

## FOCUS

---

# Autonomie in der Arzt-Patient-Beziehung

Enrique H. PRAT

### ZUSAMMENFASSUNG

*Eine richtige Auffassung von Autonomie zielt auf Sittlichkeit ab und muß auf die Person bezogen werden. Die soziale Dimension der Personalität bringt auch die sittliche Verpflichtung mit sich, in den autonomen Entscheidungen das Umfeld einzubeziehen. Der Respekt zum Patienten besteht in der Beachtung seiner real-faktischen Autonomie, d.h. oft auch seiner Entscheidungsfähigkeit. Der Patient übt seine Autonomie aus, indem er Entscheidungen erster Ordnung (d.h. über konkrete Eingriffe) und/oder zweiter Ordnung (wenn er die Kriterien für die Entscheidungen erster Ordnung festlegt) trifft. In jeder von Vertrauen getragenen sinnvollen Arzt-Patient-Beziehung wird die richtige Balance zwischen beiden Entscheidungsarten von den singulären faktischen Umständen der konkreten Beziehung abhängen. Eine Autonomievorstellung, die sich über die Singularität der Beziehung hinwegsetzt, würde die Würde des Patienten mißachten und den Arzt überfordern bzw. mißbrauchen.*

**Schlüsselwörter:** Autonomie, Arzt-Patient-Beziehung, „Einwilligung nach Aufklärung“, Vertrauen

### ABSTRACT

*A correct understanding of autonomy has morality as a goal and must always apply to the person. The social dimension of a person imposes the moral obligation to also take the environment into account when making an autonomous decision. The respect for the patient consists in paying attention to his real factual autonomy, i.e. often his inability, to make a decision. The patient exercises his autonomy when he makes decisions of the first order (that is about concrete surgical operations) and/or of the second order (i.e. setting up criteria for making first order decisions). In every significant patient-doctor relationship, based on trust, a proper balance between the two types of decisions depends on the singular factual conditions of the particular relationships. An autonomy conception which overrides the singularity of the relationship, would disregard the dignity of the patient and be asking too much of the medical doctor or even misusing him.*

**Keywords:** Autonomy, patient-doctor relationship, „informed consent“, confidence

*Anschrift des Autors:* Prof.Dr. Enrique H. PRAT  
IMABE-Institut, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

## I. Autonomie in der bioethischen Diskussion der letzten 30 Jahre

Die biomedizinische Ethik hat in den 70er Jahren vor allem in Amerika die Autonomie zum prioritären Prinzip erhoben. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß dahinter ein weiterer strategischer Schachzug des modernen emanzipatorischen Geistes gegen die damals bereits sich auf dem Rückzug befindliche traditionelle, paternalistische, hippokratische Medizin lag<sup>1</sup>. Spätestens bei der Diskussion um die Euthanasie, deren Rechtfertigung die Anerkennung eines so radikalen Selbstbestimmungsrechtes voraussetzt, das die Tötungshandlung durch fremde Hand legitimieren soll, sind die Grenzen der Autonomie<sup>2</sup> ins Bewußtsein gerückt. Heute, zwanzig Jahre später, werden in der amerikanischen bioethischen Diskussion immer mehr gewichtige Stimmen laut, die meinen, daß man mit der Autonomie zu weit gegangen sei<sup>3</sup>. In Europa hat das Autonomieprinzip im bioethischen Diskurs keine so große Rolle gespielt wie in den USA, aber auch hier hat es in der Praxis einen vielleicht zu hohen Stellenwert erreicht. Immerhin schrieb 1992 einer der führenden Bioethiker des deutschsprachigen Raums, Hans Martin SASS, mit Genugtuung, daß die hippokratische Maxime „aegroti salus suprema lex“ von „aegroti voluntas suprema lex“ abgelöst wurde<sup>4</sup>.

Hier wird die Bedeutung des Autonomieprinzips in der Bioethik nicht in Frage gestellt. Der Respekt vor der personalen Autonomie ist selbstverständlich eine Errungenschaft, die in der modernen Gesellschaft nicht wegzudenken ist. Doch darf hinterfragt werden, wie dieses Prinzip im medizinischen Alltag angewandt wird, ob die Anwendungsmöglichkeiten tatsächlich in ethischer und juristischer Hinsicht befriedigend sind. Sowohl in der Bioethik<sup>5</sup> als auch in der vorherrschenden Rechtslehre<sup>6</sup> wird die optimale Absicherung der Autonomie des Patienten in der Lehre des *informed consent*

(Einwilligung nach Aufklärung) gesehen. In der Praxis – so in Deutschland und Österreich – beinhalten zivilrechtliche Regelungen der Einwilligung nach Aufklärung, daß jeder ärztliche Eingriff rechtlich als Körperverletzung gilt, der nur durch die Einwilligung des autonomen Patienten legitimiert wird und daß die Rechtswirksamkeit der Einwilligung eine ausreichende und angemessene Aufklärung voraussetzt. Zu hinterfragen ist nun, ob diese bioethische und juristische Lehre des *informed consent* nicht an der tatsächlichen Realität der Arzt-Patient-Beziehung und an der Autonomiefähigkeit des Patienten vielfach vorbeigeht.

Die These, die ich in diesem Aufsatz zu erläutern versuche, lautet: Die vorherrschende bioethische Lehre, ebenso wie die Rechtslehre der Autonomie, die im Grunde auf den *informed consent* hinauslaufen, tragen weniger zur Autonomie des Patienten bei, als die Verfechter dieser Lehren wahr haben wollen. Weil sie im *informed consent* das Hauptinstrument der Autonomie sehen, überfordern sie oft den Patienten und auch den Arzt und fördern den Mißbrauch der Medizin als Selbstbedienungsladen. Die *informed consent*-Regelungen erlauben eine wirksame penible Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit und die Unterbindung nahezu jedes ärztlichen Mißbrauchs, was an sich gut ist, lassen aber dafür den Mißbrauch durch Patienten und ihre Rechtsvertreter zu, was sich für das Gesundheitswesen nachteilig auswirkt.

## II. Was ist Autonomie?

In der Tat scheint es, daß man sowohl in der bioethischen wie in der juristischen Diskussion das Autonomieprinzip axiologisch etwas zu hoch angesiedelt und noch dazu gelegentlich einen unscharfen und undifferenzierten (zumindest mißverständlichen) Begriff von Autonomie verwendet hat. Meistens wird eine radikale Autonomieauffassung vertreten, die JUZA<sup>7</sup> ganz richtig als eine „blinde“ Autonomie bezeichnet.

Das ist jene, die einen ungehinderten und unbeschränkten Vollzug des Wünschens und Wollens im Wählen postuliert. Dem entgegen scheint es sehr wichtig, an der Selbstverständlichkeit festzuhalten, daß nicht jede Wünschäuserung deswegen autonomisch ist, weil sie von einer Person stammt. Autonomie ist mehr als das. KANT hat sie als Selbstgesetzgebung der Vernunft definiert<sup>8</sup>. Natürlich ist hier die rechte Vernunft (recta ratio) gemeint. Folgt man dieser knappen Definition, so muß man sich fragen, was eine Selbstgesetzgebung ist, wenn sie gegen die Vernunft bzw. von einer geschwächten Vernunft erfolgt. Die Autonomie einer solchen unvernünftigen Selbstgesetzgebung muß jedenfalls ernsthaft in Frage gestellt werden. Der Mediziner weiß wie kein anderer, wohin viele, wenn auch nicht alle unvernünftigen Selbstbestimmungsentscheidungen führen: zur Selbstzerstörung bzw. zu Abhängigkeiten, d.h. zur Heteronomie. Autonom ist demnach eine Handlung, wenn sie deswegen ausgeführt wird, weil sie sittlich richtig, d.h. vernünftig ist. Heteronom wären dagegen jene Handlungen, die nicht vom sittlich Richtigen, sondern anders begründet werden<sup>9</sup>.

Mit dieser Argumentation könnte man in keiner Weise eine Nicht-beachtung von unvernünftigen Entscheidungen Dritter rechtfertigen, aber mit aller Deutlichkeit zeigen, daß die sinnvolle Berufung auf Respekt vor der Autonomie des Verständnisses dessen bedarf, was diese ist und wie sie von außen whrgenommen werden kann. Denn auch die traditionsreiche Praxis der Heilkunde zeigt, daß, wenn jede Willensäußerung als autonom gelten soll, dann oft *nicht* die wirkliche Autonomie geachtet und geschützt wird, sondern eine nur vermutete oder mutmaßte, was mit sich bringt, daß die wirkliche Autonomie in vielen Fällen mit Sicherheit mißachtet wird und in nicht wenigen Fällen beide Subjekte der Arzt-Patient-Beziehung überfordert werden (vgl. Abschnitte 9 und 10). Dies schränkt die Implementierbarkeit des Prinzips stark ein.

### III. Autonomie: Grundfreiheit und Wahlfreiheit

Autonomie hat selbstverständlich mit Freiheit zu tun. Autonom ist, wer frei handelt. Hier erweist sich ganz nützlich die Unterscheidung zwischen Grundfreiheit (auch innere Freiheit genannt) und Wahlfreiheit. Die erstere kommt z.B. bei der Grundentscheidung zum Tragen, ob ich in einer bestimmten Situation das Beste aus meinen Möglichkeiten machen will oder mich mit Verbitterung gegen die Widerwärtigkeiten, die ich nicht mehr ändern kann, auflehne. Durch die Wahlfreiheit wählen wir zwischen verschiedenen Optionen, die zu einem bestimmten Ziel führen. Man darf nicht Freiheit, also Autonomie, auf Wahlfreiheit beschränken. Freiheit hängt weniger von der Anzahl der Optionen ab, die einem zur Verfügung stehen, als von der offenen Möglichkeit, bei der eigenen Entscheidung dem Diktat der Vernunft Folge leisten zu können. Der Patient wird in medizinischen Angelegenheiten nicht grundsätzlich freier, wenn er zwischen mehreren Optionen, die er kaum beurteilen kann, wählt, sondern wenn er das tut, was notwendig ist, damit derjenige, der über die Mittel Bescheid weiß, die richtige Entscheidung zur Förderung der Gesundheit treffen kann. Das heißt, die Autonomie, die prinzipiell (d.h. von Natur aus) und faktisch (d.h. in den bestimmten Umständen) einem Patienten zukommt, läßt sich nicht gelöst vom Bezugsrahmen eines Vollzugs, d.h. der Heilbehandlung und der Arzt-Patient-Beziehung bestimmen, sondern nur nach Klärung der vorgelagerten anthropologischen Fragen der Natur und Struktur dieses Rahmens<sup>10</sup>.

### IV. Autonomie und Personalität

Autonomie muß daher auf die Person bezogen werden. Sie ist ein Kennzeichen des personalen Vollzugs. In einem von Liberalismus und

Individualismus geprägten Menschenbild kann man sich vielleicht das Autonomieideal als die größtmögliche Entscheidungsfreiheit vorstellen, die ein Individuum allein und ohne Beeinflussung von allen anderen haben kann. Person ist aber nicht nur Individuum, sondern auch wesentlich Beziehung zum gesellschaftlichen Umfeld. Man kann erst „ich“ sagen, wenn es auch ein „Du“ gibt. Ja, unser „Selbst“ schließt den „Anderen“ von Anfang an mit ein<sup>11</sup>. Anerkannt und geliebt zu werden, gehören zu den primären geistigen Bedürfnissen des Menschen.

Die sogenannte Beziehungsmedizin von UEXKÜLL und WESIACK hat Konsequenzen daraus gezogen: „Unser Gefühl der Autonomie, d.h. des gesunden Verfügen-Könnens über die eigenen Kräfte setzt – ohne daß wir es bemerken – das harmonische Ergänzt-Werden unserer Leistungen durch die Gegenleistungen der Umgebung voraus“<sup>12</sup>. Autonomie ist also ein Erleben des eigenen Selbst im Rahmen eines Gefühls der Gemeinsamkeit oder, wie CHRISTIAN es ausdrückt, eines „Gefühls des Zusammens“<sup>13</sup>. So bringen UEXKÜLL und WESIACK den Zusammenhang zwischen Autonomie, Gesundheit und Beziehung auf den Punkt: „Die Beziehungen eines Patienten zu den Menschen seiner Umgebung, seiner Familie, seines Freundeskreises und seines Berufs sind integrierende Teile seiner Persönlichkeit. Die Qualität seiner Beziehungen entscheidet über sein Befinden und seine Gesundheit... Beziehung erzeugt Gesundheit und ermöglicht Kranken ein Maximum der ihnen noch möglichen Autonomie. Beziehungsstörung macht krank“<sup>14</sup>.

Hier wird mehr als nur das Faktum angesprochen, daß niemand seine Entscheidungen bewußt oder unbewußt alleine trifft. Die soziale Dimension der Persönlichkeit bringt auch die sittliche Verpflichtung mit sich, in die autonomen Entscheidungen das Umfeld einzubeziehen. Dies gilt für jede Person, Arzt wie Patient, bei jeder Entscheidung. Ganz beson-

ders aber gilt dies, wenn die Willensfähigkeit geschmälert ist. Es entspricht der allgemeinen lebensweltlichen Erfahrung, aber auch der ärztlichen Praxiserfahrung, daß der physisch und/oder psychisch belastete Kranke besonders der Hilfe anderer – Familienangehöriger, Freunde, Pflegepersonal und Ärzte – bedarf, um den erwähnten Rest an faktischer Autonomie realisieren zu können. Es wäre in solchen Situationen töricht, vonseiten des Schwachen sich nicht auf Stärkere stützen zu wollen. Ebenso wäre es unmenschlich, wenn der Stärkere den Schwächeren nicht unterstützte.

Man kann den kranken Patienten darstellen, wie man will, er befindet sich allemal in einer asymmetrischen Beziehung zum Arzt. Bei diesem sucht er medizinische Hilfe. Er ist auf den konkreten Arzt, mit dem er in Beziehung tritt, angewiesen. Sein Wohlbefinden wird vor allem davon abhängen, daß alle anstehenden Entscheidungen unter angemessener Einbeziehung seiner Person richtig getroffen werden und nicht vom Grad der Selbständigkeit der Entscheidung abhängen. Aber auch der Arzt weiß, wie wichtig die Beziehung im Behandlungsprozeß ist. Sachlich medizinisch richtig zu entscheiden bedeutet, eine Unzahl von Faktoren und Umständen zu berücksichtigen, die erst in einer funktionsfähigen Beziehung zum Vorschein kommen. Der Respekt zum Patienten besteht daher in der Beachtung einer real-faktischen Autonomie, d.h. oft auch seiner Entscheidungsunfähigkeit im Zusammenhang mit der realen Struktur und den Umständen der konkreten Patient-Arzt-Umfeld-Beziehung. Diese Beziehung soll also die Behandlungsentscheidungen in allen Situationen gemeinsam tragen können. Der Respekt zum Patienten muß demnach beinhalten, auch dann für ihn Gutes tun zu können, wenn er nicht imstande ist, sich dafür zu entscheiden, allerdings nicht gegen seinen ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen.

## V. Entscheidungen erster und zweiter Ordnung

Die konkreten Ausformungen dieses Rezepts werden zweifelsohne kulturell verschieden sein. Heute verlangen die Gesetzgebungen der meisten Länder, daß die Autonomie des Patienten vor den einzelnen medizinischen Eingriffen durch formelle Einwilligung bekundet wird. Eine stillschweigende Zustimmung reicht im Konfliktfall nicht aus. Man tut aber den tradierten, paternalistischen, hippokratischen Modellen der Arzt-Patient-Beziehung unrecht, wenn man behauptet, daß diese prinzipiell die Autonomie des Patienten nicht ausreichend respektiert haben. Man soll hier unterscheiden zwischen autonomen Entscheidungen oder Wünschen erster Ordnung (das sind konkrete Entscheidungen oder Wünsche im Hinblick auf einzelne Handlungen, z.B. „ich wünsche ein Aspirin“ oder „ich willige in eine Spritze ein“) und autonomen Entscheidungen zweiter und höherer Ordnung (d.h. Festlegungen auf eine allgemeine Verhaltensregel, die die Entscheidungen erster Ordnung determiniert, z.B. „ich tue prinzipiell, was mir dieser Arzt sagt“, „ich befolge die Gebote einer kirchlichen Gemeinschaft“, „diese und diese sind meine Werte“, „meine normativen Überzeugungen sind“... usw.)<sup>15</sup>. Während die Entscheidungen erster Ordnung immer dann getroffen werden müssen, wenn die Situation es verlangt, sind die Entscheidungen höherer Ordnung in der Regel stabile, langfristig getroffene Festlegungen, die zur Identität der Person gehören. D.h., wenn auch der Betroffene nicht bei Bewußtsein ist, können meistens über sein Umfeld solche Festlegungen in Erfahrung gebracht werden.

Nun basiert die Autonomie des Patienten im paternalistisch-hippokratischen Modell vor allem auf Entscheidungen zweiter Ordnung, was nicht heißt, daß des Patienten Wünsche erster Ordnung nicht beachtet werden können. Die heutigen gesetzlichen Regelungen bezüglich Aufklärung und Haftung geben aber den Ent-

scheidungen erster Ordnung absoluten Vorrang, die Entscheidungen zweiter Ordnung sind Privatsache: Wenn der Patient dem Arzt vertraut, umso besser. Wichtig ist aber, daß die Aufklärungshandlung und die Einwilligung vor Zeugen bekundet wird. Es ist nicht korrekt zu sagen, daß nur die Entscheidungen erster Ordnung autonom sind oder daß sie autonomer wären als jene zweiter Ordnung.

## VI. Der vernünftige Patient muß versuchen, eine Entscheidung zweiter Ordnung zu treffen

Nach dem Gesetz muß der behandelnde Arzt vom Patienten Entscheidungen erster Ordnung („Darf ich dies tun?“, „Ich würde dies empfehlen, sind Sie damit einverstanden?“), d.h. die Einwilligung oder Zustimmung über die zu verwendenden Mittel, abverlangen. Aber da der Patient in der Regel nicht genügendes Sachwissen hat, ist es nur vernünftig, darauf mit der Entscheidung zweiter Ordnung zu reagieren, nachdem er sich vergewissert hat, daß der Arzt über seine Zielvorstellungen Bescheid weiß: „Tun Sie, was Sie glauben, tun zu müssen“. Er verzichtet aber nicht auf weitere Informationen. Diese Entscheidungsstruktur ist in jeder vom Vertrauen getragenen asymmetrischen Beziehung zwischen Experten und Hilfesuchenden (beim Rechtsanwalt, beim Steuerberater, beim Elektroinstallateur oder Schlosser) grundsätzlich dieselbe. Die Arzt-Patient-Beziehung ist aber an sich unvergleichbar mit anderen bei Experten Hilfesuchenden. Denn nur in dieser Beziehung vertraut der Hilfesuchende die letzte Grundlage seiner Existenz (sein Leben) den Händen des Arztes an, was sonst bei keiner anderen Beziehung der Fall ist. Davon abgesehen ist die Autonomie des Patienten durch seine Entscheidungen zweiter Ordnung voll gewahrt. Dies bedeutet nicht, daß bei einzelnen Eingriffen auf die Einwilligung verzichtet werden kann. Das so-

nannte Aufklärungs- und Einwilligungsgespräch ist auch deshalb sehr wichtig, weil es jene Kommunikation in Gang hält, die wesentlich zur Erhaltung bzw. Stärkung des Vertrauens beiträgt und durch welche der Arzt Wesentliches von den Entscheidungen zweiter Ordnung des Patienten erfährt (z.B. daß es für diesen wichtiger ist, ein paar Monate länger zu leben als die Erhaltung von Lebensqualität oder umgekehrt).

Es handelt sich aber nicht um eine begrenzte Autonomie, die in der Literatur mit dem nicht sehr gegläckten Ausdruck „konzedierter Paternalismus“<sup>16</sup> bezeichnet worden ist: „konzedierter Paternalismus“ soll besagen, daß die für das Behandlungsziel erteilte Einwilligung die Zustimmung zum ganzen, durch dieses Ziel definierten Kreis von Maßnahmen bereits enthält. Der Einwilligung in einen konzedierten Paternalismus steht das Autonomie-Konzept nicht entgegen... Das Konzept des konzedierten Paternalismus ist das Beispiel einer Möglichkeit dafür, den Patienten von unnötigen Formalitäten zu entlasten und das ärztliche Handeln im Rahmen der Ethik der Autonomie von seinen Zielen her durch Einwilligung zu legitimieren<sup>17</sup>. Man sollte dieses Konzept lieber anders benennen, z.B. personalistisch-partnerschaftliches Modell, weil es weder ein limitierter Paternalismus noch eine schwache Autonomie ist, sondern, wie MEMMER es formuliert, eine „Autonomie im Rahmen einer akzeptierten Abhängigkeit“<sup>18</sup>.

Die Frage ist: Was sind die anderen Alternativen für den Patienten: a) Die Entscheidungen erster Ordnung selbst zu treffen und dem Arzt zu diktieren. Da er kein Fachmann ist, wäre es jedoch nicht vernünftig, dies zu tun. b) Eine andere Entscheidung zweiter Ordnung zu treffen, z.B. mein Ziel ist A, „Tue alles, was du kannst“; „Falls du mein Ziel A verfehlst, werde ich dich klagen“. Es ist offensichtlich, daß das oben erwähnte personalistisch-partnerschaftliche Modell im Prinzip für die Arzt-Patient-Beziehung viel tauglicher wäre als seine Alternati-

ven. In einem solchen Modell wird es möglich, je nach den real-faktischen Umständen die angemessene Balance zwischen beiden Entscheidungsarten zu finden.

## VII. Ein radikales Autonomieprinzip führt zur Überforderung der Ärzte und zum Mißbrauch der Medizin

Wie bereits im 2. Abschnitt dargelegt wurde, ist die Forderung nach Achtung der Autonomie leicht gestellt, aber in der Praxis sehr schwer zu erfüllen. Das Autonomieprinzip verlangt, daß der Arzt die autonomen Entscheidungen des Patienten respektiert, erleichtert und fördert. In der Praxis läuft dies auf den *informed consent* hinaus: auf ausreichende Aufklärung und Einwilligung. Die Formalforderungen der gesetzlichen Regelungen sind in der Praxis ziemlich kompliziert geworden. Aber sie sind immer noch leicht zu erfüllen, im Vergleich mit der ethischen (auch juristisch relevanten) Forderung, die aus dem Gebot nach Achtung der Autonomie, nämlich der Beurteilung der Willensfähigkeit, im Englischen der „competence“, abzuleiten ist. Sie fällt nicht unbedingt mit der bürgerlich-rechtlichen Geschäftsfähigkeit oder der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit zusammen<sup>19</sup>, die enger definiert werden. Die Willensfähigkeit ist von Fall zu Fall verschieden. Der Patient ist willensfähig, wenn er imstande ist, a) seine Lage und die Therapie aufgrund der ärztlichen Aufklärung zu verstehen, b) Risiken und Chancen zu erfassen und c) eine freie Willensentscheidung zu treffen<sup>20</sup>. Es ist ethisch problematisch, vom Arzt zu verlangen, daß er etwas respektiert, wenn er sich nicht sicher ist, ob es vorhanden ist. Die Willensfähigkeit läßt sich nicht positiv beweisen, nur mutmaßen und in manchen Fällen mit Sicherheit ausschließen. Die Grenzsetzung zwischen einer begründeten Mutmaßung der Willensfähigkeit und der sicheren Willensunfähigkeit, d.h. der Bereich der positiven

Zweifel ist gar nicht so leicht. Ein Arzt, der dieses Prinzip ernst nehmen will, darf nicht davon ausgehen, daß jede Äußerung wirklich autonom ist. Aufgrund von klaren Indizien vermutet er gelegentlich das Gegenteil, ohne es aber beweisen zu können. Im Falle von psychisch normalen Patienten mit nicht lebensbedrohenden Krankheiten wird es keinen Anlaß geben, die Willensfähigkeit in Frage zu stellen. Ob sie letztlich wirklich vorhanden ist oder nicht, wird man dennoch nicht endgültig klären können. Aber bei lebensbedrohenden, psychisch und physisch stark belastenden Krankheiten und noch dazu, wenn es sich um ältere Personen handelt, muß der Arzt in vielen Fällen die Willensfähigkeit anzweifeln<sup>21</sup>. In der Praxis wird er des öfteren so tun, als ob die Willensfähigkeit vorhanden wäre, denn Zweifel genügen meistens nicht, um diese auszuschließen, und konkludierende Beweise wird er auch schwer vor Gericht bringen können. Was kann er sonst tun? Ist damit aber schon dem Gebot, die Patientenautonomie zu respektieren, Genüge getan?

Eine radikale Auffassung einer „blinden Autonomie“ kann auch zum Mißbrauch der Ärzte und der Medizin führen, weil sie die sogenannte Mündigkeit des Patienten überfordert. So ist der zum Pseudoexperten avancierte, medizinische Laie nicht mehr so selten in Ordinationen, Ambulatorien und Kliniken anzutreffen<sup>22</sup>. Er ist jener, der nicht sofort zum Arzt geht, obwohl er sich krank fühlt. Er ist aber auch jener, der, wenn er zum Arzt geht, bereits beim Betreten der Ordination über seine Diagnose Bescheid weiß, und auch darüber, welche Therapien notwendig und welche andere auszuschließen sind usw., oder zumindest weiß, welche Diagnosemethoden anzuwenden sind. Er ist auch der, der es versteht, einen Arzt gegen einen anderen oder eine Anstalt gegen den Konkurrenten auszuspielen („Wenn Sie es nicht tun, dann gehe ich zur Konkurrenz“). Nichts ist gegen die bei uns weniger als in den USA übliche Einholung eines zweiten Befun-

des (second opinion) oder in manchen Fällen gegen die Bitte um ein Consilium einzuwenden, dies wird sogar vom Arzt oft angeregt. Solche Gepflogenheiten haben aber nichts mit Medizin als Selbstbedienungsladen zu tun.

Daß das Problem ein aktuelles und ziemlich relevantes ist, zeigt sich in der Intensität jener Diskussion, die vor allem in Amerika unter dem Stichwort „futility“ läuft<sup>23</sup> und von der Ärzteschaft das dringend benötigte Korrektiv für Autonomiemißbrauch erwartet<sup>24</sup>. Die Fragestellung ist: Ist der Arzt verpflichtet, dem nutzlosen (futile) Therapiewunsch des Patienten Folge zu leisten? An und für sich ist klar, daß es keine Verpflichtung zum nicht notwendigen und nutzlosen Eingriff geben kann. Das Problem liegt in der Beurteilung dessen, was notwendig ist oder nicht, was nützlich ist oder nicht, denn hier spielen sowohl sachliche wie normative Faktoren eine Rolle, und sie auseinanderzuhalten ist nicht immer leicht. Aber diese Diskussion gehört nicht hierher.

### VIII. Die Rechtslehre des „informed consent“ bietet keinen befriedigenden Verwirklichungsansatz der Patientenautonomie

Wie bereits erwähnt, führt die Autonomie des vernünftigen Patienten zunächst zu einer Entscheidung zweiter Ordnung, mit welcher sich der Patient dem Arzt vertrauensvoll übergibt. Mit anderen Worten, die richtige ethische Lösung des Autonomieprinzips spielt sich primär auf der zweiten Ordnungsebene ab. Dagegen ist die Rechtslehre der Autonomie praktisch eine Aufklärungslehre<sup>25</sup>, d.h. juristisch relevant ist nur die erste Ordnungsebene, und nicht einmal das. Entscheidend ist die ordnungsgemäße Aufklärung. Dies haben nicht wenige Juristen bemängelt. So ist HONSELL beizupflichten, wenn er behauptet: „Die Gerichte gehen von der seltsamen Annahme aus, daß ein ärztlicher Heileingriff, der ohne Einwilligung

des Patienten vorgenommen wird, tatbeständlich eine Körperverletzung darstellt. Das ist seltsam, denn jeder Laie kann zwischen dem fehlerhaften Einsatz eines Skalpells und beispielsweise einer Messerstecherei im Wirtshaus ohne Schwierigkeiten unterscheiden. Die Juristen hingegen erklären gerade diesen Unterschied für irrelevant<sup>26</sup>. Und so ist es tatsächlich gekommen, daß die in vielen Ländern – auch in Deutschland und Österreich – geltenden Regelungen aus dem Aufklärungsrecht das gemacht haben, „was es nie und nimmer sein wollte, nämlich ein Prärequisit des Haftungsprozesses, dessen Klinge von allen möglichen Seiten durch die Unfähigkeit oder den mangelnden politischen Willen zur rechtsintegrierten Befriedung so sehr geschärft wurde, daß man manchmal meinen könnte, es sei vom Segen zum Fluch geworden“<sup>27</sup>.

Hier gibt es eine nahezu unüberbrückbare Kluft zwischen Ethik und Rechtslehre. Im Konfliktfall ist es wichtig, daß die oft nur fiktiven Entscheidungen erster Ordnung des Patienten formal korrekt entstanden sind. Und negativ gesagt, so groß auch das Vertrauen einmal war, ist dies bei Gericht ziemlich irrelevant, wenn die Entscheidungen erster Ordnung nicht formalkorrekt abgewickelt wurden. Eigentlich wollte man damit die Autonomie des Patienten schützen, man ist aber offensichtlich von nicht ganz richtigen Vorstellungen darüber ausgegangen, was und wie der Patient seine noch vorhandene Autonomie wirklich einsetzen kann.

### **IX. Nur ein auf persönliches Vertrauen basierendes Modell kann die Patientenautonomie wirklich respektieren**

Damit der Patient auf eine Anforderung seines Arztes, eine Entscheidung erster Ordnung zu treffen, („Ich möchte eine Biopsie machen, sind Sie einverstanden?“) mit der Entscheidung zweiter Ordnung „Tun Sie, was Sie glauben,

tun zu müssen“ reagieren kann, muß er seinem Arzt vertrauen, d.h. ihm gegenüber die begründete Erwartungshaltung haben, daß er ihm nur Gutes tun oder zumindest alle möglichen Schäden vermeiden will und dazu das notwendige Können hat. Wenn diese Erwartungshaltung zur moralischen Gewißheit wird, dann entsteht Vertrauen. Sich anzuvertrauen heißt nicht, die Autonomie aufzugeben, sondern sich auf bestimmte Weise zu entscheiden.

Welche Entscheidungen trifft der Patient?

- \* Er geht zum Arzt und informiert ihn über seine Person und sein Leiden;
- \* Er bittet darum, daß ihm geholfen wird, nachdem er sich dem Arzt gegenüber geöffnet und seine Präferenzen kundgetan hat;
- \* Er vertraut sich dem Arzt an, indem er es ihm, dem Fachmann, überläßt, wie dieser ihn gesund macht.

Dieses „Sich anvertrauen“ kann als eine momentane Entscheidung betrachtet werden. Es ist aber ab dem Zeitpunkt des Entschlusses zum Arzt zu gehen vor allem ein Prozeß, an dem neben dem Patienten auch sein Umfeld, die Verwandten, manche Freunde, alte ärztliche Berater usw. bewußt oder unbewußt beteiligt sind. In der Dynamik dieses kommunikativen Prozesses, der sich im Rahmen der komplexen Beziehung Arzt-Patient-Umfeld entfaltet, muß sich das Vertrauen ständig bewähren. Dieses Vertrauen kann natürlich auch jederzeit zurückgenommen werden. Eine Beziehung, in welcher dies (durch den Patienten oder seinen anerkannten Stellvertreter) nicht möglich wäre, würde ethisch unzulässig sein.

*Man kann zwischen zwei verschiedenen Vertrauensarten unterscheiden*

1. Personales Vertrauen. Es ist das Vertrauen zwischen zwei Personen („Ego“ vertraut „Alter“): „Er ist gut und will das Beste für mich“. Es ist nicht nur Erwartungshaltung, sondern auch moralische Gewißheit. Dieses

Vertrauen kann aufgrund einer Intuition („Liebe auf den ersten Blick“) oder aufgrund eines Vertrages entstehen und mit den guten Erfahrungen wachsen.

2. Institutionelles Vertrauen. Hier wird vor allem der Institution (einer Organisation oder dem Staat) vertraut. „Ego“ geht davon aus, daß „Alter“ sich zumindest an die ausgemachten Umgangsregeln (Verträge, Satzungen der Institutionen und letztlich auch die Gesetze) halten wird, nicht zuletzt deshalb, weil es sonst mit schmerzlichen Strafen rechnen muß.

Ohne personales Vertrauen, ohne die oben erwähnte Erwartungshaltung, wird eine stabile Arzt-Patient-Beziehung schwer möglich sein. Kann jemand einem anderen, dem er nicht vertraut, sein Leben überantworten? Eigentlich nur dann, wenn er sonst auf jeden Fall sofort stirbt.

Heute steht die moderne „organisierte Medizin“, in der der Arzt oft vor allem Funktionsträger<sup>28</sup> einer Institution ist, vor dem Problem, eine ausreichende Vertrauensbasis zu bieten. Der Patient kann nicht gleich eine Beziehung mit dem oft wechselnden behandelnden Arzt aufbauen, sein Gegenüber ist zunächst die Institution (das Krankenhaus, das Ambulatorium). Die erwähnte Beziehung Arzt-Patient-Umfeld wird zu Krankenhaus (Massenbetrieb)-Patient-Umfeld. Aus diesem Grund ist heute die Bedeutung des institutionellen Vertrauens immer größer geworden, und jene Maßnahmen (z.B. Gesetze), die das institutionelle Vertrauen zu stärken vermögen, sind besonders wichtig. Aber ohne personales Vertrauen kommt die medizinische Handlung nicht wirklich aus. Das institutionelle kann das personale Vertrauen nicht ersetzen, aber Abhilfe zur Schaffung und Erhaltung eines Mindestvertrauens auf der persönlichen Ebene leisten. Sollte es aber zu stark in den Vordergrund der Beziehung geraten, würde es das Wesen der Beziehung und damit ihre Zielsetzung, die Gesundheit des Patienten, gefährden. Wenn die

Vetragsvereinbarungen, die gesetzlich festgelegten Pflichten und die Sanktionen zur tragenden Basis werden, dann wird der Arzt weniger auf das Wohl des Patienten als auf seine Sicherheit, d.i. mehr auf die formale als auf die materielle Korrektheit seines Verhaltens achten müssen. In einer solchen Situation wird er selbstverständlich primär darauf bedacht sein, keinen formalen Fehler zu machen, denn wenn er nicht das zu erwartende, heilende Ergebnis erreicht, wird er sich nicht damit rechtfertigen können, daß er lege artis gehandelt hat. Dies natürlich beengt stark die Flexibilität und den Handlungsspielraum des ärztlichen Tuns.

Dazu kommt heute, daß das Verhältnis Patient-Umfeld (Familie, Freundeskreis, Arbeitskollegen usw.) in der modernen Gesellschaft im Krankheitsfall kaum eine Unterstützung bietet, oft sogar eine schwere Belastung ist. Die Patient-Umfeld-Beziehung (z.B. die familiären Verhältnisse) ist so kompliziert geworden, daß die institutionalisierte Medizin eher abgeneigt ist, sie in ihr Tun zu integrieren.

Daraus ist zu schließen, daß organisatorische und gesetzliche Regelungen im Gesundheitswesen sind, die besonders das persönliche aber auch das institutionelle Vertrauen stärken, dringend notwendig sind

## X. Autonomie in der falschen oder in der richtigen Richtung?

Im Abschnitt 4 wurde erwähnt, daß zur optimalen Verwirklichung der den kranken Menschen zukommenden Autonomie bzw. der faktischen Restautonomie eine starke auf gegenseitigem Vertrauen beruhende Arzt-Patient-Umfeld-Beziehung erforderlich ist. In den Kapiteln 5 bis 8 wurde gezeigt, daß der Respekt vor der Autonomie des Patienten vor allem darin besteht, seine Entscheidungen höherer Ordnung (die Wertvorstellungen und normativen Überzeugungen) zu respektieren. Diese Entscheidungen sind meistens unabhängig vom

Zustand des Patienten erfahrbar. Im letzten Abschnitt wurde gezeigt, daß erstens die stark auf den *informed consent* ausgerichteten gesetzlichen Regelungen, die die autonomen Entscheidungen der Patienten sicherstellen sollten, in der Praxis dazu führen, daß das Hauptaugenmerk der Ärzte der ausreichenden Aufklärung über den Eingriff selbst bzw. über die mit diesem verbundenen Risiken und der Erreichung der haftungsentlastenden Einwilligung gelten muß, und zweitens, daß solche Regelungen das zum Aufbau des Arzt-Patient-Vertrauens notwendige Klima gefährden.

Daraus darf geschlossen werden, daß solche Regelungen das Gegenteil von dem erreichen, was sie eigentlich beabsichtigen:

a) Sie sind nicht flexibel genug für die Verwirklichung der Patientenautonomie, indem sie praktisch nur die Entscheidungen erster Ordnung berücksichtigen und daher zu wenig Spielraum haben, um eine einfühlsame Anpassung an die realen Möglichkeiten des Patienten zuzulassen.

b) Sie bauen auf das institutionelle Vertrauen auf (vor allem auf die Wirkung der Strafen und der Haftungsvorschriften) und lassen das personale Vertrauen außer acht, was letztlich – wie oben erwähnt – nur zum Klima des Mißtrauens beiträgt.

Daraus darf aber nicht geschlossen werden, daß Autonomie als Prinzip eine utopische Vorstellung ist, die durch den *informed consent* eine formal sichere Scheinerfüllung findet. Autonomie ist sicherlich eine Wirklichkeit im medizinischen Alltag der meisten europäischen Länder. Das Prinzip ist nicht so leicht umsetzbar bei schweren Unfällen, schweren Krankheiten, alten Patienten, Terminalpatienten u.dgl. und auch in jenen Bereichen der Medizin, in der die Eingriffe nicht mehr auf eine Heilung oder Lebensverlängerung, sondern auf die Lebensgestaltung abzielen. In allen diesen Fällen können die unterschiedlichen Wertvorstellungen zwischen Arzt und Patient, die in der multi-kulturellen und pluralistischen Gesellschaft

normal sind, zum Konflikt zwischen der Autonomie des Patienten und der des Arztes führen. Und gerade diese Fälle zeigen, daß die erwähnten Regelungen Schritte in die falsche Richtung sind.

### *Was wäre also nach diesen Ausführungen die richtige Richtung? Einige Ansätze*

1. Vor allem müssen die Regelungen dazu führen, daß der Patient ebenso wie der Arzt dazu motiviert werden, sich um ein Vertrauensverhältnis zu bemühen. Die Wahl des behandelnden Arztes oder der Krankenanstalt ist auch eine Risikoentscheidung, die jeder – unterstützt von seinem Umfeld – selber treffen und verantworten sollte.
2. Die Rechtswissenschaft soll sich stärker als bis jetzt darum bemühen<sup>29</sup>, die konsequenzenreiche vorherrschende „Irrlehre“, daß der Heileingriff an sich rechtswidrig ist, zu korrigieren. Die Tatsache, daß ein Heileingriff niemals eine Körperverletzung darstellt, auch dann nicht, wenn er fehlschlägt<sup>30</sup>, sollte in der Rechtsprechung Eingang finden.
3. Alles, was zur Vermittlung von Entscheidungen höherer Ordnung beiträgt, sollte forciert werden, damit die behandelnden Ärzte einen besseren Einblick in die Wertvorstellungen des Patienten erhalten können. Hier wäre an eine Aufwertung der Rolle der Angehörigen (durch ausdrücklichen Willen des Patienten) und/oder der Stärkung der noch ziemlich unüblichen Einrichtung des Patientenstellvertreters zu denken, so daß im Fall der mutgemaßten Willensunfähigkeit des Patienten der Stellvertreter bereits in die Entscheidungen einbezogen werden kann.<sup>31</sup>
4. Es muß jeder Mißbrauch der Haftungsbestimmungen unterbunden werden, weil das Gift für das Klima im Gesundheitswesen wäre.

5. Die Gesellschaftspolitik muß Überlegungen zur Stärkung der Arzt-Patient-Umfeld-Beziehung anstellen. Einrichtungen wie z.B. Patientenanwälte und Ombudsmänner sind gut und notwendig, aber stellen nur flankierende Maßnahmen dar.

#### Referenzen

1. VEATCH R.M. Which Grounds for Overriding Autonomy Are Legitimate?, Hastings Center Report, November-December 1996, 42
2. CALLAHAN D. When Self-Determination Runs Amok, Hastings Center Report, March-April 1992, 52-55
3. CALLAHAN D. Can the Moral Commons Survive Autonomy, Hastings Center Report, November-December 1996, 41 und CHILDRESS J.F. The Place of Autonomie in Bioethics, Hastings Center Report, Januar/Februar, 1990, 12
4. SASS H.M. „Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten“, Zentrum für Medizinische Ethik Bochum, 1992, 3
5. BEAUCHAMP T.L. and CHILDRESS J.F. Principles of Bio-medical Ethics, Oxford University Press, New York, 1994, 142 ff
6. LAUFS A. Arztrecht, Verlag C.H.Beck, München 5.Auflage, 1993, 86 ff.
7. JUZA L. „Aufklärung, Vertrauen und Wohlwollen in einer Medizin der Person“, IH 4/98
8. KANT I. Reflexionen zur Metaphysik, Nr 6070 Akad.Ausgabe 18, 443
9. RICHTER G. Autonomie und Paternalismus – zur Verantwortung des medizinischen Handelns, Ethik Med (1992) 4: 27-36
10. siehe dazu die Aufsätze von JUZA L. und PÖLTNER G. in dieser Ausgabe.
11. BUBER M. Das dialogische Prinzip, Lambert Schneider, 7.Ausgabe 1994, 32. Vgl. auch Säuglingsforschung STERN D.N. The Interpersonal World of the Infant, Basic Books, New York, 1985
12. UEXKÜLL T.v. und WESIAK W. Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell, in Uexküll et al. Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, München, 1996 44 ff
13. CHRISTIAN P. Anthropologische Medizin. Springer, Heidelberg, 1989
14. UEXKÜLL T.v. und WESIAK W. 46 u. 47
15. BEAUCHAMP T.L. and CHILDRESS J.F. Principles of Bio-medical Ethics, Oxford University Press, New York, 1994, 122
16. RÖSSLER D. Die Bedeutung der Einwilligung für die Legitimation ärztlichen Handelns – ethische Aspekte. Ethik Med (1996) 2: 59-67. Da die Bezeichnung Paternalismus negativ besetzt ist, wäre sie in diesem Zusammenhang nicht zu verwenden, weil sie eine nicht ausreichende Achtung der Autonomie suggeriert.
17. RÖSSLER D. Die Bedeutung der Einwilligung..., 65 und 66.
18. MEMMER M. Das Arzt-Patient-Verhältnis, Imago Hominis, 2/97
19. LAUFS A. Arztrecht, C.H.Beck 5.Auflage, 1993, Nr.222
20. BEAUCHAMP T.L. and CHILDRESS J.F., 136
21. DORNBERG, M. Angefragt: Sterbehilfe, Peter Lang Verlag, Bern, 1997, 53 und CONWELL Y., CAINE E.D. Rational Suicide and Right to Die, N Engl J Med 325:1110-2
22. PRAT E. Heiltechnik in der Mediengesellschaft, Imago Hominis, 4/94, 291-292
23. Eine Literaturliste über „futility“: YOUNGER S.J. Who Defines Futility, JAMA 260, 1990, 2094-95; SCHNEIDERMAN L.J., et al. Medical futility: its meaning and ethical implications, Anal of Internal Medicine, 1990, 112, 949-945; CALLAHAN D. Medical Futility, Medical Necessity, The-Problem-Without-A-Name, Hastings Center Report, July-August 1991, 30-35; TOMLINSON T. u. CZLONKA D. Futility and Hospital Policy, Hastings Center Report, May-June 1995, 28-35; KOPELMAN L.M. Conceptual and moral disputes about futile and useful treatments, The Journal of Medicine and Philosophy 1995, 20: 109-121,
24. CAPRON A.M. Medical futility: strike two, Hastings Center Report, September-October 1994, 42-43
25. BEAUCHAMP T.L. and CHILDRESS J.F., 146
26. HONSELL H. Entwicklungstendenzen im Haftpflichtrecht, in Honsell, H und Rey H. (Hrsg) Symposium. Neuere Entwicklungen im Haftpflichtrecht, Zürich 1991, 20
27. PICHLER J. Haben Patienten ein Recht verstanden zu werden? Perspektiven eines Juristen, Gesundheitsoeconomica, 1995, 77
28. SASS H.M. Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten, Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 78, September 1992, 11.
29. LAUFS A. Arztrecht, C.H.Beck, 5.Auflage, 1993, 174
30. HONSELL H. Entwicklungstendenzen im Haftpflichtrecht, 21
31. MEMMER M. Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten, Imago Hominis, 4/98