

# Alter und Lebensqualität: Einleitende Beobachtungen zu Spannungsfeldern der ethischen Bewertung

*Michael Coors*

## 1. Ambivalenzen des Alters

Wenn wir uns dem Thema der Lebensqualität im Alter widmen, so liegt es nahe zu fragen, ob und inwieweit wir das Leben im Alter selbst als eine Lebensqualität begreifen können. Immerhin verdanken wir es unserer menschlichen Fähigkeit, die natürlichen Grundlagen unserer Existenz kulturell zu gestalten, dass wir heute in unserem Kulturkreis so alt werden, wie wir es nun einmal werden: Grob vereinfacht hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung seit 1840 in den europäischen Industrienationen nahezu verdoppelt.<sup>1</sup> Die meisten Autoren<sup>2</sup> dieses Bandes wären also Mitte des 19. Jahrhunderts zumindest schon sehr alt gewesen. Über 150 Jahre Entwicklung in der Medizin, in der Hygiene, in der Ernährung, usw. haben aber dazu beigetragen, dass wir heute sehr viel länger leben. Dass wir im statistischen Mittel sehr viel älter werden, ist also auch eine Errungenschaft unserer Kultur im umfassenden Sinne,<sup>3</sup> und darin liegt sehr offensichtlich Lebensqualität, wenn man bedenkt, wie viele Jahre unseres Lebens wir heute mehr gestalten können – und das nicht nur mit Arbeit, sondern auch mit anderen sinnstiftenden Tätigkeiten. Dieses Phänomen des dritten Lebensalters, der sogenannten „best agers“ oder der jungen Alten ist hinlänglich bekannt.

Aber auch diese Entwicklung hat ihre Schattenseite, denn auf die guten Jahre im Alter folgen häufiger und immer mehr die schweren Jahre, die ger-

---

<sup>1</sup> Vgl. S. Schnabel/K. von Kistowski/J. W. Vaupel, Immer neue Rekorde und kein Ende in Sicht. Der Blick in die Zukunft lässt Deutschland grauer aussehen als viele erwarten, in: *Demographische Forschung aus erster Hand 2* (2005), 3.

<sup>2</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit verzichte ich hier und im Folgenden auf die explizite Nennung beider Geschlechter. Es ist aber immer auch die weibliche Form gemeint, außer es ergibt sich aus dem Kontext etwas anderes.

<sup>3</sup> Vgl. dazu P. B. Baltes/M. M. Baltes, Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte, in: P. B. Baltes/J. Mittelstraß, *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*, Berlin/New York 1992, 1–34, 18: „Wir Menschen werden alt und immer älter, weil die menschliche Kultur Umweltbedingungen schafft, die das Altwerden ermöglichen“.

ne aus der öffentlichen Diskussion verdrängt werden:<sup>4</sup> Es sind Jahre, in denen die körperlichen Gebrechen zunehmen, die vielfach von Pflegebedürftigkeit geprägt sind und häufig mit einer dementiellen Erkrankung einhergehen. In der öffentlichen Wahrnehmung werden diese letzten Jahre des Lebens bei Vielen als Jahre des Schwindens der Lebensqualität angesehen: Ist das noch Leben mit Lebensqualität, wenn man abhängig ist von der Hilfe anderer Menschen? Ist das noch Leben mit Lebensqualität, wenn das Bewusstsein und die Erinnerung schwinden, wie im Fall der Demenz?

Dass in dieser Ausgrenzung des hohen und der Idealisierung des dritten Lebensalters auch eine theologische Problematik impliziert ist, macht ein Zitat des israelischen Sozialanthropologen Haim Hazan deutlich: „In einer säkularen Gesellschaft, die kulturell nicht mehr den Trost eines Lebens nach dem Tod bietet, wird das Ende des Lebens zu einer Sackgasse mit den Alten als Repräsentanten, die dadurch zum Gegenstand von Ausgrenzung, Zurückweisung und moralischer Panik werden.“<sup>5</sup> Das „dritte Alter“ stellt sich dann als Lebensphase dar, die „es ablehnt, die Totenmaske des hohen Alters zu tragen“.<sup>6</sup> Wie auch immer man zu diesen Thesen von Hazan steht, sie verweisen auf eine *theologisch* relevante Frage: Was geschieht eigentlich mit unseren Vorstellungen des guten Lebens, wenn der gerade in der Diskussion um eine Ethik des Alter(n)s viel beschworenen Endlichkeit des Lebens<sup>7</sup> das Gegenüber der Unendlichkeit ewigen Lebens fehlt? Welchen Unterschied für das Leben im Alter also macht der Glaube an Gottes Ewigkeit aus? Hängt die allgemeine Tendenz, das Leben im Alter und darüber hinaus auch das Sterben planen und organisieren zu wollen oder gar zu sollen<sup>8</sup> (z.B. in Form von Patientenverfügungen) auch damit zusammen, dass der Verlust des Gegen-

<sup>4</sup> Vgl. F. Adloff, Zwischen Aktivität und Scham: Eine kultur- und emotionssoziologische Perspektive auf die Anti-Aging Medizin, in: S. Schicktanz/M. Schweda (Hrsg.), *Pro-Age oder Anti-Aging?. Altern im Fokus der modernen Medizin*, Frankfurt a. M. 2012, 327–343, 331; P. Zemann, Konstrukte gelingenden Alterns bei älteren Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Kontraste, Gemeinsamkeiten, Variationen, in: M. Kumlehn/A. Kubik (Hrsg.), *Konstrukte gelingenden Alterns*, Stuttgart 2012, 189–206, 189.

<sup>5</sup> Vgl. H. Hazan, Auf einem anderen Planeten: Kulturanthropologische Überlegungen zur Zurechenbarkeit am Lebensende, in: Schicktanz/Schweda (Hrsg.), *Pro-Age*, 197–214, 203.

<sup>6</sup> A.a.O., 204.

<sup>7</sup> Zur Endlichkeit als konstitutivem Aspekt des Menschseins vgl. exemplarisch den Beitrag von Thomas Rentsch in diesem Band, sowie C. Bozarro, Der Traum ewiger Jugend: Anti-Aging-Medizin als Verdrängungsstrategie eines Leidens an der verrinnenden Zeit?, in: G. Maio (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Freiburg 2011, 219–249.

<sup>8</sup> Vgl. M. Schweda/S. Schicktanz, Das Unbehagen an der Medikalisation: Theoretische und ethische Aspekte der biomedizinischen Altersplanung, in: Schicktanz/Schweda (Hrsg.), *Pro-Age*, 23–40; G. Maio, Medizin in einer Zeit, die kein Schicksal duldet. Eine Kritik des Machbarkeitsdenkens der modernen Medizin, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 57 (2011), 79–98.

übers der Ewigkeit Gottes die letzte Lebensphase mit der Aufgabe belastet, sein Leben abrunden und gut abschließen zu müssen?<sup>9</sup> Indem diese Frage gestellt wird, soll nicht darüber hinweggetäuscht werden, dass auch Figuren der klassischen christlichen Eschatologie, insbesondere die Erwartung eines Jüngsten Gerichts, Menschen unter normative Zwänge in der Planung ihres Lebens gestellt haben und mitunter noch heute stellen.<sup>10</sup> Doch die mit dieser eschatologischen Vorstellung verbundenen, normativen Zwänge verschwinden eben offensichtlich nicht einfach, wenn die religiösen Vorstellungen des ewigen Lebens und des jüngsten Gerichts ad acta gelegt werden. Vielmehr scheinen sie nun ins Leben hinein verlegt zu werden – ins hohe Alter und ans Ende des Lebens.

Wer nicht mehr an ein Jüngstes Gericht glaubt, der muss in diesem Leben alles zu Recht bringen – spätestens dann, wenn es aufs Ende zugeht. Damit wird deutlich, dass die christliche Gerichtsvorstellung durchaus auch ein Hoffnungsbild war und ist: „Die Erwartung des Gerichtes Gottes, das Gerechtigkeit bringt, ist ursprünglich die Hoffnung der Opfer von Unrecht und Gewalt.“<sup>11</sup> Diese Hoffnung auf das Gericht erlaubt eben auch, damit zu leben und zu sterben, dass in diesem Leben nicht alles abschließend geregelt werden kann.<sup>12</sup> Denn in die Vorstellungen eines Gerichtes Gottes konnte auch der Gedanke des gnädigen und begnadigenden Richters einbezogen werden. Fällt diese Vorstellung aber weg, so erweist sich zwar die Sehnsucht und der Wunsch danach, dass Gerechtigkeit hergestellt wird, als weiterhin wirkmächtig und nun normierend für die letzten Lebensphasen, doch der Gedanke der Gnade lässt sich ohne ein begnadigendes Gegenüber offensichtlich nicht mehr denken, geschweige denn als eine das Leben im Alter und im Sterben bestimmende Größe realisieren. Dieser Fragekomplex lässt sich hier nur anreißen. Deutlich wird aber, dass die diskutierten Fragen einer Ethik des Alter(n)s auch bisher noch wenig thematisierte theologische Voraussetzungen und Implikationen haben.

---

<sup>9</sup> Im Blick auf die Rede vom „guten Sterben“ habe ich dies bereits problematisiert in: M. Coors, Das gute Sterben? Zwischen Idealisierung und Abgründigkeit des Sterbens, in: G. Arndt-Sandrock (Hrsg.), *Was ist gutes Sterben? 15. Loccum Hospiztagung*, Rehburg-Loccum 2012, 47–62, 56.

<sup>10</sup> Zur theologischen Diskussion über das Jüngste Gericht vgl. H. Bedford-Strohm (Hrsg.), *„... und das Leben der zukünftigen Welt“: Von Auferstehung und Jüngstem Gericht*, Neukirchen-Vluyn 2007.

<sup>11</sup> J. Moltmann, Sonne der Gerechtigkeit. Das Evangelium vom Gericht und der Neuschöpfung aller Dinge, in: Bedford-Strohm (Hrsg.); *„... und das Leben der zukünftigen Welt“*, 30–47, 36. Vgl. auch W. Krötke, Das menschliche Eschaton. Zur anthropologischen Dimension der Eschatologie, in: K. Stock (Hrsg.), *Die Zukunft der Erlösung*, Gütersloh 1994, 132–146.

<sup>12</sup> Ein eindrückliches Zeugnis für diese Haltung bietet z.B. M. Luther, Ein Sermon von der Bereitung zum Sterben, in: *D. Martin Luthers Werke*, Bd. 2, Weimar 1966, 685–697.

## 2. Lebensqualität messbar machen?

Ausgehend von der Frage nach dem Alter als Lebensqualität sind wir also auf eine Ambivalenz im Umgang mit der gewonnenen Lebenszeit aufmerksam geworden. Dass hohes Alter eine Lebensqualität darstellt, ist alles andere als selbstverständlich: Gerade in den ethischen Diskussionen stehen die problematischen Aspekte des hohen Lebensalters im Vordergrund. Darum soll nun der Blick von den theologischen Fragen zurückgehen, hin zu den Orten, an denen sich die ethischen (und theologischen) Debatten in Handlungsoptionen konkretisieren: nämlich hin zu den Kontexten von Geriatrie und Altenpflege.<sup>13</sup>

Ethische Fragen nach der Lebensqualität im Alter sind ebenso im Kontext von Medizin- und Pflegeethik virulent. Denn hier stellt sich ganz konkret die Frage: Was kann an Lebensqualitätssteigerung und -gewinn durch medizinische und pflegerische Interventionen herbeigeführt werden und wie kann man überhaupt feststellen, ob Lebensqualität gesteigert wird? Und weil in einem solidarisch finanzierten Gesundheitswesen alles irgendwie refinanziert werden muss, steht immer auch die Frage im Raum: Was darf das kosten? Wie viel ist uns die Lebensqualitätssteigerung im Alter eigentlich wert und wo hat sie ihre Grenzen?

All das sind ersichtlicherweise Fragen, die sich nur beantworten lassen, wenn man Wege findet, Lebensqualität messbar zu machen. Die grundlegende Problematik der darin vorausgesetzten Quantifizierung von Lebensqualität kann man sich exemplarisch an den so genannten QALY-Analysen verdeutlichen – auch wenn sie ihren Ort nicht so sehr im Kontext der angewandten Geriatrie oder Pflege alter Menschen, sondern in Rationierungs- und Priorisierungsdiskussionen haben. Solche Diskussionen werden aber durchaus auch mit Blick auf das Lebensalter als Priorisierungskriterium geführt<sup>14</sup> und gerade dort erweist sich die Problematik standardisierter Messungsverfahren für die Lebensqualitätsbewertung. In Deutschland ist eine Bemessung von medizinischen Leistungen aufgrund von „Quality Adjusted Life Years“

<sup>13</sup> Vgl. A. Kubik, Konstrukte gelingenden Alter(n)s: Einleitung, in: M. Kumlehn/A. Kubik (Hrsg.), *Konstrukte gelingenden Alterns*, Stuttgart 2012, 9–21, 20. Zur Ethik in Geriatrie und Altenpflege vgl. H. Helmchen/S. Kanowski/H. Lauter, *Ethik in der Altersmedizin*, Stuttgart 2006; E.-M. Neumann, Ethik in der Pflege, in: a.a.O., 310–359; J. Richter/A. Norberg/U. Fricke (Hrsg.), *Ethische Aspekte pflegerischen Handelns. Konfliktsituationen in der Alten- und Krankenpflege*, Hannover 2002; S. Monteverde (Hrsg.), *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*, Stuttgart 2012.

<sup>14</sup> Vgl. z.B. D. Callahan, *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, Washington 1987; L. Müller, *Grenzen der Medizin im Alter? Sozialethische und individual-ethische Diskussion*, Zürich 2010; M. Zimmermann-Acklin, Grenzen setzen? Altersrationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, in: Schickentanz/Schweda (Hrsg.), *Pro-Age*, 215–230.

(QALY) bisher äußerst umstritten und findet keinen Eingang in das Gesundheitssystem.<sup>15</sup> In England hingegen muss die Zulassung neuer Medikamente und Therapieformen sich bereits anhand der Kosten pro QALY messen lassen.<sup>16</sup> Die Diskussion macht auf ein grundsätzliches Problem des Lebensqualitätsbegriffes aufmerksam, nämlich auf die Frage: Lässt sich Lebensqualität überhaupt messen?

Messbarkeit setzt Objektivierbarkeit voraus. Denn messen können wir etwas nur anhand einer festen von allen anerkannten Skala. Deswegen brauchte man früher ein Urmeter und ein Urkilogramm, die heute durch allgemeine anerkannte physikalische Definitionen ersetzt wurden. Es braucht für die Messbarkeit einen Referenzpunkt, der für alle, die sich auf die Messung beziehen, derselbe ist und darin von allen anerkannt ist. Einen solchen festen Referenzpunkt gibt es im Blick auf den Begriff der Lebensqualität aber nicht. Darum versucht man sich in der Berechnung von Lebensqualitätserwartung dadurch abzuheben, dass man statistische Mittelwerte erhebt: Wie also bewertet eine statistisch repräsentative Population die Situation des Lebens ohne und mit einer bestimmten Therapie? Jeder einzelne kann hier zum Beispiel bei einer Umfrage einen Wert zwischen 0 und 1 angeben, wobei 0 so viel bedeutet, wie „lieber wäre ich tot“ und der Wert 1 für optimale Lebensqualität steht. Aus diesen Werten werden dann arithmetische Mittelwerte gebildet, die an die Stelle eines objektiven Referenzpunktes für die Messung treten.<sup>17</sup>

Die grundlegende Frage dabei ist allerdings, ob die unterschiedlichen Messungen der einzelnen Personen, über die hier ein Mittelwert gebildet wird, überhaupt auf eine gemeinsame Skala Bezug nehmen bzw. die vorgegebene Skala der Befragung in gleicher Weise deuten. So zeigt sich auch, dass es stark von den eingesetzten Befragungsinstrumenten abhängt, welche Ergebnisse erzielt werden.<sup>18</sup> Denn ganz offensichtlich fallen die Bewertungen sehr unterschiedlich aus und die Annahme, dass es eine gemeinsame

---

<sup>15</sup> In der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer spielt sie dementsprechend keine Rolle. Vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, *Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*, 2007 (<http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/LangfassungPriorisierung.pdf>, Abruf am 3.4.2013). Vgl. außerdem K. Koch/A. Gerber, QALYs in der Kosten-Nutzen-Bewertung. Rechnen in drei Dimensionen, in: U. Repschläger/u. a. (Hrsg.), *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010. Beiträge und Analysen*, Düsseldorf 2010, 32–48; A. Klonschinsky/W. Lübke, QALYs und Gerechtigkeit: Ansätze und Probleme einer gesundheitsökonomischen Lösung der Fairnessproblematik, in: *Das Gesundheitswesen* 10 (2011), 688–695.

<sup>16</sup> Vgl. National Institute for Health and Clinical Excellence, *Social Value Judgments. Principals for the development of NICE guidance*, 2nd edition (<http://www.nice.org.uk/media/C18/30/SVJ2PUBLICATION2008.pdf>, Abruf am 3.4.2013).

<sup>17</sup> Vgl. zu diesem Verfahren Koch/Gerber, QALYs.

<sup>18</sup> Vgl. a. a. O., 38.

Skala gäbe, auf die sich alle beziehen, bleibt eben eine bloße Behauptung: Es ist schlicht nicht klar, ob die Angabe 0,7 bei Person A dasselbe bedeutet wie bei Person B.

Damit ist ein mögliches Verfahren zur Messung von Lebensqualität (LQ) beschrieben, das für sich genommen bereits grundlegende Fragen aufwirft. Ein QALY ist nun das Produkt aus erwarteter Lebensqualitätssteigerung durch eine Therapie und den durch die Therapie hinzugewonnenen Lebensjahren. Damit aber werden nun noch weiterreichende Probleme aufgeworfen, die sich insbesondere im Blick auf die Frage der Lebensqualität im Alter zeigen. Denn der statistisch zu erwartende Gewinn an Lebenszeit durch eine Therapie ist bei älteren Menschen natürlicherweise begrenzt. Das hat zur Folge, dass Therapien bei alten Menschen in der Regel mit einem geringeren QALY-Wert abschneiden als bei jüngeren Menschen. Wenn ich also z.B. eine Krebstherapie bei einem 30jährigen und bei einem 70jährigen anwende und diese statistisch bei Erfolg für beide einen Lebensqualitätszuwachs von (hier rein fiktiven) 0,5 Punkten bedeutet, so ist die Anzahl der Lebensjahre, die der 30jährige Patient dadurch gewinnt, voraussichtlich höher als bei dem 70jährigen Patienten, der nach statistischer Erwartung sowieso nur noch ein paar Jahre zu leben hat. Sagen wir also (wiederum fiktiv) der 30jährige Patient gewinnt voraussichtlich 20 Lebensjahre (bei erfolgreicher Therapie), der 70jährige aber höchstens 9 Lebensjahre, so ergibt sich für die Anwendung der Therapie beim 30jährigen Patienten ein QALY von 10 ( $0,5 \times 20$ ) und für den 70jährigen ein QALY von 4,5 ( $0,5 \times 9$ ). Würde man also beide Therapien nun unmittelbar gegeneinander gewichten (auch das ist fiktiv), hätte die Behandlung des 30jährigen Vorrang vor der Behandlung des 70jährigen Patienten.

Hier wird also deutlich, dass QALY-Messungen grundsätzlich altersdiskriminierend sind – ein bereits mehrfach beschriebenes und diskutiertes Phänomen. Die Problematik, die hier deutlich wird, ist, dass bei einer unmittelbaren Verrechnung des Gewinns an Lebensjahren mit der Lebensqualitätsbewertung schlicht nicht klar ist, was das Ergebnis eigentlich bedeutet. Anders gesagt: Es ist nicht klar, ob man hier nicht vielleicht Äpfel mit Birnen multipliziert und was dann herauskommt. Zugleich steckt in der Multiplikation mit den Lebensjahren die implizite Behauptung, dass die Lebenslänge ein ethisch relevantes Bemessungskriterium ist, das in die Gewichtung des Nutzens einer Therapie mit einzufließen hat. Das macht aber darauf aufmerksam, dass hier bereits normative ethische Annahmen vorausgesetzt sind, die selber Gegenstand intensiver ethischer Diskussionen sind.

### 3. Lebensqualität und Selbstbestimmung

Schon die bei solchen Lebensqualitätsmessungen vorausgesetzte Behauptung, dass es einen gemeinsamen Bewertungsmaßstab für Lebensqualität gäbe, kollidiert mit einem der zentralen, weitgehend anerkannten, medizinethischen Prinzipien, nämlich dem Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung.<sup>19</sup> Selbstbestimmung lässt sich im ethischen Sinne explizieren als das Recht, die eigene Lebenssituation, z.B. die Situation der Pflegebedürftigkeit, nach den jeweils eigenen Wertmaßstäben, den eigenen Vorstellungen des guten Lebens, zu bewerten. Niemand soll den Wertmaßstäben eines anderen unterworfen werden, eben weil es für solche ethischen Bewertungen von Lebenssituationen keinen allgemein anerkannten einheitlichen Maßstab gibt – schon gar nicht in einer pluralistischen Gesellschaft, in der sehr unterschiedliche Vorstellungen und Konzeptionen des guten Lebens neben- und miteinander existieren.

Diese ethische Problematik des gesellschaftlichen Pluralismus wahrgenommen und systematisch expliziert zu haben ist das Verdienst der philosophischen Gesellschaftstheorien des Liberalismus. So formuliert John Rawls den Vorrang des Rechten vor dem Guten.<sup>20</sup> Die individuellen Vorstellungen des guten Lebens müssen sich den intersubjektiven Maßstäben des gerechten Zusammenlebens unterordnen. Ähnlich und in expliziter Diskussion mit Rawls argumentiert Jürgen Habermas in seiner diskurstheoretischen Gesellschaftstheorie:<sup>21</sup> In einer pluralistischen Gesellschaft mit unterschiedlichen evaluativen Vorstellungen des guten Lebens bleibt als ein für alle verbindliches normatives Kriterium des Umgangs miteinander nur, die Unterschiedlichkeit der Bewertungen des guten Lebens zu respektieren. Das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung erfüllt genau diese Funktion im Kontext von Medizin und Pflege. Es verweist diejenigen, die medizinische und pflegerische Entscheidungen zu treffen haben, bezüglich der evaluativen ethischen Bewertung zurück an den Patienten: Nur dieser kann entscheiden, welche Behandlungsoption im Horizont seiner Vorstellung des guten Lebens den Vorrang haben sollte.

Nun ist der Begriff der Lebensqualität recht offensichtlich ein evaluativer Begriff: Was Qualität im Leben ausmacht, das hängt von den unterschiedlichen individuellen Vorstellungen guten Lebens ab, die Menschen haben. Selbst wenn man den Begriff Lebensqualität noch mal vom Begriff des guten

---

<sup>19</sup> Grundlegend dafür nach wie vor T. L. Beauchamp/J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York/Oxford 2009, 99–148. Vgl. B. Schöne-Seifert, *Grundlagen der Medizinethik*, Stuttgart 2007, 39–50.

<sup>20</sup> Vgl. J. Rawls, *Political Liberalism. Extended edition*, New York 1995, 173f. Vgl. auch ders., *A Theory of Justice. Revised Edition*, Harvard/Cambridge 1999.

<sup>21</sup> Vgl. insb. J. Habermas, Vom praktischen, ethischen und moralischen Gebrauch der Vernunft, in: Ders., *Erläuterungen zur Diskursethik*, Frankfurt a.M. 1991, 100–118.

Lebens unterscheidet, wie es Brandenburg und Güther in ihrem Beitrag zu diesem Band vorschlagen, bleibt doch der subjektive Anteil der Lebensqualitätseinschätzung immer auch von Vorstellungen des Guten mit abhängig. Das heißt, die Annahme eines objektiven für alle gültigen Maßstabs anhand dessen man Lebensqualität messen könnte, ist nicht nur in methodischer Hinsicht problematisch, sondern auch aus ethisch-normativer Perspektive wäre die Annahme solch eines übergreifenden, vermeintlich objektiven Maßstabs für Lebensqualität zu kritisieren. Denn damit würde immer schon ein allgemeiner Maßstab des Guten unterstellt, während das liberale Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung gerade davon ausgeht, dass es diesen allgemeinen Maßstab des Guten nicht gibt.

Die hier nur angedeuteten Probleme der Lebensqualitätsmessung treffen nicht nur die QALY-Methode, die ihren Ort im Kontext der Fragen von Rationierung und Priorisierung medizinischer Leistungen hat, sondern sie betreffen jede Methode der Lebensqualitätsmessung, die auf Objektivierbarkeit und Messbarkeit abzielt. Dass solche Methoden in Geriatrie und Pflege vielfältig eingesetzt und erforscht werden und dass sie trotz der hier angezeigten Problematik einen wichtigen Beitrag zur Praxis von Geriatrie und Pflege leisten, wird in einigen Beiträgen des Bandes deutlich werden.

#### 4. Sozialethische Dimensionen

Wäre die liberale Option das letzte Wort in der Sache – würde also jeder nur für sich selbst festlegen können, was Lebensqualität im Alter ist – dann bräuchte weder ein Band zum Thema „Lebensqualität im Alter“ zu erscheinen, noch würde eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit ethischen Fragen der Lebensqualität im Alter überhaupt Sinn ergeben.

Daran, dass Sie dieses Buch in den Händen halten, wird also schon deutlich, dass es hier – zumindest nach der Auffassung der Herausgeber – noch mehr zu bedenken gibt. Es erscheint mir allerdings als ein Problem medizin-ethischer Diskussionen, gerade im klinischen oder pflegerischen Alltag, an dieser Stelle abzurechnen: Was dann bleibt, ist der Appell an die Selbstbestimmung des Patienten. Er hat seine Situation zu bewerten und soll seinen subjektiven Vorstellungen des Guten folgen dürfen. Wie der Einzelne aber zu einem ethischen Urteil darüber kommt, was er für gut hält und was nicht, darüber gibt es dann keinen Diskurs mehr, weil darüber eben kein allgemeines Einverständnis erzielt werden kann.<sup>22</sup> Die Diskussion konzentriert sich dann ganz auf die normativen Standards, die für alle Geltung beanspruchen,

---

<sup>22</sup> Auf diese Problematik verweist schon D. Callahan, *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, Washington 2007, 176.

und blendet unter Berufung auf das Prinzip Selbstbestimmung die evaluativen Fragestellungen nach dem guten Leben aus der Ethik aus.

Problematisch ist daran im Blick auf das Thema Altern und hohes Lebensalter, dass wesentliche ethische Fragen, die sich hier stellen, evaluative ethische Fragen nach Vorstellungen des guten Lebens im Alter in unserer Gesellschaft sind. Selbst Fragen der Verteilungsgerechtigkeit<sup>23</sup> kommen gerade im Blick auf das Verständnis von Krankheit und Gesundheit – und der Abgrenzung von Krankheit und Altern – nicht ohne evaluative Momente aus, auf die wir uns wohl in gesellschaftlichen Prozessen einigen müssen.<sup>24</sup> Das aber setzt eine ethische Diskussion darüber voraus, von welchen Vorstellungen des guten Lebens im Alter wir in unserer Gesellschaft ausgehen.

Gerne übergangen wird in den klassisch liberalistischen Positionen innerhalb der Medizinethik dabei, dass solche evaluativen Überzeugungen des guten Lebens nie rein individuelle Überzeugungen sind, sondern dass Vorstellungen des Guten und der Lebensqualität immer schon geteilte Vorstellungen sind: Sie entstehen in sozialen Kontexten, sie werden erlernt und sie werden individuell umgeprägt und weiterentwickelt, aber sie sind nie rein individuelle Vorstellungen.<sup>25</sup> So formuliert auch Jürgen Habermas: „Insofern berührt das Leben, das gut für mich ist, auch die Lebensformen, die uns gemeinsam sind.“<sup>26</sup>

Keiner denkt sich für sich alleine aus, was er gut findet, was Lebensqualität für ihn oder sie ist, sondern das geschieht in komplexen gesellschaftlichen und diskursiven Prozessen. Natürlich können und müssen wir auf der einen Seite diese evaluative Perspektive übersteigen hin zu der normativen Frage, was wir alle als Regeln des gemeinsamen Zusammenlebens in einer Gesellschaft mit unterschiedlichen Vorstellungen vom Guten akzeptieren können.<sup>27</sup> Aber es braucht auch die Frage danach, welche Konzepte und Vorstellungen guten Lebens es gibt, auf welche Weise sie entstehen und wie wir sie miteinander teilen. Für den einzelnen Menschen, der in Entscheidungs-

<sup>23</sup> Vgl. Callahan, *Setting Limits*; Müller, *Grenzen der Medizin im Alter*, insb. 153–342.

<sup>24</sup> Vgl. M. Schweda/B. Herrmann/G. Marckmann, *Anti-Aging-Medizin in der Gesetzlichen Krankenversicherung?*, in: Maio (Hrsg.), *Altwerden*, 172–193, 175; M. Zimmermann-Acklin, *Grenzen setzen? Altersrationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*, in: Schicktanz/Schweda (Hrsg.), *Pro-Age*, 215–230, 219f.

<sup>25</sup> Vgl. zur sozialen Dynamik ethischer Wertevorstellungen z. B. W. Härle, *Menschsein in Beziehungen*, Tübingen 2005, 232; Schweda/Schicktanz, *Das Unbehagen*, 25 und 35.

Pointiert nimmt Paul Ricœur's ethischer Ansatz immer schon die Anderen mit in den Blick, indem er nach der „*Ausrichtung auf das ‚gute Leben‘ mit Anderen*“ blickt (P. Ricœur, *Das Selbst als ein Anderer*, übers. v. J. Greisch, München 2005, 210).

<sup>26</sup> Habermas, *Vom praktischen, ethischen und moralischen Gebrauch der Vernunft*, 106.

<sup>27</sup> Das v.a. ist das Anliegen der Diskursethik. Vgl. dazu J. Habermas, *Diskursethik – Notizen zu einem Begründungsprogramm*, in: ders., *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, Frankfurt a. M. 1983, 53–125.

tuationen steht, sind das nach wie vor die drängenden moralischen und ethischen Fragen, auf die auch die allgemeinen normativen Regeln keine Antwort bieten. Denn das Recht selbst zu bestimmen, was gut für einen ist, beantwortet eben noch nicht, was in der konkreten Situation das Gute für mich ist und welche sozialen Dimensionen dieses Gute hat.

Die These dieses Bandes ist, dass dies gerade im Umgang mit dem Thema Alter in unserer Gesellschaft offensichtlich wird. Darum gehen die Beiträge dieses Bandes der Wechselwirkung von individueller Lebensbewertung des Lebens im Alter und den in gesellschaftlichen Prozessen konstruierten Bewertungen von Leben im Alter nach. Exemplarisch vertieft wird diese Verschränkung der Perspektiven am Beispiel der Bewertungen des Lebens mit Demenz. Daraus ergibt sich die doppelte Fragestellung, auf die die folgenden Beiträge in unterschiedlichen Perspektiven antworten:

1. Wie entstehen in gesellschaftlichen Prozessen Vorstellungen von Lebensqualität im Alter und insbesondere vom Leben mit Demenz?
2. Wie beeinflussen solche Vorstellungen von Lebensqualität im Alter und des Lebens mit Demenz medizinische und pflegerische Entscheidungen?

In der Verschränkung der gerontologischen Perspektive (Frage 1) und der medizin- und pflegeethischen Perspektive (Frage 2) liegt das Wesen einer *sozialethischen* Reflexion auf Fragen des Alters: Sie fragt nach dem Wechselverhältnis von individuellen und sozial geteilten ethischen Bewertungen. Deutlich wird an dieser sozialethischen Perspektive, dass solche ethischen Fragen immer auch in einem politischen Horizont zu verhandeln sind, weil es hier eben auch um Fragen des guten Zusammenlebens in unserer Gesellschaft geht. Damit gehen die ethischen Fragen in politische Fragen über: Ein Problem, das eigens zu thematisieren wäre, aber den Rahmen der Einleitung zu diesem Band sprengen würde.

## 5. Zu den Beiträgen dieses Bandes

Die Beiträge im *ersten Teil* des Bandes gehen auf grundsätzlicher Ebene und in unterschiedlichen Perspektiven der skizzierten doppelten Fragestellung nach: Wie werden Vorstellungen von Lebensqualität im Alter in gesellschaftlichen Prozessen konstruiert und wie kommen sie in Medizin und Pflege zur Anwendung?

Der Beitrag von *Thomas Rentsch*, der die Diskussionen dieses Bandes eröffnet, stellt die Frage nach den ethischen Bewertungen des Lebens im Alter in den Horizont einer anthropologischen Reflexion. Die Grundsituation des Menschen, von der aus sich das Leben im Alter als Radikalisierung die-