

Lebensqualitäts-Konzepte: Chancen und Grenzen

Der Begriff der Lebensqualität in der Medizin – was ist darunter zu verstehen?

PROF. DR. MED. MATTHIAS ROSE, DIREKTOR DER MED. KLINIK MIT SCHWERPUNKT PSYCHOSOMATIK, CHARITÉ



Der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hat in den vergangenen Jahren eine weite Verbreitung in der medizinischen Fachliteratur gefunden. Dabei wird der psychische und physische Gesundheitsstatus als Teil der allgemeinen Lebensqualität verstanden. Die Anwendungsbereiche der empirischen Erfassung des subjektiven Gesundheitsstatus reichen von der klinischen Praxis, etwa zur Therapiesteuerung, bis hin zu Krankenhäusern oder Krankenkassen, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Instrument zur Qualitätssicherung einsetzen. In der Gesundheitspolitik werden bisher überwiegend Indikatoren für die Struktur- und Prozessqualität zur Qualitätssicherung herangezogen, kaum aber Messungen der Ergebnisqualität. Die empirische Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hat in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte gemacht, die erwarten lassen, dass die Messung patienten-berichteter Merkmale in Zukunft in ähnlicher Weise erfolgen kann wie die biomedizinischer Parameter.

1. Begriffsbestimmung

Der Begriff der Lebensqualität ist relativ neu. Die meisten Autoren führen ihn auf eine Äußerung von US-Präsident L. Johnson aus dem Jahr 1964 zurück, in der er ausführt, dass sich politische Ziele an der Lebensqualität der Bevölkerung messen lassen müssen und nicht an deren Bankkonten.¹

Für die Lebensqualitätsdefinition in der Medizin wird in der Regel auf Protokolle der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus den 90er Jahren zurückgegriffen in denen es heißt: „Quality of life is defined as an individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems, in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, and their relationship to salient features of their environment.“^{2, 3}

D.h., es wird zwischen der Lebensqualität als individueller Wahrnehmung innerhalb des persönlichen Kontextes und deren gesundheitsbezogenen Einflußfaktoren unterschieden. Damit wird die allgemeine Lebensqualität als ideosokratisches, emergentes Konstrukt aufgefasst; alle Determinanten wären dem entsprechend untergeordnet. Über die Jahre hat sich in der Medizin demgegenüber eine in gewisser Weise vereinfachte Darstellung mit dem Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität etabliert, bei der der psychische und physische Gesundheitsstatus als Teil der allgemeinen Lebensqualität verstanden werden, womit impliziert ist, dass die Lebensqualität die Summe verschiedener Teile ist.

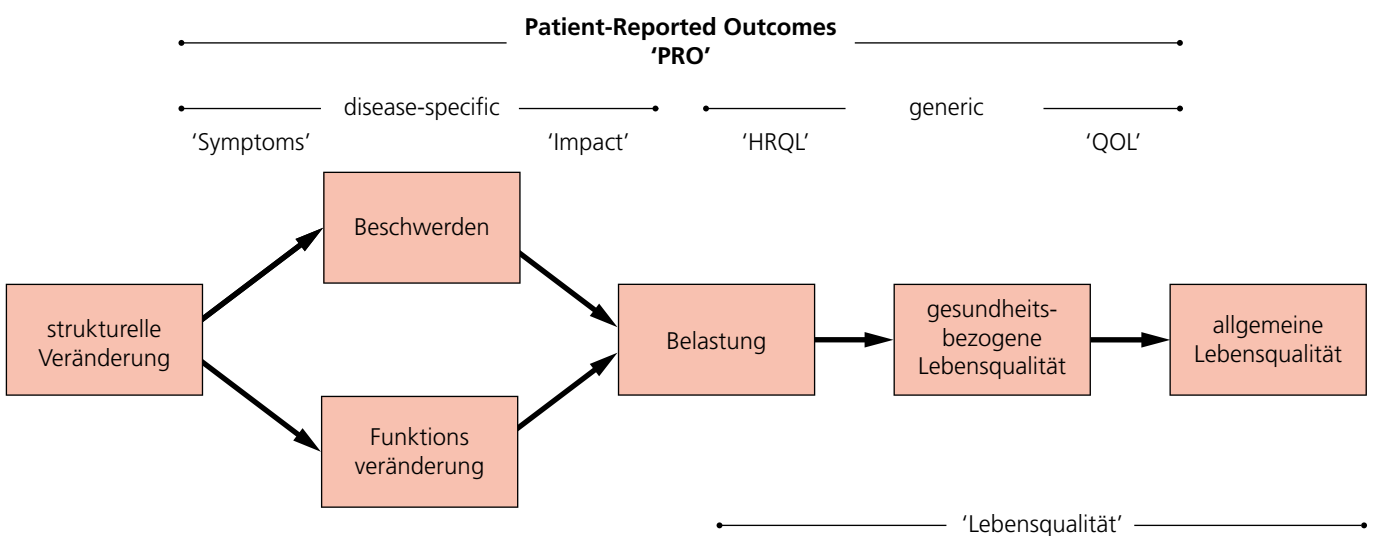
Letztlich hat diese eher pragmatische Auffassung und Beschränkung des Begriffes der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQL) zu einer weiten Verbreitung in der medizinischen Fachliteratur geführt, so dass es heute in der Regel für die Erfassung der HRQL als hinreichend erscheint, zentrale Dimensionen des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens als Profil abzubilden. Dabei fällt die Abgrenzung zwischen HRQL und subjektivem Gesundheitserleben bis heute schwer, was u.a. darin zum Ausdruck kommt, dass die Autoren des weltweit am meisten genutzten Frage-

bogens zur Erfassung der HRQL (SF-36) selbst von einem Instrument zur „Erfassung des subjektiven Gesundheitsstatus“ sprechen.⁴

Wilson und Cleary haben in den 90er Jahren hierzu einen Versuch der konzeptionellen Abgrenzung der verschiedenen Ebenen der Erfassung des subjektiven Krankheits- bzw. Gesundheitserlebens gemacht, der weltweit perzipiert und in Folge erweitert wurde (siehe Abbildung 1).^{5, 6} Dabei wird angenommen, dass eine

Ebenen der Erfassung des Krank- bzw. Gesundheitserlebens



Quelle: Rose/Wilson&Cleary



Abbildung 1: Modell der Beziehung zwischen den verschiedenen Ebenen des patienten-berichteten Gesundheitserlebens in Anlehnung an das Modell von Wilson & Cleary.

somatische Dysfunktion sowohl zu Beschwerden und Funktionsstörungen führt, d.h. erkrankungsspezifischen Symptomen (σύμπτωμα(symptoma): ‚zusammenfallen‘). Diese werden subjektiv gewichtet, so dass individuell unterschiedlich aus gleichen Symptomen eine mehr oder weniger große Belastung für den Einzelnen resultiert (disease impact), und somit eine Bewertung als gesundheitsrelevant oder nicht. Diese Bewertung der erkrankungsbezogenen Symptome hat dann Bedeutung für eine mögliche Einschränkung in einer oder mehreren Dimensionen der HRQL, bzw. des allgemeinen Gesundheitsempfindens. Symptome und deren Bewertung sind entsprechend erkrankungsbezogen (specific disease-related), während die subjektive Einschätzung der Gesundheit erkrankungsunabhängig, d.h. allgemein (generic health-related), aber personenbezogen erfolgt.

Die reine Erfassung der Symptome gilt entsprechend nicht als Teil der HRQL. Die International Classification of Functioning (ICF) fokussiert z.B. nahezu ausschließlich auf die Erfassung der erkrankungsassoziierten Symptome (die im Falle der ICF als „Funktionen“ beschrieben werden, wobei psychische Beschwerden als Funktion des psychischen Apparats verstanden werden), um so die Bewertung durch den Patienten gering zu halten. Die meisten klinischen

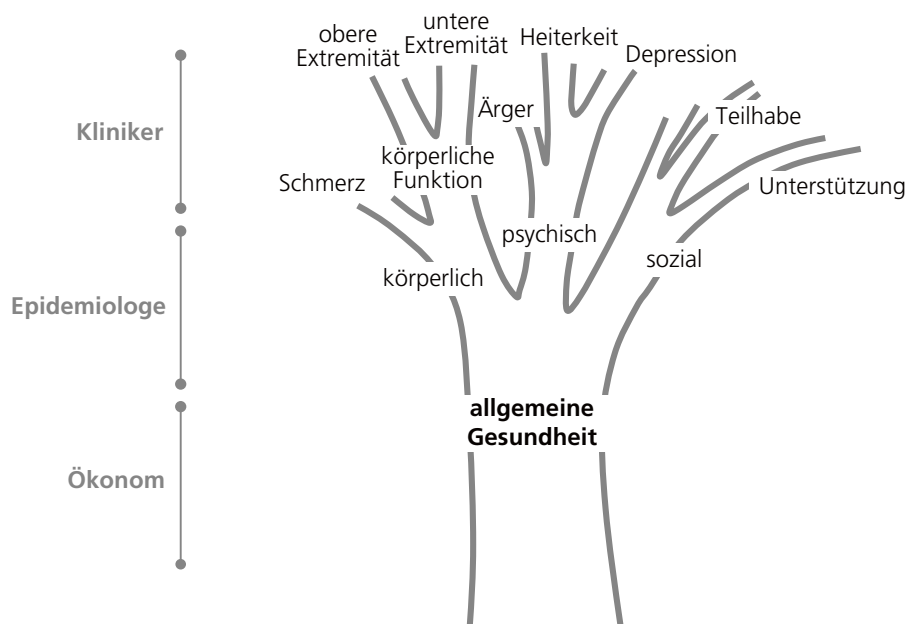
Fachgesellschaften und öffentlichen Institutionen, wie z.B. der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), sehen unabhängig davon die Lebensqualität als das für den Patienten letztlich entscheidendere Therapieziel an.⁷

Als neutralerer Überbegriff hat sich in den letzten Jahren der Begriff der Patient-Reported Outcomes (PRO) etabliert. Da die Lebensqualität sowohl Therapieziel ist als auch in der Regel durch den Patienten selbst berichtet wird, fällt die HRQL damit unter den Begriff der PROs. Auch der Begriff der PRO ist jedoch zum Teil missverständlich, da die damit gemeinte Erfassung des selbstberichteten Gesundheitszustandes nicht nur zur Messung des Therapieerfolges (Outcomes) erfolgt, sondern auch um prädiktive Faktoren (Predictors) für den Erkrankungsverlauf darzustellen.

2. Hierarchieebenen des Gesundheitserlebens

Bei der Erfassung des Gesundheitszustandes lassen sich zudem verschiedene Ebenen voneinander unterscheiden, die das Konstrukt in unterschiedlicher Weise abstrahieren (siehe Abbildung 2). Während vor allem für Gesundheitsökonomien die Erfassung der Gesundheit mit einer einzelnen Zahl attraktiv ist, findet sich in epidemiologischen Studien meist eine Aufgliederung in die bereits oben beschriebene

Hierarchie-Modell des Gesundheitserlebens



Quelle: Rose



Abbildung 2: Hierarchie-Modell des Gesundheitserlebens mit den unterschiedlichen Abstraktionsebenen verschiedener möglicher Betrachter.

nen drei Kerndimensionen des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Je mehr eine spezifische Erkrankung interessiert, desto mehr gewinnt eine weitere Differenzierung in spezifische körperliche Beschwerden oder Funktionseinschränkungen an Bedeutung.

Die Zuordnung distinkter Konstrukte zu übergeordneten Dimensionen spielt nicht nur für die theoretische Einordnung eine zentrale Rolle, sondern auch für das Messmodell bei der empirischen Erfassung der HRQL. Es gibt in den letzten Jahren eine Reihe unterschiedlicher Initiativen, die sich intensiv mit der Domain-Hierarchie des Gesundheitserlebens beschäftigt haben, wobei die PROMIS-Initiative (www.nihpromis.org) sicher die mit Abstand größte sein dürfte.

3. Anwendungsbereiche

Die Anwendungsbereiche der empirischen Erfassung des subjektiven Gesundheitsstatus' sind je nach Interessenslage sehr unterschiedlich. Im Folgenden soll die jeweils unterschiedliche Sicht aus vier verschiedenen Perspektiven exemplarisch dargestellt werden.

3.1. Klinische Praxis

3.1.1. Therapiesteuerung

In der klinischen Versorgung bildet der subjektiv erlebte Gesundheitsstatus neben Mortalität und Morbidität das zentrale Therapieziel. Eine systematische empirische Erfassung ist jedoch eher die Ausnahme als die Regel, was überwiegend methodische Gründe haben dürfte (s.u.). Meist ist damit die Beurteilung des Therapieerfolges der subjektiven Einschätzung durch den Arzt überlassen, was insbesondere bei Erkrankungen, in denen kaum biomedizinische Parameter zur Verfügung stehen, problematisch erscheint, wie z.B. bei der Beurteilung der Therapieerfolgs bei depressiven Störungen oder chronischen Schmerzerkrankungen.

3.1.2. Prädiktion des Therapieerfolgs

Darüber hinaus sind mit der Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes bei vielen chronischen Erkrankungen bessere Vorhersagen über den zu erwartenden Therapieverlauf möglich. So lässt sich zeigen, dass einzelne Dimensionen der HRQL bei vielen Tumorerkrankungen⁸, bei Patienten mit Diabetes mellitus⁹ oder koronarer Herzkrank-

heit¹⁰ als unabhängige Variable die Überlebenszeit vorher-sagen können. Dies erscheint erklärlich, wenn man davon ausgeht, dass der subjektiv erlebte Gesundheitsstatus ein integriertes Maß ist, das durch andere, z.B. biomedizinische oder soziodemografische Parameter nicht abbildbar ist.

3.1.3. Screening zur Identifikation von Erkrankungen

Ein weiteres klinisches Anwendungsgebiet ist der Einsatz von Instrumenten zur Erfassung des subjektiven Gesundheitsstatus zur Identifikation von psychischen Erkrankungen, insbesondere von depressiven Störungen. Mit gut validierten Fragebögen können beim Depressionsscreening sehr hohe Sensitivitäts- und Spezifitätswerte erreicht werden.¹¹ Mit dem systematischen Einsatz von einfachen Fragebögen kann damit die Rate nicht identifizierter behandelbarer depressiver Erkrankungen erheblich reduziert werden. Screeninginstrumente für andere psychische Erkrankungen, wie z.B. Angststörungen, sind demgegenüber noch weniger ausgereift.¹²

3.2. Versorgungseinrichtungen und Versicherer

Im Unterschied zu der klinischen Erfassung der HRQL, haben Krankenhäuser (health care provider) oder Krankenkassen (health care payer) primär Interesse an einer aggregierten Darstellung der mit der Therapie erreichten Verbesserung des Gesundheitsstatus' der Behandelten bzw. der Versicherten.

Im Vordergrund steht hier die Anwendung der HRQL-Messung als Instrument der Qualitätssicherung. So nutzt z.B. eine große Kette von Dialysekliniken seit Jahrzehnten bereits regelmäßig erfasste SF-36-Daten, um bei einem Abfall der HRQL ihrer Patienten in einem Zentrum gegenüber den anderen – bzw. im Vergleich zu den Vorerhebungen – nach den Ursachen der verschlechterten Versorgung suchen zu können. In Deutschland bieten vor allem die Schön-Kliniken ein interessantes Beispiel, wie mit einer systematischen Therapiezielerfassung über verschiedene Kliniken hinweg die Programme ausgebaut werden können, mit denen bei einer Erkrankungsgruppe die beste Symptomreduktion erzielt werden kann (benchmarking, comparative treatment effectiveness).

3.3. Behandlungsanbieter

Für die pharmazeutische Industrie und Anbieter anderer Gesundheitsleistungen gewinnt die Messung der HRQL vor allem in den letzten Jahren große Bedeutung, da bei

innovativen Interventionen heute der Beleg eines Zusatznutzens gegenüber etablierten Therapie gefordert wird. In Deutschland hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der für die Bewertung des Zusatznutzens zuständig ist⁷, beschlossen, dass ohne Beleg eines subjektiven Nutzens für die Patienten durch HRQL-Daten die Nutzenbewertung automatisch eine Stufe geringer erfolgt, was hoch relevant für die erwartbaren Erlöse ist.

Auch international finden sich intensive Bemühungen, die Erfassung patienten-berichteter Gesundheitsmerkmale auf den höchstmöglichen Standard zu heben. So hat z.B. die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) bereits vor sieben Jahren eine Richtlinie zur Entwicklung von PRO-Instrumenten herausgegeben.¹³ Prominentes Beispiel der zunehmend höheren Anforderungen an die Messmethodik war der Rückzug der Zulassung für das Erythropoetin. Nachdem in den USA zunächst die Vergütung für die Anwendung bei Nierenerkrankten möglich war, wurde diese Zulassung nach einer Neubewertung der damals eingesetzten Methoden zur Erfassung der HRQL wieder entzogen, was zu erheblichen öffentlichen Diskussionen führte.¹⁴

3.4. Gesundheitspolitik

Die bislang zur Qualitätssicherung in der Medizin herangezogenen Indikatoren sind in ganz überwiegendem Maße Indikatoren für die Struktur- und Prozessqualität; Messungen der Ergebnisqualität finden sich nur in seltenen Ausnahmefällen. So wird in einer kürzlich erschienenen Arbeit des New England Journal of Medicine darauf hingewiesen, dass von den über 2000 Qualitätsindikatoren des U.S. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) nur sieben Prozent Ergebnisparameter sind und weniger als zwei Prozent von den Patienten berichtete Merkmale.¹⁵ Dies ist insofern bemerkenswert, da Struktur- und Prozessindikatoren nur Surrogatparameter für die Ergebnisqualität sind und damit nur von vergleichsweise geringer Relevanz für den Patienten.

In anderen europäischen Staaten wie z.B. in den Niederlanden, Belgien und insbesondere in Großbritannien finden patienten-berichtete Gesundheitsmerkmale bereits größere Beachtung. So wird z.B. in Großbritannien systematisch bei nahezu allen wegen einer Depression behandelten Patienten das psychische Wohlbefinden entsprechend einer Richtlinie des National Health Service (NHS) erfasst. In Belgien sollen in den kommenden Jahren bereits ein bis zwei Prozent des Budgets der Krankenhäuser anhand der Therapiezielerreichung vergeben

werden (Pay per Performance, P4P). Michael Porter, ein prominenter Gesundheitsökonom, vertritt die Position, dass nur mit einer Verknüpfung von eingesetzten Ressourcen und den damit erreichten Therapiezielen (value = outcome/ressources) eine sinnvolle Steuerung der in ökonomische Schieflage geratenen Gesundheitssysteme möglich ist.¹⁵ Er gab unter anderem den Anstoß zu einer weltweiten Initiative zur Standardisierung von Therapiezielmessungen (www.ICHOM.org), die derzeit relative große Aufmerksamkeit erhält. Inwieweit sich die dort vorgeschlagenen Methoden durchsetzen, bleibt abzuwarten.

4. Messmethodik

Ob die empirische Erfassung der HRQL einen Nutzen in der individuellen Therapiesteuerung, der Entwicklung effizienterer für den Patienten nützlicherer Therapien oder bei gesundheitspolitischen Entscheidungen hat, hängt entscheidend von den eingesetzten Methoden ab.

4.1. Probleme etablierter Messinstrumente

Naturgemäß sind andere Anforderungen an einen Einsatz psychometrischer Instrumente in der klinischen Routine zu stellen, als für Therapiestudien bzw. gesundheitsökonomische oder epidemiologische Fragestellungen. Generell erfordert ein Einsatz in der klinischen Praxis die höchste Messpräzision und stellt die höchsten technischen Anforderungen für einen reibungslosen Einsatz in der täglichen Routine.

HRQL-Erfassungen in klinischen Studien erfolgen dagegen meist mit zusätzlichem Personal, ohne dass ein individueller Report der Daten in Echtzeit nötig ist, so dass hier erheblich geringere technische Anforderungen erforderlich sind. Zudem besteht die Möglichkeit, den Messfehler methodisch weniger ausgereifter Instrumente durch höhere Fallzahlen zu kompensieren.

Da nahezu alle wissenschaftlich akzeptierten Fragebögen nach den Prinzipien der klassischen Test-Theorie entwickelt wurden, mussten diese jeweils einen Kompromiss zwischen Messpräzision und Testlänge finden. Die am weitesten verbreiteten Fragebögen sind vor allem sogenannte Kurzformen, wie z.B. der SF-36 (Short Form 36 Health Survey®). Diese erlauben die Erfassung von größeren Stichproben, sind aufgrund mangelnder Messpräzision jedoch für den Einsatz in der klinischen Routine weniger geeignet. Statische Fragebögen weisen zudem regelhaft

Boden- und Deckeneffekte auf, die den Messbereich auf ein eng umschriebenes Einsatzgebiet einschränken.

Der bedeutsamste Unterschied zu laborchemischen Methoden besteht jedoch darin, dass heute für die Erfassung wichtiger Gesundheitsdimensionen, wie z.B. der Depressivität, eine große Zahl von Fragebögen existiert, deren Ergebnisse nur schwer vergleichbar sind. Eine ähnliche Situation ist für die Messung biomedizinischer Parameter kaum vorstellbar: Zum Beispiel, dass verschiedene Thermometer Temperaturwerte auf unterschiedlichen nicht vergleichbaren Skalen liefern würden, wodurch sich der Anwender für unabsehbare Zeit auf einen Hersteller festlegen müsste. Die bislang fehlende Standardisierung und Normierung psychometrischer Methoden erschwert nicht nur die klinische Kommunikation, sondern auch eine instrumenten-übergreifende wissenschaftliche Auswertung, z.B. in Metaanalysen.¹⁶

4.2. Moderne Psychometrie

4.2.1. Standardisierung

Die probabilistische Testtheorie, die im anglo-amerikanischen Bereich als Item Response Theory (IRT) bezeichnet wird, verspricht wesentliche Einschränkungen bisheriger Instrumente zu überwinden. Alle Items, die ein bestimm-

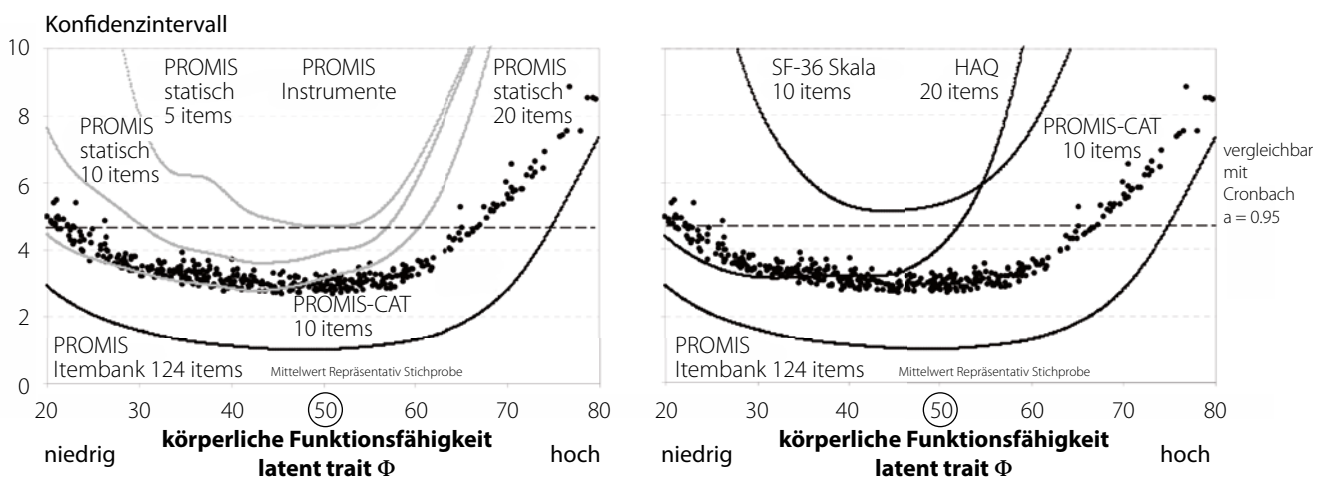
tes Konstrukt (Latent Trait) messen, werden gemeinsam in einer Item-Bank abgelegt. Im Unterschied zur klassischen Testtheorie kann dabei aus jeder beliebigen Kombination von Items der Item-Bank der Messwert (Theta, θ -Wert) bestimmt werden. Befinden sich Items etablierter Fragebögen in der Bank, wird hiermit ein direkter Vergleich der Ergebniswerte auf einer gemeinsamen Metrik möglich.

Wie bei der Messung biomedizinischer Parameter ist damit eine instrumenten-unabhängige Messung möglich (www.common-metrics.org). D.h. mit der Einigung auf eine gemeinsamen Skala kann der Anwender das für die Messung des Merkmals in der spezifischen Situation am besten geeignete Instrument wählen, ohne die Vergleichbarkeit der gemessenen Werte zu kompromittieren.¹⁷ Typischerweise werden die heute bereits vorliegenden Skalen anhand von repräsentativen Bevölkerungstichproben normiert, so dass ein $\theta = 50$ den Wert der Normalbevölkerung widerspiegelt, mit einer Standardabweichung von 10. Damit wird eine intuitive Interpretierbarkeit der Werte möglich. Ein Wert von 70 würde eine Abweichung von zwei Standardabweichungen über der Norm kennzeichnen.¹⁸

4.2.2. Messpräzision und Bereich

Auf der Grundlage einer IRT-basierten Item-Bank lassen sich zudem sogenannte Computer Adaptive Tests (CAT)

Messgenauigkeit in Relation zum Messbereich und in Abhängigkeit von der Messmethodik



Quelle: Rose et alii

Abbildung 3: Darstellung der Beziehung zwischen Messgenauigkeit (Konfidenzintervall, y-Achse) und Messbereich (Latent Trait, x-Achse) von verschiedenen Fragebögen zur Erfassung der körperlichen Funktionsfähigkeit. Illustriert ist, dass Computer-Adaptive Tests (CAT) einen deutlich weiteren Messbereich mit hoher Präzision erfassen können als statische Instrumente (links PROMIS-Instrumente, rechts etablierte Instrumente).

entwickeln. Im Unterschied zu statischen Fragebögen können CATs die Auswahl und Anzahl der vorgegebenen Items an das Antwortverhalten des Patienten anpassen. Dies ist insofern sinnvoll, da jedes Item einen spezifischen, bekannten Messbereich besitzt.

In der Regel beginnt ein CAT mit einem Item, das in einem mittleren Merkmalsbereich misst und so eine erste Einordnung des Patienten erlaubt. Die folgenden Items wählt der Computer dann abhängig von der aufgrund der Antworten auf die vorausgehenden Items berechneten Merkmalsausprägung. Damit wird erreicht, dass nur die für den Patienten relevanten und so für die Berechnung des Θ -Wertes informativen Items vorgelegt werden. Durch den Wegfall irrelevanter Items werden sowohl die Präzision der Messung erhöht, als auch die Anzahl der vorgelegten Items gegenüber vergleichbaren statischen Instrumenten verringert und somit die Belastung des Patienten reduziert.

Die Abbildung 3 illustriert die Beziehung zwischen Messbereich und Messpräzision beispielhaft für einen CATs zur Erfassung körperlicher Funktionsfähigkeit.¹⁹ In der Darstellung lässt sich erkennen, dass mit der gleichen Itemzahl eine höhere Messpräzision über einen weiteren Bereich im Vergleich zu etablierten Standardfragebögen erreichbar ist. Umgekehrt kann man meist mit weniger als der Hälfte der Items eine ähnliche Messpräzision erreichen wie mit herkömmlichen Verfahren.

5. Ausblick

Mit der zunehmenden Zahl von chronischen Erkrankungen und der gleichzeitig abnehmenden Zahl akuter Erkrankungen, für die eine Heilung in Aussicht steht, muss sich die Medizin neuen Herausforderungen stellen. Zudem ist auch mit einer noch intensiveren Technisierung und Spezialisierung kaum zu erwarten, dass über die bisherigen Erfolge hinaus noch wesentliche Verlängerungen der Lebenserwartung zu erzielen sind. Damit werden das Wohlbefinden und die Erhaltung der Funktionsfähigkeit von multimorbiden, chronischen und älteren Patienten als Therapieziele zunehmend in den Vordergrund rücken. Eine verbesserte empirische Erfassung des Gesundheitsempfindens aus Sicht des Patienten erscheint damit zwingend notwendig.

Mit den neuen psychometrischen Methoden und den signifikanten Finanzmitteln, die zur Zeit in den USA durch alle NIHs in deren Entwicklung investiert werden (<http://www.nihpromis.org>), oder von der EORTC in Europa

(<http://groups.eortc.be/qol/eortc-cat>), ist davon auszugehen, dass es gelingen kann, in absehbarer Zeit instrumenten-unabhängige Skalen für die wichtigsten Dimensionen der HRQL zu etablieren und damit dem Standard der Erfassung biomedizinischer Parameter einen wesentlichen Schritt näher zu kommen. Deutschland war in dieser Hinsicht bislang kaum aktiv. Ob wir mit neuen Initiativen wie dem Innovationsfonds hier aufschließen können, bleibt abzuwarten.

Sollte es gelingen, zentrale Gesundheitsdimensionen wie z.B. körperliche Funktionsfähigkeit, Schmerzen, Müdigkeit, Schlafqualität, psychisches Wohlbefinden und soziale Einbindung kurz, präzise, vergleichbar und allgemeingültig in der Routine aller Behandelten zu erfassen, könnte dies im klinischen Alltag eine stärkere Patientenorientierung nach sich ziehen und die Versorgungsaufgabe der Medizin betonen helfen. Aber auch für wissenschaftliche Arbeiten bestehen mit einer systematischen Erfassung des Gesundheitsstatus' z.B. in Registerstudien oder durch innovative Studiendesigns mit verbesserten Kontrollgruppen²⁰ erhebliche Potenziale für eine bessere Anpassung des Gesundheitssystems an die Bedürfnisse der Patienten.

Zusammenfassung

Die Beschäftigung mit dem Thema der Lebensqualität hat in der Medizin in den letzten Jahrzehnten deutlich an Relevanz zugenommen. Dies resultiert zum einen daraus, dass die Aufgaben der Medizin in zunehmenden Maße in der Versorgung von chronisch Erkrankten bestehen, bei denen andere Therapieziele eher in den Hintergrund treten. Zum anderen stehen seit einiger Zeit neuere Messmethoden zur Verfügung, die es als wahrscheinlich erscheinen lassen, dass die Messung patienten-berichteter Merkmale in Zukunft in ähnlicher Weise erfolgen kann, wie die Messung von biomedizinischen Parametern.

E-Mail-Kontakt:
Matthias.Rose@charite.de

Literatur

1. Johnson LB. Presidential election campaign 1964. In: Rescher N, ed. Welfare. Social Issues in philosophical perspective. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press; 1972:60-66.
2. World Health Organization. The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Study Protocol 1993.

3. Organization WH. What quality of life? World Health Forum, 1996 Vol. 17, 354-356.
4. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. Jun 1992;30(6):473-483.
5. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA. Jan 4 1995;273(1):59-65.
6. Bakas T, McLennon SM, Carpenter JS, et al. Systematic review of health-related quality of life models. Health Qual Life Outcomes. 2012;10:134.
7. Klakow-Franck R. Die Bedeutung von Lebensqualität für die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses [The relevance of quality of life for the work of the Federal Joint Committee]. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2014;108(2-3):151-156.
8. Quinten C, Martinelli F, Coens C, et al. A global analysis of multitrial data investigating quality of life and symptoms as prognostic factors for survival in different tumor sites. Cancer. Jan 15 2014;120(2):302-311.
9. Sullivan MD, O'Connor P, Feeney P, et al. Depression predicts all-cause mortality: epidemiological evaluation from the ACCORD HRQL substudy. Diabetes Care. Aug 2012;35(8):1708-1715.
10. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. Mar 25 2014;129(12):1350-1369.
11. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. Sep 2001;16(9):606-613.
12. Fischer HF, Klug C, Roeper K, et al. Screening for mental disorders in heart failure patients using computer-adaptive tests. Qual Life Res. Jun 2014;23(5):1609-1618.
13. U.S. Department of Health and Human Services FaDAF. Guidance for Industry. Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims. Bethesda: Food and Drug Administration; 2009.
14. Whoriskey P. Anemia drug made billions, but at what cost? The Washington Post. July, 19. 2012, 2012.
15. Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing Patient Outcomes Measurement. N Engl J Med. Feb 11 2016;374(6):504-506.
16. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Allgemeine Methoden, Version 4.2 vom 22.4.2015.
17. Wahl I, Lowe B, Bjorner JB, et al. Standardization of depression measurement: a common metric was developed for 11 self-report depression measures. J Clin Epidemiol. Jan 2014;67(1):73-86.
18. Rose M, Bjorner JB, Fischer F, et al. Computerized adaptive testing--ready for ambulatory monitoring? Psychosom Med. May 2012;74(4):338-348.
19. Rose M, Bjorner JB, Gandek B, Bruce B, Fries JF, Ware JE, Jr. The PROMIS Physical Function item bank was calibrated to a standardized metric and shown to improve measurement efficiency. J Clin Epidemiol. May 2014;67(5):516-526.
20. Zelen M. A new design for randomized clinical trials. N Engl J Med. May 31 1979;300(22):1242-1245.

.....

PROF. DR. MED. MATTHIAS ROSE

.....



Prof. Rose ist Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik am Centrum für Innere Medizin und Dermatologie der Charité in Berlin und Associate Professor für Outcome Measurement am Department for Quantitative Health Sciences der Medical School der University of Massachusetts. Seit zehn Jahren unterrichtet er zudem über moderne psychometrische Methoden an der Harvard University in Boston. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Psychosomatik. Prof. Rose beschäftigt sich seit über 20 Jahren mit der Erfassung der Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen und der Entwicklung moderner psychometrischer Methoden.

