

Lebensqualität als Entscheidungskriterium

Darf Lebensqualität zu einem Schlüsselbegriff bei der Entscheidung über Lebensverlängerung oder -verkürzung werden?

Enrique H. Prat

ZUSAMMENFASSUNG

In der Medizin ist der Begriff „Lebensqualität“ seit den Siebzigerjahren in zunehmender Verwendung. Lebensqualität wird mittels der Eigenschaften definiert, die das Leben und die Person voraussetzen. Die Würde des Menschen gründet in der Würde der Person und nicht im Wert der Eigenschaften die die Lebensqualität dieses Menschen ausmachen. Deshalb ist zu folgern, daß nicht die Lebensqualität, sondern die Menschenwürde der Schlüsselbegriff bei der Entscheidung über Lebensverlängerung oder Behandlungsabbruch ist.

Schlüsselwörter: Lebensqualität, Behandlungsabbruch, Würde des Menschen, Verhältnismäßigkeitskriterien, Euthanasie

ABSTRACT

The term „Quality of Life“ has been used more and more in Medicine since the nineteenseventies. Quality of life is defined as the properties which Life and the Person presuppose. The dignity of the human being is based on the personal dignity or dignity of person and not in the value of any of the properties of which quality of life is composed. Therefore we conclude that not quality of life but Human Dignity must be the key-term when a decision on prolonging or shortening life has to be made.

keywords: quality of life, terms determination, human dignity, decision criterion, euthanasia

1. Zum Begriff Lebensqualität

Manche¹ behaupten, man könne den Begriff „Lebensqualität“ bis in die Antike zurückverfolgen, die meisten² kommen nur bis zum achtzehnten Jahrhundert. Es herrscht jedoch allgemeine Übereinstimmung darüber, daß erst der Entwurf einer neuen Wirtschaftspolitik in den USA in den Sechzigerjahren, die auf die Steigerung der Lebensqualität abzielte, den Start zu einer inflationären Verwendung dieses Begriffes signalisiert. Seitdem wird in der Ökonomie auf Lebensqualität gesetzt, um das stagnierende Wirtschaftswachstum einer Gesellschaft anzukurbeln, die an der Sättigungsgrenze angelangt ist.

Der Begriff ist nach und nach von vielen wissenschaftlichen Disziplinen – z.B. Philosophie, Theologie, Soziologie, Wirtschaftswissenschaften, Psychologie und Medizin übernommen worden. Diese haben in den letzten drei Jahrzehnten intensiv darüber geforscht. Die Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, die sich als erste mit „Lebensqualität“ beschäftigten, versuchten Lebensqualität zunächst so zu konzipieren, daß sie zumindest theoretisch, entsprechend dem Ideal eines naturwissenschaftlichen Kanons, objektiv meßbar wird. Damit aber werden „Lebensqualität“ und quantifizierbare Lebensbedingungen gleichgesetzt. Diese Auffassung von Lebensqualität erwies sich bald als unbefriedigend, weil die empirische Glücksforschung das, was jeder weiß, eindeutig bestätigte, nämlich, daß sich Menschen unter objektiv guten Bedingungen schlecht fühlen können („Unzufriedenheitsdilemma“) und Menschen in objektiv schlechter Lage glücklich und zufrieden sein können („Zufriedenheitsparadox“).³ Die subjektive Komponente darf also bei der Bestimmung der Lebensqualität nicht ausgeklammert werden.

So hat sich Lebensqualität zu einem zweidimensionalen Konstrukt entwickelt, das die objektive und subjektive Komponente in sich zu vereinigen versucht. Dies bedeutet allerdings eine beträchtliche Steigerung der Komplexität

des Begriffes und bringt zusätzlich beachtliche Meßprobleme mit sich. Dazu kommt noch die Ideologiefälligkeit des Terminus, die seine wissenschaftliche Verwendung erschwert. Die verwandten Begriffe Lebensqualität, Wohlbefinden und Glück werden von Studie zu Studie anders verwendet und immer wieder umdefiniert. Allen intensiven Bemühungen zum Trotz bleiben sie also in der sozialwissenschaftlichen und psychologischen Glücksforschung bis heute sehr unscharf.

2. Lebensqualität in der Medizin

In der Medizin ist der Begriff „Lebensqualität“ seit den Siebzigerjahren in Verwendung und er ist auch hier zum Schlagwort geworden. Die Medizin hat sich diesen Begriff zu eigen gemacht, als in manchen medizinischen Fächern, ganz besonders in der Onkologie, Behandlungsfortschritte im Sinne von Heilungs- bzw. Remissionsraten stagnierten und die Frage aufwarfen, ob der therapeutische Schaden zum potentiellen Nutzen im richtigen Verhältnis stehe.⁴ Die Verwendung des Begriffes Lebensqualität hat in der Medizin in den letzten zwanzig Jahren rasch zugenommen. Hier kann man etwa drei Etappen unterscheiden:

In der ersten Etappe bemühten sich einzelne Fächer „Lebensqualität“ bei der Therapie vorwiegend als Ziel zweiter Wahl zu verwenden. Die Ziele ihrer Forschung auf diesem Gebiet bestanden darin, die Fähigkeit zur optimalen Bedürfnisbefriedigung nicht durch Krankheit zu beeinträchtigen und den durch Krankheit bedingten Verlust zur optimalen Bedürfnisbefriedigung zu minimieren oder gar aufzuheben. So wird beispielsweise versucht, in der klinischen Pharmakologie Lebensqualität als Vergleichskriterium zwischen hinsichtlich ihres Heilwertes annähernd ähnlichen Präparaten zu verwenden. In der Onkologie und Geriatrie wird sie zur Bewertung der Nebenwirkungen von Therapiealternativen, um zwischen diesen

eine auszuwählen, herangezogen. In der Palliativmedizin wird Lebensqualität überhaupt zum Ziel jeder Maßnahme.

In einer zweiten Etappe wird „Lebensqualität“ zum neuen medizinischen Konzept, das die Gesundheitsdefinition um den Parameter „Lebensqualität“⁶ erweitert und bedeutende nicht-somatische Dimensionen des Menschlichen systematisch in die Heilkunst integrieren will. Die Medizin als Naturwissenschaft soll durch „eine Medizin als Kulturwissenschaft“ ergänzt werden und so wird sie „zur Kunst einer äußerst behutsamen Lebensführung“. Es ist kein neues Paradigma im wissenschaftstheoretischen Sinn, weil die herkömmliche Medizin durch das neue Konzept in keiner Weise in Frage gestellt wird, aber doch eine neue Strategie in der Forschung, Lehre und Praxis, die als Regulativ die Fehlentwicklungen der Übertechnisierung⁷, der Ökonomisierung⁸ und der Politisierung⁹ der Medizin, d.h. ihrer Entmenschlichung korrigieren¹⁰ soll: Die neuorientierte Medizin soll mehr auf Lebensqualität als auf Lebensstandard abzielen. Die Begrenzungen dieses Konzeptes sind unter anderem wegen der bereits erwähnten begrifflichen Unschärfen so groß, daß kaum praktische Anwendbarkeit besteht.¹¹

In der dritten Etappe, vor allem im Zuge der Euthanasiediskussion wird der Begriff Lebensqualität zunehmend mit dem Lebensrecht in Zusammenhang gebracht. Bekannte Fälle¹², die in den letzten Jahren für öffentliches Aufsehen gesorgt haben, dokumentieren, daß bei der Suche nach Legitimationskriterien für Behandlungsabbruch, bzw. -verzicht in der pränatalen und neonatalen Medizin sowie bei Terminalpatienten, nicht nur in der medizinischen Fachliteratur immer mehr auf den Begriff „Lebensqualität“ zurückgegriffen wird.

Die Fragestellung, der wir uns nun zuwenden, lautet: Kann Lebensqualität sinnvoll in Zusammenhang mit dem Lebensrecht gebracht werden, sodaß etwa die Pflicht des Staates zum Lebensschutz gegenüber einem Menschen mit der Abnahme seiner Lebensqualität auch klei-

ner wird, wie das Urteil des Gerichtes in New Jersey (1976) im Fall „Karen Ann Quinlan“ behauptete? Oder noch pointierter formuliert: Gibt der Begriff Lebensqualität so viel her, daß er die Bedingungen eines lebensunwerten Lebens zu bestimmen vermag? Diese Fragen weisen unmittelbar auf die Begriffe von Person und Menschenwürde hin.

3. Menschenwürde und Lebensqualität

Der Zusammenhang zwischen Würde und Lebensqualität kann vielleicht an Hand der Eigenschaft des Behindertseins verdeutlicht werden: Auch der Behinderte will nicht in seiner Eigenschaft als Behinderter anerkannt und respektiert werden, sondern als diese eine, unvergleichliche Person, deren Würde nicht auf eine oder mehrere Eigenschaften reduziert werden kann, auch nicht auf die des Behindertseins¹³.

Sozialhistorische Forschungen¹⁴ haben deutlich gezeigt, daß Glück und Lebensqualität bis vor gar nicht so langer Zeit noch Ziele waren, die für breite Schichten der Bevölkerung als unerreichbar und utopisch galten und außerhalb jeder Diskussion standen. Neu ist jetzt eine Mentalität, die das Glück als einen prinzipiell im Diesseits realisierbaren Wert ansieht, auf den es überdies geradezu ein Recht gibt. Diese Mentalität des zeitgenössischen Hedonismus und Materialismus schreibt nur demjenigen einen Wert zu, was sich auf der Ebene des *Habens*¹⁵ abspielt, d.h. Dingen, Ereignissen und Eigenschaften, die sich in Kategorien des Nutzens, der Qualität oder des Reichtums ausweisen lassen. Das Leben ist so viel wert, wie das wert ist, was ich damit erreichen kann, d.h. es wird von außen und nicht von innen her bewertet. Wertlos hingegen erscheint das, was auf der Ebene des Seins liegt, d.h. was der Mensch an sich ist; seine innere Dimension, wird ausgeblendet.¹⁶

In dieser Mentalität wird die anthropologische Tatsache verdeckt, daß es, wenn man vom

Leben und von Lebensqualität spricht, eigentlich um die Person und um personales Leben geht. Der Begriff Lebensqualität suggeriert, daß das Leben eines Menschen verschiedene Qualitäten aufweisen kann, je nach Quantität und Prägungsstärke der Eigenschaften, die die Lebensqualität ausmachen. Damit wird das Mißverständnis nahegelegt, daß man rein funktional den Wert des Lebens ermitteln könne. Mit anderen Worten, das Leben wird auf die Eigenschaften reduziert, die zum Vollzug gewisser Funktionen notwendig sind, und infolgedessen wird dem Leben gerade so viel Wert zugeschrieben (Lebensqualität), wie seine Eigenschaften ausmachen. Auf dieser Argumentationslinie kann das Leben lebensunwert werden, weil infolge des Verlustes von Eigenschaften die Lebensqualität unter unzumutbare Grenzen sinkt.

Es ist jedoch nicht das Leben, sondern die Person das Subjekt (der Träger) der Eigenschaften, die die Lebensqualität ausmachen, und es wäre absolut falsch, die Person auf diese Eigenschaften zu reduzieren bzw. zu unterstellen, daß Personsein selbst eine Eigenschaft sei.¹⁷ Ein allgemeines Gedankengut der abendländischen Kultur, an der seit der Antike, über die christliche philosophische Tradition¹⁸ bis hin zur Charta der Menschenrechte festgehalten wird, schreibt der Person eine Würde zu, die sie vor allen anderen Lebewesen und Dingen unvergleichbar hinaushebt. Und es ist die Würde des Menschen und nicht die Lebensqualität, die das Lebensrecht begründet.

Wenn man vom Leben im Sinne von Person spricht, d.h. als Subjekt verschiedener personaler Eigenschaften, wie es bei der Rede von Lebensqualität der Fall ist, dann müßte man eigentlich vom Leben das gleiche wie von der Person aussagen, nämlich, daß es eine dem menschlichen Leben selbst inhärente, inkommensurable (d.h. unvergleichbar, unmeßbar, unabwägbar) Qualität hat, die nicht als Ergebnis einer Bewertung feststellbar ist, sondern selbst die Voraussetzung jeder Wertzuschreibung ist. Das Leben ist nicht der höchste Wert, aber dem Menschen

muß sein Leben als solches immer kostbar und wertvoll sein, damit einzelne Eigenschaften, Ereignisse oder Erfahrungen überhaupt für ihn Bedeutung bekommen können.¹⁹

Die Menschenwürde ist inkommensurabel²⁰, d.h. sie kann weder mit quantifizierbaren noch mit anderen Größen verglichen bzw. gegen sie abgewogen werden.²¹ Sie ist daher etwas ganz anderes als die Lebensqualität und ihre Eigenschaften, sie läßt sich nicht auf sie reduzieren und wird mit den Veränderungen der letzteren weder größer noch kleiner. Sie bleibt inkommensurabel, solange der Mensch lebt. Dies ist an Hand der Dimensionen²² der Menschenwürde leicht zu sehen: der personalen Einzigartigkeit des Menschen, der personalen Selbstbestimmung, der personalen Dimension des menschlichen Herzens, der Dimension der personalen Tat, der Dimension der menschlichen Geschöpflichkeit, der transzendenten Dimension. Keine dieser Dimensionen wird durch Einschränkungen der Lebensqualität prinzipiell verändert, solange der Mensch lebt.

4. Behandlungsverzicht, Behandlungsabbruch und Lebensqualität

Nach diesen Vorüberlegungen kann man die gestellte Frage (s.o.), mit „nein“ beantworten: Nicht die Lebensqualität, sondern die Menschenwürde wird der Schlüsselbegriff bei der Entscheidung über Lebensverkürzung bzw. über Lebensverlängerung sein. Oder anders gesagt, ein Eingriff, der auf Lebensverkürzung abzielt,²³ sowie ein Verzicht auf eine wirksame lebenserhaltende bzw. -verlängernde und verhältnismäßige Maßnahme wären Verstöße gegen die Würde des Menschen, wenn sie wegen des Mangels an Lebensqualität erfolgten. Das Konzept der Lebensqualität führt im Zusammenhang mit dem Lebensrecht geradewegs zum Gedanken des Wegwerflebens, weil es – konsequent gedacht – danach verlangt, Standards für lebenswertes Leben festzulegen und dement-

sprechend die Menschen in zwei Gruppen einzuteilen, nämlich in jene, deren Lebensrecht anerkannt wird, und in jene, für die es nicht gilt.²⁴

Wenn ein positiver Lösungsansatz bezüglich der gestellten Frage angedeutet werden soll, dann auf die Art, daß das auf der Würde des Menschen begründete Recht auf Leben in sich auch ein Recht auf ein menschenwürdiges Sterben²⁵ einschließen muß, und daß ein Sterben mit Würde das Akzeptieren des eigenen Todes, oder mehr noch, des eigenen Sterbens voraussetzt. Mit anderen Worten, die Suche nach Kriterien für die Entscheidung über Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch muß von der Menschenwürde ausgehen und danach die Frage stellen: Unter welchen Umständen sind sie – Behandlungsverzicht und -abbruch – indiziert, um ein menschenwürdiges Sterben²⁶ zu gewährleisten?

Bei der Prüfung dieser letzten Frage spielt Lebensqualität eine Rolle. Allerdings eine akzidentelle, keine wesentliche. Man muß den ethisch legitimierenden Grund der Handlung klar von den Zeichen und Umständen, durch welche er sich manifestiert, unterscheiden. Zeichen und Umstände wie medizinische Gegebenheiten, Lebenserwartung, Lebensqualität, soziale Umstände, Wunsch des Patienten und der Verwandten können bei der Prüfung der Frage, ob in einem konkreten Fall Behandlungsverzicht bzw. -abbruch gegen die Achtung der Würde des Menschen verstößt, eine gewisse Bedeutung haben. Die wichtigsten Zeichen bzw. Umstände werden allerdings immer die rein medizinischen – das Krankheitsbild – sein, die so präzise wie möglich erfaßt werden sollen, weil nur sie erkennen lassen, ob das Leben den absoluten „point of no return“²⁷ überschritten hat. Und auf diesen Punkt kommt es an! Er muß nicht unbedingt ein paar Tage vor dem Tod liegen, sondern dort, wo es keine heilende bzw. lebenserhaltende Behandlung mehr gibt, was durchaus auch Monate vor einem nach menschlichem Ermessen sicheren Tod sein kann. Mit anderen Worten, es geht eigentlich um die Feststellung, ob eine heilende und le-

benserhaltende Behandlung sinnlos geworden ist und daher palliativ vorgegangen werden soll. Das Problem ist oft, daß diese Feststellung faktisch oder prinzipiell nicht möglich ist. Gerade in diesem grauen Bereich zwischen Leben und Tod ist das Wissen durch den rasanten medizinisch-technischen Fortschritt ständig im Umbruch, paradoxerweise also ungesichert, und die diesbezüglichen, angeblich „statistisch gesicherten“²⁸ Aussagen in der Fachliteratur sind oft so widersprüchlich, daß sie für die Praxis eher ein Nichtwissen darstellen. In der Zeit eines in alle Richtungen eskalierenden Forschungswahns trägt die Publikationsinkontinenz vieler Forscher zur Überinformation bzw. Desinformation und zur Desorientierung und Verunsicherung, d.h. de facto zum Nichtwissen des in der Praxis tätigen Arztes bei. Objektiv gesehen kann der Arzt in der Praxis heute dem Prinzip „Primum utilis esse“ nur bei Normaltherapien, d.h. bei bewährten und fest etablierten Therapien sicher folgen, er tut sich aber bei neuen Entwicklungen²⁹ sehr schwer.

Aber in der Ethik legitimiert das Nichtwissen die Unterlassung und nicht die aktive Handlung, die immer einer Rechtfertigung bedarf. Dies bedeutet, daß bei den Alternativen Sterbenlassen oder Behandlung ein Nichtwissen das erstere³⁰ legitimiert. Meistens werden bei Nichtwissen beide Alternativen ethisch gleichwertig oder neutral³¹ sein. Dann, und nur dann kann Lebensqualität doch eine Rolle spielen. Sie kann ebenso wie z.B. Lebenserwartung, soziale und ökonomische Umstände etc., im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung berücksichtigen.

Die Rolle der Lebensqualität kann auch anhand eines Diagramms gezeigt werden, das den formalen Entscheidungsablauf bei Behandlungsabbruch oder -verzicht als ein zweistufiges Verfahren darstellt. In der ersten Stufe lautet die Frage zunächst: Gibt es eine kurative Therapie? Darauf kann der Mediziner drei Antworten geben: ja, nein, ich weiß es nicht.

1) Bei einem „Ja“ wird das Verhältnismäßigkeitskriterium (V1)³² angewandt, das hier

auf folgende Frage eine Antwort geben soll: Ist diese Therapie eine außerordentliche (sozioökonomische und kulturelle Faktoren spielen eine Rolle) Maßnahme im ökonomischen (Ö) Sinn? Ist dies nicht der Fall, dann wird die kurative Therapie angewendet. Handelt es sich dagegen um eine unverhältnismäßige Maßnahme, die nicht oder nur mit einem gewaltigen für den Betroffenen und die Allgemeinheit unzumutbaren Aufwand verbunden ist, so kann darauf verzichtet werden.

- 2) Bei einem „Nein“ wird man auch auf eine lebenserhaltende Therapie übergehen.
- 3) Bei einem „Nichtwissen“ ist sowohl ein Therapieversuch als auch ein -verzicht möglich. Die Entscheidung wird vor allem vom Verhältnismäßigkeitskriterium (V2) abhängen. Es stellt sich hier die Frage: steht der Einsatz im Verhältnis zu den erwarteten, aber ziemlich unsicheren Ergebnissen? Sozioökonomische (Ö) und andere Faktoren, z.B. die Lebenserwartung (LE) und auch die Lebensqualität (LQ), können berücksichtigt werden.

In der zweiten Stufe wird die Frage geprüft: Gibt es eine lebenserhaltende oder lebensverlängernde, nicht kurative Therapie? Auch hier gibt es drei mögliche Antworten:

- 1) Bei einem „Ja“ kommt wieder das Verhältnismäßigkeitskriterium (V1) zum Tragen. Es stellt sich auch hier die Frage: Steht die Therapie zur Verfügung und ist sie keine außerordentliche Maßnahme? Ist dies der Fall, dann wird sie angewandt. Handelt es sich um eine unverhältnismäßige Maßnahme, so darf darauf verzichtet werden.
- 2) Bei einem „Nein“ kann nur mehr palliativ weiter behandelt werden.
- 3) Bei einem „Nichtwissen“ ist prinzipiell ein Versuch und auch ein Verzicht möglich. Die Entscheidung wird von verschiedenen Faktoren abhängen, an erster Stelle vom Verhältnismäßigkeitskriterium (V3), das hier die Frage stellt: Steht der Einsatz im Verhältnis zu den erwarteten, aber ziemlich unsicheren

Ergebnissen? Auch hier können Lebensqualität, Lebenserwartung, Alter, und sozioökonomische Faktoren eine Rolle spielen.

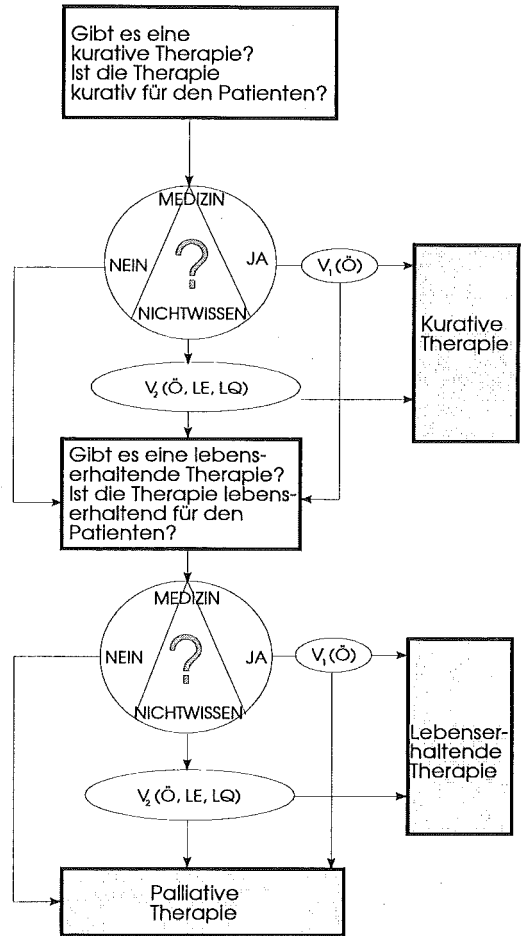


Diagramm 1: **Der Therapieentscheidungsablauf**
 V...Kriterium der Verhältnismäßigkeit

5. Zwei Einwände

Ein theoretischer Einwand, der oft vorgebracht wird, besagt, daß die Lebensqualität doch ein Kriterium zu sein scheint, weil Sterbende unter Umständen auf Lebensverlängerung verzichten dürfen, die einen bedeutenden und unzumutbaren Verlust der Lebensqualität mit sich

bringt. Dies kann die Haltung eines bei Bewußtsein Sterbenden sein, der das objektiv bald eintretende Lebensende akzeptiert hat und nicht mehr bereit ist, seine Agonie, die mit einem allmählichen Verlust an Lebensqualität einhergeht, aktiv zu verlängern. Kein lebensverkürzendes Zurückschrecken vor einem Verlust an Lebensqualität, sondern nur die freiwillige Annahme eines nicht mehr abzuwendenden Todes führt hier zur Behandlungsverzichtsentscheidung. Der Verlust an Lebensqualität ist in dem Fall nur ein Zeichen der Agonie, und es besteht gar keine Pflicht, die Agonie, vor einem nach menschlichem Ermessen sicheren unmittelbaren Tod aktiv zu verlängern.

Ein zweiter Einwand kommt vielfach aus der Praxis, die mit vielen tragischen Fällen zu tun hat: Wo bleibt die Würde eines Menschen, dessen Lebensqualität so weit gesunken ist, daß er halbwegs bei Bewußtsein das demütigende Dasein eines leidenden, völlig auf Maschinen angewiesenen Krüppels führen muß? Wird das Leben ab einer bestimmten Lebensqualität (z.B. irreversible Bewußtlosigkeit) nicht sinnlos und so schwer erträglich, daß es eine Zumutung für den Patienten und für sein Umfeld wird? Ein solches Leben wird vielfach sogar als menschenunwürdig bezeichnet. Darauf muß man erstens antworten, daß es überhaupt zu prüfen ist, ob viele solche Fälle nicht doch eine ethisch vertretbare Lösung haben, d.h. eine Lösung, die mit der Achtung der Menschenwürde zu vereinbaren ist. Zweitens ist aber festzuhalten, daß menschenunwürdig nie der Mangel an Lebensqualität des Patienten- oder des Sterbenden ist, sondern das Verhalten der Umgebung, d.h. Familie, Verwandte, Freunde, Nachbarn, Ärzte usw., die dem Menschen in seiner Not die Geborgenheit, Verbundenheit, Zuneigung und Liebe versagen, die jeder Mensch braucht. Diese Isolation ist eine tragische Wirklichkeit in unserer Gesellschaft. Aber Euthanasie bringt hier keine wahre Lösung, sondern nur Symptombehandlung. Der Arzt im Krankenhaus kann im konkreten Fall solche Fälle auch nicht

lösen. Er wird trotzdem oft, meistens aber, wenn es zu spät ist, mit solchen Problemen konfrontiert, die mit der Gesundheit eigentlich nur indirekt zu tun haben. Jahre vorher hätte man sie vielleicht noch lösen können. Man verlangt natürlich nicht vom Mediziner, daß er sie löst, sondern appelliert an seine humanitären Gefühle und seine Barmherzigkeit, damit er sie „aus der Welt schafft“. Was hat dies noch mit seinem Heilauftrag zu tun?

6. Schlußbemerkung: Euthanasie nicht zur Alternative werden lassen!

Der technische Fortschritt der Medizin in den letzten Jahren hat die Möglichkeiten, das Leben zu verlängern, beträchtlich erweitert, allerdings oft auf Kosten einer ebenso beträchtlichen Minderung der Lebensqualität. Dies hat dazu geführt, daß die Frage nach der Zumutbarkeitsgrenze der Lebensqualität immer wieder gestellt wird. Wie im vorigen Abschnitt erwähnt wurde, werden diese Fragen vornehmlich bei Fällen aufgeworfen, die bereits dramatische Formen angenommen haben. Zweifelsohne ist für den Entscheidungsträger, sei es der Arzt oder der Patient, wichtig, in jeder Situation zu wissen, welche ethischen Prinzipien zur Anwendung kommen sollten. In den meisten Fällen eines Behandlungsabbruches wird weder der Arzt noch der Patient große Probleme haben, diese Prinzipien anzuwenden und damit das ethisch Richtige zu entscheiden. Demnach bleiben vor allem in den besonders komplizierten und dramatischen Extremsituationen menschliche Probleme ungelöst. Man darf von der Ethik nicht falsche Erwartungen ableiten. Ihre Aufgabe ist es nicht, für jede Situation ethische Konzepte parat zu haben, deren Anwendung und Befolgung das vorangegangene eigene wie fremde, individuelle wie kollektive und sogar vielleicht akkumulierte Fehlverhalten samt allen Folgen ungeschehen macht. Wie in der Politik und Wirtschaft kommen auch in

der Medizin Situationen vor, die eine Aporie darstellen, die gar keine wirkliche Lösung mehr haben: Die ethisch richtige Lösung ist praktisch undurchführbar geworden, bzw. löst das menschliche Problem nicht und jede Alternative ist unsittlich.

Man kann aber den Sinn dieser Ausweglosigkeiten auch darin sehen, daß sie ein Signal eines sozialen Distreß sind, der zum Vorschein kommt. Sie zeigen an, daß etwas falsch läuft und dringend einer Korrektur bedarf. Und gerade durch das Hervortreten dieser Aporien werden manche Überlebensfragen immer lauter, deutlicher und dringender. Insofern sind solche Situationen auch eine Herausforderung für die Ärzteschaft, die statt sich dem Gesellschaftsdruck zu beugen und an Scheinlösungen mitzuwirken, ihrem Ethos folgend, nachdrücklich in der Öffentlichkeit auf die Notwendigkeit hinweist, die richtigen und menschenwürdigen Korrekturen anzubringen und damit die Gesellschaft von solchen furchtbaren, unmenschlichen Problemen wirklich befreit.

Referenzen

1. SPAEMANN Ch., „Lebensqualität und Schicksal“, *WMW*, (1992), S. 533-536.
2. HONECKER M. „Qualität des Lebens“, in *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*, (Hrsg. A. Esser und andere), Herder, (1990), S. 874-880 und HOLZHEY H. „Lebensqualität“ in *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. 5, Schwabe & Co, Basel, (1980), 142 - 143.
3. ZAPF W., „Individuelle Wohlfahrt, Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität“. In *GLATZER W. und ZAPF W. (Hrsg.) „Lebensqualität in der Bundesrepublik“*, Campus, Frankfurt, (1984) S. 13-26.
4. SCHWARZ R. „Lebensqualität und Krebs: Onkologische Therapiestudien im Dienste der Überlebensqualität“ in *Bellebaum A. und Barheier K. (Hrsg.) „Lebensqualität: Ein Konzept für Praxis und Forschung“*, Westdeutscher Verlag, Opladen, (1994), S. 124.
5. VIEHPUES H. „Zur Mentalitätsgeschichte der Lebensqualität“, in *SCHÖLMERICH P., und THEWS G. (Hrsg.) „Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin“*, Fischer, Stuttgart, (1990), S. 21
6. SCHIPPERGES H. „Lebensqualität als Kriterium der modernen Medizin“ in *IMABE-Quartalsblätter*, 3/93, 4 und 6.
7. SCHIPPERGES H. „Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes“, Verlag Josef Knecht, Frankfurt a.M. (1988).
8. Vgl. KOSLOWSKI P. „Die Ordnung der Wirtschaft“, Mohr, Tübingen, 1994, 370ff. und GRAF-BAUMANN T. „Lebensqualität: Gesundheitsökonomische Folgerungen“ in *Schölmerich P., und Thews G. (Hrsg.) „Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin“*, Fischer, Stuttgart, (1990), S. 271-279
9. Vgl. SCHAEFFER H., „Lebensqualität als Leitmaß der Gesundheitspolitik“ in *Schölmerich P., und Thews G. (Hrsg.) „Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin“*, Fischer, Stuttgart, 1990, S. 284-292
10. Vgl. SCHIPPERGES H. „Lebensqualität als Kriterium der modernen Medizin“ in *IMABE-Quartalsblätter*, 3/93, 4
11. „Der Begriff kann nur mit solchen Einschränkungen verwendet werden: Er ist nur aus der Sicht des Patienten zu verstehen, bleibt im Sinne einer negativen Anthropologie undefinierbar und verlangt Rekonstruktion der Weggeschichte des Patienten“ (ILLHARDT, F.J. „Hermeneutik des Begriffes Lebensqualität“ *WMW*, (1992), S. 523-526). Mit solchen Einschränkungen wird allerdings die Tauglichkeit des Konzeptes und des Begriffes für Wissenschaft und Praxis mehr als in Frage gestellt. Viele, die sich mit diesem Konzept beschäftigt haben, kommen zu dieser Schlussfolgerung. Das drückt Raspe besonders drastisch und klar aus: „Es ist das historische Verdienst der Lebensqualitätsforschung in der Medizin, den Klinikern und Pflegepersonen, den Gesundheitsökonomien und der Gesundheitsadministration vernachlässigte patientennahe Determinanten und Effekte ihrer Entscheidungen ins Bewußtsein gezogen zu haben. Dennoch ergeben sich in theoretischer, sprachlicher, konzeptioneller und methodischer Hinsicht so zahlreiche Probleme, daß die wissenschaftliche Diskussion auf den Begriff Lebensqualität verzichten sollte“ (RASPE H.H. „Zur Theorie und Messung der „Lebensqualität in der Medizin“ in *SCHÖLMERICH P., und THEWS G. (Hrsg.) „Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin“*, Fischer, Stuttgart, (1990), S. 38).
12. u.a. Karen Quinlan (New Jersey, 1971); Nancy Cruzan (Missouri, 1988). Zu den methodischen Problemen vgl. KREMLER G. „Lebensqualität als Beurteilungskriterium in Therapiestudien: einige kritische Anfragen“ in *Ethik Med.*, (1991), 3:190-198. Vgl. auch MIERAN J.G. „Lebensqualität – Anspruch und Wirklichkeit als medizinischer Parameter versus Lebensqualität als subjektbezogene Wirklichkeit“ in *WMW*, (1992), S. 539 -543.
13. SCHWEIDLER W. „Lebensrechtsdebatte und Menschenrechte“, in *Imago Hominis*, III/2, (1996) S120

14. Vgl. ARIES Ph. und DUBY G. (Hrsg.), *Geschichte des privaten Lebens*, Bd. 1-5, (1991-1993), Frankfurt.
15. Vgl. JOHANNES PAUL II., *Enz. „Sollicitudo rei socialis“*, (1987), Nr. 28 und II. Vat. „*Gaudium et Spes*“ 35.
16. Vgl. JOHANNES PAUL II., *Enz. „Evangelium vitae“*, (1995), Nr. 89
17. Wenn man nur dem, was auf der Ebene des Habens liegt, d.h. also z.B. nur den Eigenschaften, einen Wert zuschreibt, wird eine Reduktion des Menschenbildes vollzogen, die darin besteht, die metaphysische Grundlage des Menschen, das Sein, so weit des ontologischen Inhalts zu entleeren, daß es auf einen bloßen Eigenschaftsträger reduziert wird. Dies ist bei der konsequentialistischen Begründung des Lebensschutzes der Fall, die die Vulgärvorstellung des Substanz-Akzidenz-Unterschiedes voraussetzt, sich in einem instrumentalistischen Leibverständnis bewegt und unterstellt, Mensch bzw. Person zu sein, sei eine Eigenschaft (Vgl. dazu PÖLTNER G., „Achtung der Würde und Schutz von Interessen“ in J. BONELLI (Hrsg.), „Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin“, Springer, Wien, (1992), 16 ff. und PÖLTNER G., „Die konsequentialistische Begründung des Lebensschutzes“ in Zeitschrift für philosophische Forschung, (1993), Heft 2). Der Begriff Lebensqualität befindet sich auch ganz eindeutig in der Argumentationslinie des Konsequentialismus (Vgl. ZWIERLEIN E., „Die Lehre von der Lebensqualität und die Heiligkeit des Lebens“, WMW, (1992), 527 - 532).
18. Obwohl die Idee der Menschenwürde noch Allgemeingut ist, scheint sie mehr und mehr in Gefahr zu geraten. Die Abtreibungsdiskussion hat weltweit gezeigt, daß diese Überzeugung fast nur mehr aus religiösen Gründen zu halten ist, weil das von der modernen Wissenschaft vermittelte Menschenbild sie nicht unterstützt, sondern eher in Frage stellt. Man denke an die Evolutionslehre und ihre Satelliten-theorien, die nicht nur eine zielgerichtete Natur leugnen, sondern – konsequent gedacht – auch Gott und die Schöpfung überflüssig machen und die geistige Natur auf Chemie reduzieren. Bei diesem Menschenbild bleibt von der Würde des Menschen nichts mehr übrig.
19. In der Diskussion dieses Themas in den USA wurde ein Gegenbegriff zu dem der Lebensqualität entworfen, der auf die Würde der Person hinweist und in der bioethischen Literatur wegen Ideologieverdacht abgelehnt wird. Damit ist eine bis heute noch andauernde Polarisierung zwischen der Sanctity-of-Life-Position, die die Unantastbarkeit des Lebens und der Quality-of-Life-Position einer bedingten Antastbarkeit des Lebens postuliert. Man muß überlegen, ob es zielführend ist, bei der Pattsituation der Prinzipien zu verbleiben, oder ob Lösungen gefunden werden können. Vgl. ILLHARDT, F.J., „Sanctity of Life – Quality of Life“ *Arzt und Christ*, (1980), JG 26; 201-214.
20. Vgl. Aufsätze von BONELLI J. und PÖLTNER G. in Bonelli J. (Hrsg.) „Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin“, Springer, Wien, (1992); *Konzilskonstitution Gaudium et Spes* Nr. 12 u. ff.
21. Obwohl man oft auch vom Wert der Person spricht, ist der Ausdruck Würde viel besser, weil ein Wert Vergleichbarkeit voraussetzt.
22. BONELLI J., „Der Patient als Person“ in Bonelli J. (Hrsg.) „Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin“, Springer, Wien, (1992), S 121ff.
23. Es ist auch ethisch legitim, dem von einem unzumutbaren Schmerz geplagten Schwerkranken eine starke Dosis Morphium zu verabreichen, obwohl dadurch indirekt das Leben wahrscheinlich verkürzt wird. Diese palliative Handlung zielt aber nicht auf Lebensverkürzung ab. Für solche Handlungen, die in der Ethik mit dem Namen Handlungen mit Doppelfekt bekannt sind, gelten folgende Regeln:
 1. Auf die negative Folge der Handlung darf nicht abgezielt werden. Sie muß, soweit es geht, sogar vermieden werden.
 2. Die negative Folge muß objektiv den Charakter einer Nebenwirkung haben und darf nicht die Hauptwirkung solcher Handlungen sein.
 3. Die negative Folge muß in einer angemessenen Proportion (Verhältnismäßigkeit) zum Zweck der Handlung stehen.
24. „Niemand von uns sollte sich täuschen: Wer die Menschheit spaltet, kann nicht sicher sein, in welchem Lager er selbst schließlich landen wird“, Vgl. SCHWEIDLER W., „Lebensrechtsdebatte und Menschenrechte“, *Imago Hominis*, III/2, (1996) S 121
25. Dies bedeutet aber nicht – wie manche meinen – ein Recht auf einen natürlichen Tod (Vgl. AUER A., „Behandlungsabbruch/Behandlungsverzicht“ in *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*, Herder, Freiburg, (1989), S 175f).
26. Die Menschenwürde ist jedoch ein Schlagwort in fast allen Positionen zum Lebensrecht, einschließlich jener, welche die Euthanasie vertritt. In dieser letzten Position setzt menschenwürdiges Sterben die prinzipielle Unterscheidbarkeit des Lebens in lebenswert und lebensunwert voraus, d.h. die Menschenwürde wird der Lebensqualität gleichgesetzt.
27. Dies wäre beispielsweise bei Krebspatienten mit multiplen Metastasen der Fall, bei denen sich die Frage stellt, ob die Chemotherapie noch etwas bringt.
28. Hier ist auch auf den Unfug mit der Statistik und der Interpretation der statistischen Daten hinzuweisen. Überdies ist es nicht so leicht zu sagen, ab welchem Sicherheitsgrad (gemessen in statistischen Prozentsen) eine auf statistischem Material begründete Aussage ethisch bindend ist.

29. „Erst wenn klare Kriterien für pflichtgemäßes Handeln unter Unsicherheit geschaffen sind und von den Ärzten beachtet werden, ist mit einem Ende der unvernünftigen „Pflicht zur Maximaltherapie“ zu rechnen. Erst dann wird die Erkenntnis durchsetzbar sein, daß Zuviel-Tun ebenso unmoralisch sein kann wie Unterlassen und Sein-Lassen“, Vgl. KOSLOWSKI P. „Die Ordnung der Wirtschaft“, Mohr, Tübingen, (1994), S 388.
30. Vgl. THOMAS H. „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“ *Ethik Med.*, (1993), 5:70-80
31. Moralisch liegt dort keine Verfehlung vor, wo ein Handeln, das nicht sittliche Pflicht war, unterlassen wurde. Die Behandlungsalternative ist auch legitimiert, wenn es nur eine geringe Wahrscheinlichkeit gibt, daß sie therapeutische Wirkung haben könnte. Auf Grund des eigentlichen Nichtwissens ist man nicht zum Handeln verpflichtet. Wenn man aber eine unsichere Behandlung will und die Mittel dazu zur Verfügung stehen, ist es durchaus legitim, sie zu verlangen.
32. Verhältnismäßigkeit ist jenes Beurteilungsmaß, das den Aufwand einer Maßnahme mit der Gesamtheit der Vorteile, die die Wirkung der Maßnahme bringt, in Beziehung setzt. Verhältnismäßig ist demnach jene Maßnahme, die mit einem Aufwand verbunden ist, der kleiner ist als die Vorteile, die die Wirkungen der Maßnahme erbringen. Unverhältnismäßig ist jene Maßnahme, die einen Aufwand erfordert, der größer bewertet wird als die Wirkung. Das Problem dieses Maßstabs liegt im Mangel an Homogenität der zu bewertenden Dimensionen. Deshalb besteht die Verhältnismäßigkeitabwägung meistens in einer nicht quantifizierbaren Klugheitsentscheidung nach eingehendem, sachlichen Studium.