden für gewöhnlich nur westliche Kulturen berücksichtigt und nicht-westliche Kulturen vernachlässigt. Die hier beschriebene Studie setzt an diesen beiden Stellen an:

100 deutsche Ärzte und 50 ägyptische Ärzte wurden danach befragt, wie Sie Lebensqualität für sich selbst definieren und welche Lebens- und Gesundheitsaspekte ihnen wichtig sind. Außerdem wurden sie gefragt, wie aus ihrer Sicht ihre Patienten Lebensqualität definieren. Um die Ergebnisse einordnen zu können, wurden begleitend auch Journalisten und Künstler interviewt (65 Journalisten und 45 Künstler in Deutschland und 10 Journalisten und 10 Künstler in Ägypten).

Die gefundenen Unterschiede können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

- ◆ Sowohl die befragten deutschen als auch die ägyptischen Ärzte/Journalisten/Künstler empfinden sich selbst als eher „verantwortungsbewußte“ und ihre Patienten im Vergleich dazu als eher „oberflächliche“ Menschen.
- ◆ In Ägypten wird Religion und moderne Technologie mit dem Begriff Lebensqualität verbunden, während in Deutschland sozialer Friede mit einer kritischen Haltung moderner Technologie gegenüber verknüpft wird.

1. Problemstellungen und Ziele der Studie

Seit ungefähr fünfzehn Jahren wird jedes Jahr eine immer größere Anzahl von Studien über Lebensqualität erstellt. Im medizinischen Kontext sind es meistens Patienten des westlichen Kulturkreises, die danach befragt werden, wie sie Lebensqualität für sich definieren, bzw. sie werden mit standardisierten Instrumenten bezüglich ihrer subjektiven Lebensqualität untersucht (KÜCHLER 1991). Deshalb verbinden Ärzte den Begriff Lebensqualität häufig lediglich mit ihren Patienten. Dadurch bekommt die Beschäftigung mit dieser Thematik etwas Abgegrenztes, den Arzt nicht Betreffendes. Da Ärzte jedoch an zentraler Stelle bei der Abwägung der Nachteile und Vorteile einer

Behandlung in bezug auf die Lebensqualität ihrer Patienten stehen, scheint es von allergrößter Wichtigkeit, auch Ärzte nach ihrer eigenen persönlichen Definition von Lebensqualität zu befragen. Aber auch Journalisten und Künstler können davon profitieren, ihre eigene Lebensqualitätsdefinition mit ihrer Einschätzung der Leser/Publikums-Definition zu vergleichen.

In Lebensqualitätsstudien im medizinischen Kontext wird aber nicht nur die Lebensqualitätsdefinition von Ärzten vernachlässigt, auch nicht-westliche Kulturen werden normalerweise nicht berücksichtigt.

Die hier beschriebene Studie setzt an diesen beiden Stellen an und hat zwei Vergleiche als Ziel: Zuerst wird der Arzt gebeten, seine eigene Definition von Lebensqualität in Beziehung zu setzen zur Patienten-Definition von Lebensqualität, d.h. so wie aus seiner Sicht seine Patienten Lebensqualität definieren. Dieser Vergleich soll die ärztliche Sensibilität für das Thema Lebensqualität fördern. Sobald sich der Arzt wie in der vorliegenden Studie selbst angesprochen fühlt, erhält der Begriff Lebensqualität für ihn eine persönlichere Färbung, die wiederum hilfreich für seine Arbeit mit Patienten sein kann. Dadurch wird die gemeinsame menschliche Basis, die Arzt und Patient verbindet, deutlicher. Ähnliches gilt für Journalisten und Künstler, deren Arbeit wie bei Ärzten auf eine „Zielgruppe“ (Patienten/Leser/Publikum) gerichtet ist, auch wenn der Eingriff des Arztes in das Leben eines Patienten selbstverständlich oftmals ungleich intensiver ist als der Eingriff eines Journalisten oder Künstlers in das Leben der Leser oder des Publikums.

Der zweite Vergleich der Studie ist ein interkultureller. Es geht um die Erarbeitung einer Hilfestellung für Ärzte, die immer häufiger Patienten aus ihnen fremden Kulturen behandeln müssen und nicht wissen, wie diese Menschen, in deren Leben sie ja oftmals massiv per Therapie eingreifen müssen, mit diesen Eingriffen überhaupt leben können oder wollen.

Journalisten und Künstler sind in ähnlichem Maße wie Ärzte von der heutigen fortschreitenden internationalen Verflechtung betroffen, die interkulturelles Verstehen immer wichtiger werden läßt.

Übergeordnetes Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Förderung des Blickes auf das Thema Lebensqualität.

2.Aufbau der Stichprobe

Mit Hilfe eines Fragebogens, der zum Teil aus offenen und zum Teil aus strukturierten Fragen besteht, wurden 100 deutsche und 50 ägyptische Ärzte danach befragt, wie Sie Lebensqualität für sich selbst definieren und welche Lebens- und Gesundheitsaspekte ihnen wichtig sind. Außerdem wurden sie gefragt, wie aus ihrer Sicht ihre Patienten Lebensqualität definieren. Um die Ergebnisse besser einordnen zu können, wurden begleitend auch Journalisten und Künstler interviewt: Es wurden 65 Journalisten und 45 Künstler auf deutscher Seite und 10 Journalisten und 10 Künstler auf ägyptischer Seite befragt.

Die 100 deutschen und 50 ägyptischen Ärzte sind in bezug auf ihre demographischen Daten (Alter, Geschlecht, Familienstand) vergleichbar. Signifikant ist der Unterschied in bezug auf Religiosität (Chi²-Test: $p < .0001$). In Ägypten nimmt Religion eine sehr wichtige Position ein, nur 4% der befragten ägyptischen Ärzte bezeichnen sich als nicht-religiös, im Gegensatz zu 62% der befragten deutschen Ärzte. Diese Tendenz verstärkt sich bei den befragten Journalisten und Künstlern: bei den deutschen Journalisten sind es sogar 76,9%, die sich als nicht-religiös bezeichnen, bei den ägyptischen Journalisten dagegen keiner. Diese Ergebnisse zeigen, daß der Islam und das koptische Christentum in Ägypten wesentlich wichtiger genommen werden als das Christentum in Deutsch-

land. Ein Drittel der befragten deutschen Ärzte geben bei der Frage nach ihrer Konfessionszugehörigkeit „keine“ an. Da die meisten Interviews in Hamburg, einer vorwiegend protestantischen Stadt, durchgeführt wurden, ist die Mehrheit derjenigen, die eine Konfession angeben, evangelisch. Bei den ägyptischen Ärzten liegt der Anteil der Kopten bei 30% im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung (ungefähr 10%) sehr hoch. In bezug auf Berufsjahre und Arbeitsstunden sind die befragten Hauptgruppen der ägyptischen und deutschen Ärzte vergleichbar (7 bis 8 Berufsjahre, mehr als 50 Arbeitsstunden pro Woche). Sowohl in Ägypten als auch in Deutschland arbeitet ca. ein Drittel der befragten Ärzte in der Inneren Medizin und fast alle sind im Krankenhaus tätig. Alle befragten Künstler haben mehr Berufsjahre hinter sich als die anderen Berufsgruppen und geben mehr Arbeitsstunden pro Monat an. Die Journalisten nehmen eine Zwischenposition ein, lediglich die deutschen Journalisten geben eine geringere monatliche Arbeitsstundenzahl an als alle anderen Gruppen.

3.Untersuchungsmethoden

Das Befragungsinstrument hat einen Teil mit offenen und einen Teil mit standardisierten Fragen. Die strukturierten Fragen entstammen sämtlich dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit von HERSCHBACH und HENRICH („FLZ: Fragen zur Lebenszufriedenheit“, 1990), dessen psychometrische Eigenschaften gut untersucht sind, der also als validiert gelten kann. Diese psychometrische Überprüfung ist allerdings ausschließlich an Probanden der westlichen Kultur erfolgt. Da das Frageninstrument auch in Ägypten angewandt werden sollte, wurden offene Fragen mit aufgenommen, um der Gefahr entgegenzuwirken, Aspekte der ägyptischen Kultur zu unterschlagen.

3.1.Offener Teil des Befragungsinstruments

Die offenen Fragen des Fragebogens lauten:

- 1.Wie definieren Sie den Begriff Lebensqualität für sich ganz persönlich?
- 2.Können Sie die verschiedenen Stichwörter, die Ihnen eingefallen sind, in eine Reihenfolge der Wichtigkeit bringen, indem Sie neben jedes eine entsprechende Zahl setzen?
- 3.Wie definiert die Mehrzahl Ihrer Patienten (Leser, Publikum) Ihrer Meinung nach Lebensqualität?
- 4.Können Sie die verschiedenen Stichwörter, die Ihnen eingefallen sind, in eine Reihenfolge der Wichtigkeit bringen, indem Sie neben jedes eine entsprechende Zahl setzen?

4.2.Standardisierter Teil des Befragungsinstruments

Eine in fast allen Befragungen über Lebensqualität erscheinende Frage steht am Anfang des standardisierten Teils des Fragebogens:

- 5.Was meinen Sie, wie zufrieden sind Sie gegenwärtig - alles in allem - heute mit Ihrem Leben?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wenn Sie zum Beispiel mit Ihrem Leben heute ganz und gar zufrieden sind, geben Sie bitte die 10 an, wenn Sie mit Ihrem Leben heute ganz und gar unzufrieden sind, geben Sie bitte die 0 an. Wenn Sie weder ganz und gar zufrieden noch ganz und gar unzufrieden sind, dann ordnen Sie sich irgendwo zwischen 1 und 9 ein.

Die weiteren strukturierten Fragen sind dem Instrument „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ von HERSCHBACH und HENRICH (1990) entnommen. Sie nehmen inhaltliche Validität für sich in Anspruch. Test- und Item-Kennwerte liegen vor. Das Modul „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ ist für den Bereich Bundesrepublik Deutschland normiert. Nach Rücksprache mit den beiden Autoren und deren Zustimmung wurde der jeweils erste Teil ihrer beiden Module, und zwar der Komplex, in dem nach der Wichtigkeit von jeweils 8 Lebens- und Gesundheitsbereichen gefragt wird, herausgenommen und selektiv verwandt:

- ◆ Wie wichtig ist (sind) für Sie Freunde / Bekannte, ... siehe unten
 - ◆ Wie wichtig sind für Ihre Patienten (Leser/Publikum) Freunde / Bekannte, ... siehe unten
- (fünf Antwortkategorien sind ankreuzbar: nicht wichtig, etwas wichtig, ziemlich wichtig, sehr wichtig, extrem wichtig):

Modul „Lebensbereiche“

1. Freunde / Bekannte
2. Freizeitgestaltung / Hobbies
3. Gesundheit
4. Einkommen / finanzielle Sicherheit
5. Beruf / Arbeit
6. Wohnsituation
7. Familienleben / Kinder
8. Partnerschaft / Sexualität

Modul „Gesundheit“:

1. Körperliche Leistungsfähigkeit
2. Entspannungsfähigkeit / Ausgeglichenheit
3. Energie / Lebensfreude
4. Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren)
5. Seh- und Hörvermögen
6. Angstfreiheit
7. Beschwerde- und Schmerzfreiheit
8. Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege

Der letzte Schritt der Methodenentwicklung war die Übersetzung der deutschen Fassung des Fragebogens ins Englische und Arabische. Englisch, da die Unterrichtssprache an den ägyptischen Universitäten in weiten Bereichen Englisch ist und ein Akademiker so angesprochen werden möchte, und Arabisch, um das genauere Verständnis zu erleichtern. TAWFIK BORG, Professor an der „Al Azhar Universität“, besorgte die Übersetzung. Das große Problem war die Tatsache, daß das Wort „Lebensqualität“ im Arabischen nicht existiert und auch als Begriff unbekannt ist. Selbst für das Wort „Qualität“ gibt es keine direkte Übersetzung. Es gibt selbstverständlich Situationen, in denen eine Bedeutung ausgedrückt wird, die dem Begriff „Qualität“ äquivalent ist, zum Beispiel, wenn jemand einen Stoff berührt und sagt: „Dieser Stoff ist von guter Qualität“. Im Arabischen sagt man in dieser Situation: „Dieser Stoff ist von guter 'Wieheit'“, oder man sagt: „Dieser Stoff ist von guter Art“: min nawâin _ayyid, von guter Art (Standard Arabisch), und min nawâin kuwâyyis, von guter Art (Ägyptisch Arabisch).

Die erste Übersetzung des Begriffes Lebensqualität, die TAWFIK BORG spontan einfiel, war ma_z_ l'ayah, Sinn des Lebens. In eine Phase intensiver Diskussionen mit Deutschen und einer Umfrage unter ca. 100 Ägyptern wurden angemessenere Übersetzungsideen entwickelt und getestet. Nach mehrmaliger Hin- und Rückübersetzung wurde dann folgende Wortfolge als Übersetzung des Wortes Lebensqualität gewählt:

nawâu wa kayfiyyatu l'ayah,
„Art“ und „Wieheit“ (oder „Lauf“) des Lebens

Es handelt sich dabei um eine völlig neue Wortschöpfung.

4. Durchführung der Studie

Die Befragung der 100 Ärzte, 65 Journalisten und 45 Künstler in Deutschland wurde von der Autorin der Studie persönlich durchgeführt. 20 niedergelassene Ärzte und 80 Krankenhausärzte wurden persönlich aufgesucht. Viele der angesprochenen Ärzte nahmen sich entweder sofort oder nach einem kurzen Moment Zeit für ein Interview. Es gab Ärzte, die den Fragebogen innerhalb von wenigen Minuten bearbeiteten, mit anderen ergaben sich längere bis sehr lange Gespräche. Ursprünglich war lediglich die Befragung von 50 Ärzten geplant. Das Interesse an der Studie war jedoch so groß, daß die Zahl auf 100 erhöht wurde. Lediglich 10% der angesprochenen Ärzte lehnten ein Interview ab, wobei Zeitmangel der am häufigsten angegebenen Ablehnungsgrund war.

Von den angesprochenen deutschen Künstlern lehnte niemand ein Interview ab. Einige der angesprochenen deutschen Journalisten reagierten allerdings sehr kritisch und ablehnend, und zwar mit der Begründung, der Begriff Lebensqualität symbolisiere nichts weiter als unsere Überflußgesellschaft.

Die Befragung in Ägypten wurde von zwei Ärzten und einer Lehrerin durchgeführt. Da in Ägypten der Begriff Lebensqualität nicht bekannt war, mußte er erklärt werden. Eine Beschreibung der historischen Entstehungsgeschichte des Begriffs in der westlichen Welt diente als Erklärungsgrundlage. Trotz unterschiedlicher Rahmenbedingungen in Deutschland und Ägypten wurde alles getan, beide Untersuchungsteile in der Durchführung vergleichbar zu halten.

5. Ergebnisse der Studie

5.1. Antworten auf die offenen Fragen

Auf die unter 4.1. aufgelisteten offenen Fragen wurden entsprechend der Untersuchungsmethode eine Vielfalt von verschiedenen Antworten gegeben. Aus den Antworten auf die Fragen 1. und 3. wurden zwölf Inhalts-Kategorien und sechs Synonym-Kategorien entwickelt. Die Einteilung und Zuordnung erfolgte durch einfache Auszählung und durch kondensierte Interpretation der Ergebnisse. Jedes angegebene Stichwort wurde in eine der insgesamt 18 Kategorien eingeordnet, so daß die Ergebnisse die Häufigkeit der Nennung widerspiegeln. Diese Zuordnung wurde mit Hilfe unabhängiger deutscher und ägyptischer Rater auf inhaltliche Plausibilität überprüft. Die gefundenen Kategorien sind rein deskriptiv und in Tabelle 1. aufgelistet:

Synonyme für den Begriff Lebensqualität
-(Lebens)Freude -Zufriedenheit -Glück -Wohlbefinden -Lebensintensität -Liebe (als allgemeiner Zustand)
Einzel-Kategorien als inhaltliche Füllung des Begriffs Lebensqualität
-Gesundheit / Beschwerdefreiheit -Ruhe / Entspannung / Ausgeglichenheit -Geld / finanzielle Sicherheit / Status -Beruf / Karriere / Arbeitsklima -soziales Eingebundensein / Kontakte / Freunde / Partner / Familie -Wohnung -Freizeit / Kultur / urbanes Leben / Bücher / Sport / Urlaub / Reisen -Selbstverwirklichung / Ziel / Hoffnung / Selbständigkeit / Unabhängigkeit -gute Balance zwischen Gegensätzen (Entspannung-Spannung, Arbeit-Freizeit, etc.) -Natur / gesunde Umwelt -individuelle und politische Freiheit / Demokratie / Chancengleichheit -Religion / auf Religion aufgebaute soziale Sicherheit

Tabelle 1: Auflistung der Kategorien zur Einordnung der von den Befragten zusammengetragenen Stichwörter und Definitionen des Begriffs Lebensqualität

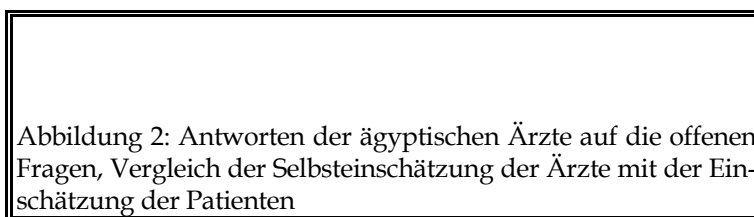


Abbildung 1: Antworten der deutschen Ärzte auf die offenen Fragen, Vergleich der Selbsteinschätzung der Ärzte mit der Einschätzung der Patienten durch die Ärzte

Die wichtigsten Ergebnisse der Antworten auf die offenen Fragen können folgendermaßen zusammengefaßt werden: Sowohl die befragten Ägyptern als auch die befragten Deutschen stellen das soziale Gefüge an erste Stelle, wenn sie gefragt werden, wie sie Lebensqualität für sich ganz persönlich definieren: Familie, Partnerschaft und mitmenschliche Beziehungen. Bei den ägyptischen Interviewpartnern ist der nächsthäufig genannte Begriff Religion. Im Gegensatz dazu steht bei den befragten Deutschen nicht die Religion, sondern

Freizeit/Kultur/urbanes Leben/Bücher/Sport/Urlaub/Reisen an zweiter Stelle. Bei den Deutschen folgen in der Reihenfolge der Häufigkeit an dritter, vierter und fünfter Stelle Beruf, Selbstverwirklichung und schließlich Gesundheit. Bei den befragten Ägyptern folgen auf Platz drei und vier der Häufigkeitsskala Beruf und individuelle und politische Freiheit/Demokratie/Chancengleichheit. Natur und gesunde Umwelt sind Stichwörter, die in den Antwortlisten der befragten Ägypter nicht auftauchen, bei den deutschen Ärzten immerhin an 8. Stelle. Für die befragten Ägypter ist Lebensqualität eng mit moderner westlicher Technologie verbunden, für die Deutschen eher mit Vorsicht gegenüber moderner westlicher Technologie.

Was die Synonyme für den Begriff Lebensqualität angeht, so gibt es in Deutschland eine deutliche Präferenz für das Wort Zufriedenheit und in Ägypten für die Wörter Glück und Liebe.

Alle befragten Gruppen geben ähnliche Antworten auf Frage 3. Für Ärzte sind die Antworten jedoch besonders relevant, da sie die Arzt-Patient-Beziehung im Kern betreffen, siehe 6.2. und 6.4. Deshalb werden hier die Ergebnisse der Ärzte graphisch dargestellt. In Frage 3. geht es nicht um die eigene Lebensqualitäts-Definition, sondern um die Einschätzung der Lebensqualitäts-Definition der Patienten. Die Antworten auf Frage 3. zeigen einen klaren Unterschied zwischen der eigenen Lebensqualitäts-Definition des Arztes und seiner Einschätzung der Patienten-Definitionen: Sowohl die ägyptischen, als auch die deutschen Ärzte stellen verantwortliches und ethisches Denken an erste Stelle, wenn sie ihre eigene Lebensqualitäts-Definition beschreiben sollen, während sie von ihren Patienten annehmen, daß für sie materielle, egoistische Interessen im Vordergrund stehen. Patienten werden als eher oberflächlich beschrieben, als Statusdenken verhaftet, und eher an kurzfristigem Vergnügen interessiert als an mühevoller beruflicher und privater Erfüllung. Deutsche nennen diese Haltung Egoismus, während bei Ägyptern das Wort Religionsferne passen würde. Abbildungen 2. und 3. fassen dies zusammen.

5.2. Antworten auf die strukturierten Fragen

Die Befragten konnten ihre allgemeine Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 1 bis 9 abtragen. Alle befragten Berufsgruppen in Deutschland sind mit ihrem Leben zufriedener als die Vergleichsgruppen in Ägypten. Für die befragten deutschen Ärzte z.B. wurde als Mittelwert 7,36 ermittelt, für die befragten ägyptischen Ärzte 6,50; der Unterschied ist signifikant (1-faktorielle Varianzanalyse, die alle sechs Gruppen einbezieht: $p = .0133$).

Differenziert man die untersuchten Ärzte nach Berufsgruppen (Chirurgen, Internisten, Gynäkologen, Psychiater, Radiologen, Sonstige), so findet sich bei den ägyptischen Medizinern kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen, bei den deutschen Ärzten zeigen die Radiologen besonders hohe Werte (Mittelwert: 8.56), im Gegensatz zu den Psychiatern (Mittelwert: 6.50).

Die multiple Regressionsanalyse zeigt eine negative Korrelation zwischen allgemeiner Lebenszufriedenheit und Einkommen bei den deutschen Ärzten ($p = .0111$).

Die Antworten der deutschen Ärzte auf die strukturierten Fragen zeigen, daß ihnen Partnerschaft und Sexualität am wichtigsten ist, wenn nach den acht Lebensbereiche nach HERSCHBACH und HENRICH gefragt wird. Gesundheit folgt an zweiter Stelle, dann Familienleben/Kinder, Freunde/Bekannte, Beruf/Arbeit, Wohnsituation, Freizeitgestaltung/Hobbies und schließlich Einkommen/finanzielle Sicherheit.

Bei den Patienten wird Gesundheit an erster Stelle der Wichtigkeit gesehen, dann folgt der Aspekt Familienleben/Kinder. Schon an dritter Stelle findet sich für die Patienten Einkommen/finanzielle Sicherheit. Es folgen Freunde/Bekannte, Partnerschaft/Sexualität, Freizeitgestaltung/Hobbies, Wohnsituation und ganz zuletzt Beruf/Arbeit. Diese Einschätzungen korrespondieren mit den Antworten auf die offenen Fragen: In beiden Fällen werden die Patienten im Gegensatz zur Selbst-

einschätzung der befragten Ärzte als eher materialistisch eingestellt und freizeitorientiert eingestuft, ihnen ist aus der Sicht der befragten Ärzte der Beruf und das soziale Eingebundensein in eine Partnerschaft und in einen Freundeskreis weniger wichtig als den Ärzten selbst.

Die befragten ägyptischen Ärzte nennen von allen acht Lebensbereichen Gesundheit als den wichtigsten Aspekt. Dann folgen Partnerschaft/Sexualität, Familienleben/Kinder, Beruf/Arbeit, Freunde/Bekannte, Einkommen/finanzielle Sicherheit, Wohnsituation und Freizeitgestaltung/-Hobbies.

Bei ihren Patienten sehen die ägyptischen Ärzte Einkommen/finanzielle Sicherheit an allererster Stelle der Wichtigkeit. (Anmerkung: Das mag nicht so sehr Einstellungen, sondern die objektiv vorhandene Notsituation vieler Menschen in Ägypten spiegeln.) Partnerschaft/Sexualität und Gesundheit werden von den befragten ägyptischen Ärzten an zweiter und dritter Stelle der Wichtigkeit genannt, was ihre Patienten angeht, es folgen Familienleben/Kinder, Wohnsituation, Freunde/-Bekannte, Beruf/Arbeit und Freizeitgestaltung/Hobbies.

Von den acht Gesundheitsbereiche wird von den deutschen Ärzten Seh- und Hörvermögen an die erste Stelle der Wichtigkeit gesetzt. Dann folgen Energie/Lebensfreude, Unabhängigkeit von Pflege und Hilfe, Leistungs- und Entspannungsfähigkeit, Fortbewegungsfähigkeit, Beschwerde- und Schmerzfreiheit und zuletzt Angstfreiheit.

Was ihre Patienten angeht, sehen die befragten Ärzte Beschwerde- und Schmerzfreiheit als den allerwichtigsten Aspekt an, es folgen Seh- und Hörvermögen, Unabhängigkeit von Hilfe und Pflege, Angstfreiheit, körperliche Leistungsfähigkeit, Energie/Lebensfreude, Fortbewegungsfähigkeit und zuletzt Entspannungsfähigkeit/Ausgeglichenheit.

Bei den ägyptischen Ärzten zeigt sich Angstfreiheit als der allerwichtigste Aspekt, was die acht Gesundheitsbereiche angeht. Dann folgen Seh- und Hörvermögen, Beschwerde- und Schmerzfreiheit, Energie/Lebensfreude, Fortbewegungsfähigkeit, körperliche Leistungsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit/Ausgeglichenheit und schließlich ganz zuletzt Unabhängigkeit von Hilfe und Pflege.

Bei den Patienten steht nach Meinung der Ärzte Beschwerde- und Schmerzfreiheit an erster Stelle, dann folgen körperliche Leistungsfähigkeit, Angstfreiheit, Seh- und Hörvermögen, Energie/Lebensfreude, Unabhängigkeit von Hilfe und Pflege, und schließlich Entspannungsfähigkeit und Fortbewegungsfähigkeit.

Die Ergebnisse der befragten Journalisten und Künstler sind vergleichbar.

5.3.Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Betrachtet man die bisher dargestellten Einzelergebnisse, so lassen sie sich zu zwei Hauptergebnissen zusammenfassen:

- 1.Der Unterschied zwischen den untersuchten deutschen und ägyptischen Probanden zeigt die Definitionsbreite des Begriffs Lebensqualität in seinem Bezug zu moderner Technologie, und zwar zwischen Bewunderung und kritischer Infragestellung moderner Technologie;
- 2.Die Selbsteinschätzung der Ärzte/Journalisten/Künstler und ihre Einschätzung von Patienten/Leser/ Publikum differiert erheblich bezüglich der Wichtigkeit einzelner Lebensqualitäts-Aspekte.

6.Diskussion der Ergebnisse

6.1.Diskussion des ersten Hauptergebnisses: Definitionsbreite des Begriffes Lebensquali-

tät: Bewunderung moderner Technologie versus Kritik an moderner Technologie

Die allgemeine ökonomische Lage Ägyptens ist sehr schwierig. Das beeinflusst die allgemeine Lebenszufriedenheit des einzelnen (siehe INKELES 1980). Die Abhängigkeit der individuellen Existenz von gesamtgesellschaftlichen ökonomischen Voraussetzungen wird in Ägypten schmerzhaft gespürt. Der ägyptische Staat ist z.B. nicht in der Lage, Ärzte in staatlichen Krankenhäusern ausreichend zu bezahlen (ihr Verdienst beträgt nur ca. 80 Mark im Monat). Nicht selten muß ein ägyptischer Arzt noch ein oder zwei weitere Jobs neben seiner ärztlichen Tätigkeit annehmen, um seinen Lebensunterhalt finanzieren zu können. Diese Lage beeinflusst zweifellos die ägyptische Haltung moderner Technologie und Industrialisierung gegenüber. Moderne Technologie wird als Ausweg gesehen, industrielle Entwicklung als Hoffnung für das Land und den einzelnen. Natur und gesunde Umwelt sind deshalb Aspekte, die in Ägypten im Gegensatz zu Deutschland nur sehr wenig im Bewußtsein der Bevölkerung und auch der Ärzte verankert sind. Wer kann, strebt in Ägypten nach Stadtleben, weg vom Leben des Bauern, durch dessen Armut auch Natur den Beigeschmack von etwas nicht Erstrebenswertem bekommt. In vielen Gesprächen der Autorin in Ägypten wurde das deutlich. Auch Umweltschutz nimmt in Ägypten einen eher sekundären Platz ein angesichts der Hoffnung, durch steigende Industrieproduktion ein wohlhabenderes Land zu werden und dadurch auch das soziale Gefüge stützen zu können. Das soziale Gefüge muß aus ägyptischer Sicht außerdem durch Religion gestützt werden. Mit Religion ist in Ägypten den Erfahrungen der Autorin gemäß jedoch nicht Religion im westlichen Sinne gemeint, - in Deutschland sind Religion und Staat getrennt, - sondern im Sinne einer funktionierenden und von Gott gestützten Gemeinschaft. Nach ägyptischer Ansicht funktioniert eine Gemeinschaft dann besonders friedlich und reibungslos, wenn sich alle Mitglieder den Regeln Gottes gemäß verhalten. Das meinen sowohl ägyptische Christen als auch ägyptische Muslime, beides Anhänger der sogenannten „Buchreligionen“.

Tabelle 2. faßt die beiden entgegengesetzten Haltungen moderner Technologie gegenüber zusammen.

Lebensqualität: Definitionskontinuum

zusammengefaßte LQ-Definition der befragten ägyptischen Ärzte	zusammengefaßte LQ-Definition der befragten deutschen Ärzte
Lebensqualität ist: - Lebenserleichterung durch moderne Technologie -Religion als Garant des Allgemeinwohls	Lebensqualität ist: als Garant des Allgemeinwohls

Tabelle 2: Definitionskontinuum des Begriffes Lebensqualität

6.2.Diskussion des zweiten Hauptergebnisses: Kontrast zwischen Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung

Sowohl in den ägyptischen als auch in den deutschen Ergebnissen zeigt sich eine deutliche Tendenz zur Zweiteilung, siehe auch Tabelle 3:

1. Die ägyptischen und deutschen Befragten schätzen sich selbst tendenziell als langfristig und verantwortlich denkend ein. Viele geben an, nicht an materiellen Dingen und an Status-

symbolen zu hängen. Verantwortliche Selbstverwirklichung mit Berücksichtigung der Umgebung beherrscht ihren Angaben gemäß weitgehend ihre berufliche Tätigkeit und ihre Freizeit. Deutsche nennen diese Haltung Verantwortung, Ethik oder Selbstverwirklichung, während Ägypter durchweg den Begriff Religion an diese Stelle setzen, siehe Tabelle 3.

2. Die jeweilige Zielgruppe (Patienten, Leser, Publikum) wird im Gegensatz dazu vielfach als eher egoistisch beschrieben, als materiellen Zielen und Statusdenken verhaftet, und als an kurzfristigem Vergnügen mehr interessiert als an mühevoller beruflicher und privater Erfüllung. Deutsche nennen diese Haltung Egoismus, während Ägypter sie möglicherweise Religionsferne nennen würden, siehe Tabelle 3.

Selbsteinschätzung versus Patienteneinschätzung

	Selbsteinschätzung der Ärzte	Einschätzung der Patienten durch die Ärzte
ägyptische und deutsche Ärzte	differenzierter Zugang zum Begriff LQ: eher verantwortlich und weitsichtig denkend	undifferenzierter Zugang zum Begriff LQ: eher materialistisch, oberflächlich und kurzsichtig denkend

Tabelle 3: Selbsteinschätzung der Ärzte versus Einschätzung der Patienten durch ihre Ärzte

6.3. Verschränkung der beiden Hauptergebnisse

Das größere Kontinuum, in das die gefundenen Ergebnisse hineingeschrieben werden könnten, kann Langfristigkeit und Vernetztheit versus Kurzfristigkeit und Singularität genannt werden. Langfristiges und vernetztes Denken (zweiter Paradigma-Wechsel, siehe SCHIPPERGES 1982) wird im folgenden unter dem Oberbegriff „weiträumiges Denken“ vereint, während kurzfristiges und singulares Denken (erster Paradigma-Wechsel zu reduziertem Modelldenken, siehe SCHIPPERGES 1982) im folgenden als „kleinräumiges Denken“ bezeichnet wird. Weiträumiges Denken umfaßt zahlreiche Parameter und zwar sowohl in räumlicher wie in zeitlicher Hinsicht. Jemand, der weiträumig denkt, bezieht in seine Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozesse viele Faktoren der Gegenwart und Zukunft ein, und zwar nicht nur für sein eigenes Leben, sondern auch für die globale Dimension menschlichen Lebens generell. Jemand, der „kleinräumig“ denkt, schaut im Gegensatz dazu nicht weit: Er bezieht nur die nächstliegenden Parameter in seine Denkprozesse ein. Der langfristigen Befriedigung zieht er die kurzfristige vor.

Wie das zweite Hauptergebnis zeigt, ordnen sich sowohl in Ägypten als auch in Deutschland die Befragten selbst in die Gruppe der „weiträumig“ Denkenden ein. Das ist die deutlichste Gemeinsamkeit der ägyptischen und deutschen Ergebnisse, wobei sich hier eventuell ein reines Schichtproblem abbildet.

Die Füllung des Begriffes „weiträumig“ scheint allerdings in Ägypten und Deutschland diametral entgegengesetzt zu sein, und zwar besonders was die Haltung moderner Technologie gegenüber betrifft. Das Image von Technologie präsentiert sich in Ägypten als ein eindeutig positives, und zwar in allen Lebensbereichen, auch in der Medizin. Man könnte pointiert formulieren: Schwere Nebenwirkungen bei der Behandlung mit westlicher Apparatedizin,

die in Deutschland als lebensqualitätsvermindernd angesehen würden, erhöhen aus der Sicht ägyptischer Ärzte und Patienten die Lebensqualität, weil der Nimbus westlicher Technologie sogar Schmerzen oder Unwohlsein mit positiver Wertung versieht. In paralleler Weise werden oft auch Umweltprobleme, sofern sie überhaupt wahrgenommen werden, als notwendige und nicht zu kritisierende Begleiterscheinungen einer wünschenswerten Entwicklung gesehen. In einem solchen Kontext muß jemand, der sich über sein eigenes Wohlergehen und die Wohlfahrt der Familie und der ganzen Gesellschaft Gedanken macht, moderne Technologie und damit den Aufbau von entsprechender Industrie als zentrales Ziel ansehen.

Die Bewunderung für moderne Technologie ist, wie weiter oben schon erwähnt, nicht das einzige deutliche Charakteristikum, das die ägyptischen Antworten von den deutschen unterscheidet. Des weiteren ist in fast jeder ägyptischen Antwort von Religion die Rede, während Religion von keinem einzigen deutschen Interviewpartner explizit genannt wurde.

Auf den ersten Blick mag dieses Nebeneinander von absoluter Technologiefreundlichkeit und Religiösität in den ägyptischen Antworten als ein Widerspruch erscheinen, denn der Einwand mag naheliegen, daß die stark vertretene Religiösität diesem Technologieglauben entgegenstehen müßte. Das ist jedoch eine westliche Fehlinterpretation, die ihren Ursprung darin hat, daß man Ägypten mit Islam gleichsetzt und Islam mit Antiwestlichkeit. In dieser Argumentation verbergen sich jedoch zwei Fehler: Der erste Fehler ist die Gleichsetzung von Islam und Antiwestlichkeit. Richtig ist zwar, daß islamische Fundamentalisten westliche Lebensart kritisieren. Westliche Lebensart umfaßt dabei jedoch nicht unbedingt moderne Technologie. Sogar oft im Gegenteil. Viele Ägypter fragen sich, warum sie, die Nachfahren der berühmten Pyramidenbauer, in Armut leben und nicht in Reichtum wie der Westen. Armut wird unter anderem als Mangel an modernen Annehmlichkeiten definiert und Reichtum als Fülle moderner Annehmlichkeiten. Man sucht nach Erklärungen für diesen Mangelzustand und führt sich vor Augen, daß man schon viele -ismen ausprobiert hat, von Kommunismus bis hin zum Nationalismus. Kein Experiment hat den erhofften Reichtum zur Folge gehabt. Fundamentalisten, aber auch viele gemäßigte Ägypter denken deshalb, daß eine Rückwendung zur Religion eine Verbesserung auch der wirtschaftlichen Lage bewirken könnte. Religion und Technologie schließen sich in diesem Denkraum also nicht nur nicht aus, sie werden sogar positiv miteinander verknüpft: Gott (auf arabisch „Allah“, und zwar sowohl für Christen als auch für Muslime) soll helfen, dem Land und den Menschen zu moderner Technologie zu verhelfen. Die Verknüpfung Religion / Technologie wird dabei als ein wichtiges Synonym für langfristig gute Zukunftsaussichten gesehen, also für „weiträumiges“ Denken.

Tabelle 4. faßt die wesentlichen Ergebnisse der Studie unter dem gedanklichen Modell des „weiträumigen“ und „kleinräumigen“ Denkens in Bezug auf Lebensqualität zusammen.

	<p>„kleinräumiges“ kurzfristiges und unilaterales Denken</p> <p>kurzfristige Maximierung von Bedürfnisbefriedigung ohne Fol- genabschätzung und ohne Berücksichtigung der Abhän- gigkeit des einzelnen vom Allgemeinwohl</p>	<p>„weiträumiges“ langfristiges und vernetztes Denken</p> <p>langfristige Sicherung von Be- dürfnisbefriedigung durch Fol- genabschätzung und durch Be- rücksichtigung der Abhängigkeit des einzelnen vom Allgemein- wohl</p>
<p>Deutsche Haltung</p> <p>Hintergrund: Lebenserleichte- rung durch moderne Techno- logie (Kühlschrank, Auto, etc.) ist selbstverständlich</p>	<p>Die Mehrzahl der in Deutschland Befragten schätzt die durchschnitt- liche deutsche Bevölkerung so ein:</p> <p>Egoismus und Materialismus stehen im Vordergrund.</p>	<p>Alle in Deutschland Befragten be- schreiben ihre eigene Haltung so:</p> <p>Allgemeinwohl ist wichtig. Es kann nur durch verantwortliches und ethisches Handeln des einzelnen gesichert werden. Das Allgemeinwohl kann durch umweltschädliche „Nebenwirkun- gen“ moderner Technologie bedroht werden.</p>
<p>Ägyptische Haltung</p> <p>Hintergrund: Lebenserleichte- rung durch moderne Techno- logie (Kühlschrank, Auto, etc.) ist nicht selbstverständlich</p>	<p>Die Mehrzahl der in Ägypten Be- fragten schätzt die durchschnittliche ägyptische Bevölkerung so ein:</p> <p>Egoismus und Materialismus stehen im Vordergrund.</p>	<p>Alle in Ägypten Befragten beschrei- ben ihre eigene Haltung so:</p> <p>Allgemeinwohl ist wichtig. Es kann nur durch die Verankerung des ein- zelnen im religiösen Kontext gesi- chert werden, wodurch wiederum verantwortliches und ethisches Handeln des einzelnen garantiert wird. Das Allgemeinwohl kann durch moderne Technologie gefördert werden. Eine Gefahr durch Um- weltschäden ist vernachlässigbar.</p>

Tabelle 4: „Weiträumiges“ und „kleinräumiges“ Denken

6.4. Besondere Anmerkungen für Mediziner

Vergleich der eigenen Lebensqualitätsdefinition mit der Definition der Patienten:

Die Ergebnisse der Studie zeigen deutlich die Grenze, die Ärzte zwischen sich selbst und ihren Patienten sehen. Sowohl deutsche als auch ägyptische Ärzte empfinden sich selbst als eher verantwortungsbewußte und ihre Patienten im Vergleich dazu als eher „oberflächliche“ Menschen. Diese Einschätzung spiegelt zum Teil zweifellos die gesellschaftliche Zugehörigkeit von Ärzten und der Mehrzahl von Patienten zu unterschiedlichen soziologischen Lebensstilgruppen wieder. Das wird dadurch bestätigt, daß die befragten Journalisten und Künstler genau dieselbe Grenze zwischen sich und ihren Lesern oder ihrem Publikum ziehen. Ärzte, Journalisten und Künstler gehören zur Bildungselite.

Es ist besonders für Ärzte wichtig, sich dieser Grenze bewußt zu werden, denn das Arzt-Patient-Verhältnis ist ein besonders intensives und elementares: Die Haltung des Arztes seinen Patienten gegenüber ist ein Teil der Therapie. Ein Arzt, der Patienten Hoffnung und Zutrauen vermitteln kann, motiviert sie und erhöht die Heilungschancen. Ein Arzt, der jedoch enttäuscht ist von der „Oberflächlichkeit“ seiner Patienten, mag im Laufe der Jahre sogar zu einer zynischen Haltung seinen Patienten gegenüber tendieren. Einige der Interviews machten das deutlich. Wer jedoch enttäuscht ist, hat sich einmal getäuscht, d.h. wer zynisch wird, hat sich zu ideale Vorstellungen vom Arztberuf gemacht und seine eigenen moralischen Ansprüche nicht rechtzeitig mit der soziologischen Wirklichkeit in Einklang gebracht. In so einem Fall ist es möglicherweise nützlich, die Wurzeln der eigenen Moralität zu überdenken und die Gefahr wahrzunehmen, daß der Mensch über zu rigiden moralischen Ansprüchen vergessen werden kann. Möglicherweise kann der Arzt persönlich von einem entspannteren Selbstbild profitieren, ohne gleich seine Nachdenklichkeit und Ernsthaftigkeit aufgeben zu müssen. (Zu diesen Gedanken passen möglicherweise die mit Hilfe der Regressionsanalyse gefundenen Ergebnisse, daß Lebenszufriedenheit und Einkommen bei den befragten deutschen Ärzten negativ korrelieren.)

Andererseits kann diese Grenze zwischen Patienten und Arzt aber auch sehr konstruktiv sein. Der Arzt kann vom Patienten, der Patient aber auch vom Arzt lernen: Kranke können vom Wissen des Arztes um tiefere Ebenen profitieren, denn gerade Krankheit eröffnet Menschen oftmals die Chance, neue Horizonte in ihrem Leben zu entdecken.

Vergleich der Lebensqualitätsdefinition deutscher und ägyptischer Ärzte und Patienten:

Die Dichotomie, daß in Deutschland nachdenkliche Menschen moderner Technologie vielfach kritisch gegenüberstehen, während in Ägypten moderne Technologie eher bejaht und herbeigesehnt wird, ist wichtig für deutsche Ärzte, die immer häufiger mit Patienten aus allen Teilen der Welt konfrontiert werden, die von ihnen modernste und maximale Apparatedizin fordern. Für einen solchen Arzt ist es wichtig zu verstehen, daß westliche Technologie selbst von einem islamischen Fundamentalisten erstrebt wird, so sehr er auch westlichen Lebensstil ablehnen mag, und daß sogar schwere Nebenwirkungen bei einer Behandlung sogar mit Stolz hingenommen werden können, eben weil sie als Zeichen für Modernität gewertet werden. Ärzte mit einem multikulturellen Patientengut sind eine der ersten gesellschaftlichen Gruppen, die davon berührt wird, daß die industrialisierten Länder mit ihrer Technologie (nicht ihrem Lebensstil) so etwas wie globale Idole geworden sind, so sehr westliche Bürger diese Rolle auch persönlich ablehnen mögen.

Einige Zitate aus den Antworten auf die offenen Fragen mögen die ägyptische Haltung stellvertretend illustrieren: „Unsere gegenwärtige Zivilisation führt uns in ein komfortables, freudiges und ideales Leben.“ (Aussage eines ägyptischen Journalisten) „Lebensqualität bedeutet: Der große Fortschritt der Wissenschaften und seine Verbreitung unter allen Menschen.“ (Aussage eines ägyptischen Journalisten) „Das Leben ist ein Kampf. Es wird einfach, wenn wir moderne Geräte benutzen.“ (Aussage eines ägyptischen Journalisten) „Unsere Lebenserwartung steigt immer noch an. Wir sollten denjenigen dankbar sein, die durch ihre Erfindungen das menschliche Glück so großartig vermehrt haben.“ (Aussage eines ägyptischen Künstlers)

Für den deutschen Arzt kann das Definitionskontinuum für den Begriff Lebensqualität als Hilfe in seiner täglichen Arbeit dienen. Folgende Denkschritte können für ihn hilfreich sein:

1. Der Arzt muß sich bewußt machen, daß der Begriff Lebensqualität von verschiedenen Menschen mit unterschiedlichen Inhalten gefüllt wird.
2. Der Arzt muß selbst seine Position im Bedeutungskontinuum für den Begriff Lebensqualität finden.
3. Danach muß er sich bewußt werden, mit welchen Patienten er diese Haltung teilt und mit welchen Patienten er eine Meinungsdissonanz konstatieren muß. Nicht alle Patienten, ganz besonders nicht die meisten ausländischen Patienten, stehen moderner Technologie mit kritischer Vorsicht gegenüber. Sie bejahen im Gegenteil möglicherweise moderne Technologie uneingeschränkt. Falls der Arzt persönlich die Position der kritischen Distanz vertritt, befindet er sich in einer Dissonanz-Situation.

Ein Vorschlag für die Auflösung dieser Dissonanz könnte der folgende sein: Moderne Technologie und Entwicklung kann in zwei Arten unterteilt werden: Zum ersten als diejenige, die ökologische Kreisläufe mit einbezieht und zum zweiten als diejenige, die genau das nicht tut. Wenn man sich entscheidet, nur diejenige technologische Entwicklung mit dem Kennzeichen „modern“ zu versehen, die Kreisläufe einbezieht, und jede technologische Entwicklung als „antiquiert“ zu bezeichnen, die ökologische Kreisläufe ignoriert und verletzt, dann kann man getrost die ägyptische Position vertreten: „Lebensqualität ist Lebenserleichterung durch moderne Technologie“. Die Diskussion dieses Gedankenganges betrifft die Medizin als moderne Handlungswissenschaft, wie SCHIPPERGES 1982 schreibt.

Die Medizinische Psychologie als Vermittler zwischen verschiedensten Polen, nämlich einerseits zwischen verschiedenen medizinischen Fächern, andererseits zwischen Patienten und Medizinern, schließlich zwischen Gesellschaft und Medizin, hat hier die Aufgabe, die oben genannten Problemfelder zu untersuchen, um eine klarere Orientation zu ermöglichen. Die hier beschriebene Arbeit soll ein Baustein auf diesem Weg sein (siehe KÜCHLER und SCHREIBER 1989).

6.5. Konklusion

Konklusion aus 6.1.:

Wichtig erscheint, daß in die interkulturelle Arzt-Patient-Beziehung, - dieser speziellen, aber zunehmend häufiger auftretenden Situation, - offene, explorierende Fragen in die Gesprächsführung eingehen, um zu vermeiden, daß vom eigenen kulturell abhängigen Lebensqualitätsverständnis des westlichen Arztes (und damit von eigenen Therapiezielen) ausgegangen wird.

Konklusion aus 6.2.:

Ärzte sollten ihre Einschätzung der Lebensqualität ihrer Patienten durch standardisierte Instrumente ergänzen, da sie selbst offenbar andere Gewichtungen für ihre Patienten vornehmen, als sie für sich selbst zugrunde legen.

Literatur:

- Herschbach, Peter, und Gerhard Henrich, 1990: Fragen zur Lebenszufriedenheit, München*
Herschbach, Peter, und Gerhard Henrich, 1991: Der Fragebogen als methodischer Zugang zur Erfassung von „Lebensqualität“ in der Onkologie. In: Reinhold Schwarz (Hg.): Lebensqualität in der Onkologie. München: Zuckschwerdt
Inkeles, Alex, und Larry Diamond, 1980: Personal Development and National Development. S. 73–110 in: Alexander Szalai, und Frank M. Andrews (Hg.): The Quality of Life. Comparative Studies. London. Beverly Hills: Sage
Küchler, Thomas, 1991: Interviewverfahren in der Lebensqualitätsforschung. In Reinhold Schwarz (Hg.): Lebensqualität in der Onkologie. München: Zuckschwerdt
Küchler, Thomas, und Hans Wilhelm Schreiber, 1989: Lebensqualität in der Allgemein Chirurgie - Konzepte und praktische Möglichkeiten der Messung, Hamburger Ärzteblatt 43: 246–250
Schipperges, Heinrich, 1982: Der Arzt von Morgen: Von der Heiltechnik zur Heilkunde. Berlin: Severin und Siedler