
SCHWERPUNKT

Aufklärung, Vertrauen und Wohlwollen in einer Medizin der Person

Ludwig JUZA

ZUSAMMENFASSUNG

Die moderne Forderung nach Autonomie führt nicht nur zu theoretischen Schwierigkeiten, sondern auch zu erheblichen Problemen in der Praxis. Als Lösungsansatz wird eine Analyse und Kritik der Begriffe angeboten: sie will zeigen, daß ein wesentlicher Grund der Probleme im vorherrschenden aber unzureichenden Autonomieverständnis zu suchen ist. Denn es identifiziert Freiheit mit Wahlfreiheit, Selbstbestimmung mit Unabhängigkeit in der Ausübung des Wollens; hier gibt es keine Gemeinsamkeit der Menschen, welche sie schon vor allem Wollen und Werten bindet und verbindet. Beziehungen fehlt daher die Grundlage – sie pendeln ungelöst zwischen unsachlicher Willkür und Entmündigung. Geht man dagegen von der Wirklichkeit der Person und ihrem Wahrheitsbezug aus, bietet sich nicht nur ein vervollständigtes Verständnis von Selbstbestimmung an, sondern auch eine gemeinsame Basis der Arzt-Patient-Beziehung; Autonomie ist dann kein Hindernis, und überfordert auch nicht, sondern ist grundlegend für die ärztliche Aufgabe selbst.

Schlüsselwörter: Autonomie, Aufklärung, Vertrauen und Wohlwollen

ABSTRACT

The modern claims for more autonomy lead not only to theoretical difficulties but also to significant problems in practice. An analysis and critic of the conceptions/definitions as a type of solution will be offered: it will also try to show that the main reason for the problems is to be sought in the prevailing but insufficient knowledge of what autonomy really is. Often freedom is identified with choice, self-determination with independence in use of the will and there is no group of human beings connected above all by mutual ideals on will and values. Therefore, relationships have no sound basis; they move back and forth between biased despotism and interdiction. However, if one takes the reality of the person and its relationship to the truth into account, then there is not only a better understanding of self-determination but also a mutual basis for a doctor-patient relationship. Autonomy is then not a hindrance, does not overdemand but is the basis of the doctor's mission.

Keywords: Autonomy, enlightenment, confidence and benevolence

Anschrift des Autors: Dr. Ludwig JUZA
Museumstraße 22/10, A-6020 Innsbruck

I. „Patientenautonomie“ als Problem

Eine Fülle von Literatur bezeugt die zunehmende Aufmerksamkeit und das Interesse, welches unter Ärzten wie in der Öffentlichkeit für Bioethik und für ärztliche Ethik aufgebracht wird. Diesem Nachdenken sind vielfältige Verbesserungen zu verdanken: so eine allgemeine Neuentdeckung ethischer Reflexion, ausgehend vom Freiheits- und Menschenrechtsbewußtsein der Moderne – dazu gehört auch die Sensibilität für die Suche nach den Rechten und Pflichten von Arzt und Patient – ebenso die Bemühung um ethische Prinzipien ärztlichen Handelns.

1. Unbehagen in der Praxis

Die Rede von „Patientenautonomie“ löst aber bislang bei einem Gutteil der Ärzte Unbehagen aus. Der Grund dafür sind zum Teil groteske Entwicklungen und Situationen, die sie in diesem Zusammenhang erleben. Diesbezügliche soziologische Analysen, die Modelle und Rollen beschreiben¹, sind zwar sicherlich ein Erkenntnisgewinn, doch können sie – als beschreibender Zugang – für eine Orientierung der Praxis nicht ausreichend sein.

2. Verlegenheit in der Theorie

Diesen Mangel stellt der Praktiker schnell fest – aber auch sonst scheint er von der Theorie eher im Stich gelassen zu werden. Hier herrscht Verlegenheit: denn die Thesen und Lösungsvorschläge zum Thema Patientenautonomie tragen bei näherem Hinsehen entweder dem konkreten Problem der Praxis² nicht Rechnung oder bieten kein tragfähiges, weil für beide Seiten verbindliches Kriterium an³.

3. Ausklammerung der Grundlage

Die gegenwärtige Diskussion um Patientenautonomie leidet unter einer nennenswerten

Schwierigkeit: es handelt sich um die als Selbstverständlichkeit ausgegebene Ausklammerung von Aussagen über die Eigentümlichkeit des Menschen als Grundlage einer ärztlichen Theorie sowie deren Zuweisung ins Subjektive und Beliebige. Sie wird gestützt durch eine – szientistische, d.h. ausschließlich am empirischen bzw. naturwissenschaftlichen Erkennen orientierte – vermeintliche Wissenschaftlichkeit, aber auch durch pragmatische Überlegungen: angesichts der Pluralität von Wertvorstellungen und Lebensentwürfen werden Aussagen versucht, die unabhängig von diesen angeblich unlösbaren Fragen sind.

Wo es aber um ärztliches und d.h. menschliches Handeln, um eine Beziehung zwischen Menschen als spezifische Arzt-Patient-Beziehung, ja um Autonomie geht, wird dieses Vorgehen zur undurchschauten Illusion: denn statt bedachten und an der Wirklichkeit des Menschen denkerisch aufweisbaren Aussagen über den Menschen wird implizit eine unbedachte Anthropologie und Begrifflichkeit transportiert und verbreitet.

4. Unzureichendes Autonomieverständnis

Die Folge der Ausklammerung einer Grundlagenreflexion⁴ zeigt sich exemplarisch in der Diskussion um Patientenautonomie: ein – empirisches, d.h. auf äußerliche Merkmale – verkürztes Verständnis von „Selbstbestimmung“ und „Autonomie“ wird zum fraglosen Ausgangspunkt der Überlegungen. Es nennt das *Wünschen und Wollen* des Patienten als sein Kriterium und macht es zur *modernen Maxime ärztlichen Handelns*⁵. Diese Verkürzung fällt auch nicht weiter auf, ja trifft auf breite Zustimmung. Denn sie entspricht der zum Gemeingut geworden Auffassung von Autonomie: je unbemerkter und diffuser sie ist, umso wirksamer prägt sie die Erwartungen und bleibt von Kritik verschont.⁶ Daß aber diese Auffassung im Grunde einem sinnvollen Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung und ärzt-

licher Aufklärung ebenso im Wege steht wie einem zureichenden Begriff ärztlichen Handelns bleibt unbemerkt, abgesehen davon, daß sie sich auch im Gegensatz zur großen philosophischen Tradition von PLATON, ARISTOTELES über THOMAS V. A. und KANT befindet.

5. „Personale Autonomie“ als Lösungsansatz

Die folgenden Überlegungen versuchen „Personale Autonomie“ als ein an der Wirklichkeit des Menschen als Person orientiertes Verständnis von Autonomie für diese Diskussion fruchtbar zu machen. Den Rahmen dafür bildet ein Verständnis der Medizin (als einer „Medizin der Person“), das seinen Ausgang vom Personsein des Menschen als seiner Eigentümlichkeit nimmt und das ärztliche Handeln – konstitutiv – von der Anerkennung des Patienten als Person und der unbedingten Achtung seiner Würde leiten läßt.⁷

Auf dieser Basis zeigt sich dann, daß Autonomie weder ein Hindernis noch eine Überforderung der Arzt-Patient-Beziehung darstellt, sondern vielmehr unverzichtbar zur ärztlichen Aufgabe gehört und von ihr gefordert wird; es zeigt sich auch ein Ausweg, wie das Dilemma „Patientenwillkür oder Entmündigung“ gelöst werden kann.

Eine solche Theorie schließt somit das philosophisch-wissenschaftliche Fragen nach den eigenen Grundlagen und Grundbegriffen als eigene Aufgabe mit ein; dies vor allem deshalb, weil nur so eine sinnvolle und verantwortliche Orientierung für die ärztliche Praxis geleistet werden kann. Dieser Ansatz kann hier nicht weiter erläutert oder abgegrenzt werden. Hier stehen vielmehr die konkreten Konsequenzen und praktischen Forderungen im Mittelpunkt.

Das nächste Kapitel widmet sich der Klärung des *Autonomiebegriffs* (II). Dann folgen Hinweise zum Problem der *Arzt-Patient-Beziehung* (III) (ihren theoretischen „Ort“, den Zusammenhang der Grundbegriffe, wie zur Art der Bedingungen, die sie auszeichnen). Daran schließt

sich eine Erläuterung des *Konzepts einer Medizin der Person* (IV) in einem *kurzen Überblick* (1), in seinen Konsequenzen für *Aufklärung* (2), für *Vertrauen und Wohlwollen* (3) und in einer perspektivenhaften *Bestimmung ärztlichen Handelns* (4).

II. Zum Autonomiebegriff

1. Kritik des „blinden“ Autonomiebegriffs

In ihm ist mit der vorherrschenden Meinung Autonomie nur als faktisches Selbst-Bestimmen, als ungehinderter und unbeschränkter Vollzug des Wünschens und Wollens im Wählen gedacht. Allerdings krankt ein solches Konzept an grundsätzlichen Mängeln:

Zum ersten ist das Ausklammern von inhaltlichen anthropologischen Bestimmungen und seine vorgebliche „Wertneutralität“ eine Illusion, weil sie unbedacht zu einer neuen Auffassung vom Menschen gerinnt, welche als solche und in ihrem relativen und begründungsbedürftigen Wahrheitsanspruch nicht mehr bedacht wird: vielmehr beansprucht sie faktisch – mit Verweis auf ihre Brauchbarkeit – ausschließliche Geltung.

Zum zweiten wird eine inhaltliche Vorstellung vom menschlich Guten – als notwendigen Horizont des Handelns – durch den bloßen Formalismus der Selbständigkeit ersetzt, der inhaltsleer und daher ziellos ist und blind für den Maßstab des rechten Handelns oder seiner Motive macht; weil es keine verbindliche Grundlage der Verständigung und des gemeinsamen Handelns gibt, führt das zum unlösbaren Dilemma auch in der Arzt-Patient-Beziehung. Gegen seine Absicht befördert das Konzept „blinder“ Selbständigkeit nicht Freiheit, sondern neue, aber undurchschaute Abhängigkeit: denn Selbständigkeit im Wollen ohne Bindung an Vernunft, d.h. Einsicht in das Gute und Rechte, ist blind und irrational, dem Spiel

von Lust und Laune, von Stimmungen, Interessen und Vorurteilen, Irrtümern und Verwechslungen, Unwissen, Unfähigkeit usw. ausgeliefert. Statt Freiheit zu stiften, läßt sie den anderen verstrickt in seiner subjektiven Befangenheit und d.h. Unmündigkeit und wird darin noch zu einer subtilen Form der Herrschaft. Daß das subjektiv Gewollte nicht deshalb richtig ist, *weil und indem es gewollt oder gewünscht* wird, zeigt sich in der Erfahrung des Scheiterns, der Schädigung, der Verwechslung, des Irrtums usw.: der Mangel des Konzepts ist offensichtlich.

Zum dritten fehlen diesem Konzept jene Momente der Eigenart des Menschen, die wahre Aussagen und auch Sollensforderungen überhaupt erst ermöglichen und begründen können, obwohl so verstandene Autonomie als ethisches Prinzip und sittliche Forderung dargestellt wird. Faktisch wird das Arzt-Patient-Verhältnis zu einer bloßen Zweck-Mittel-Beziehung, genauer ein technisch-instrumentelles Verhältnis, das die Beliebigkeit von Zwecken und Mitteln garantiert, aber keinen Raum mehr für die unbedingte Achtung der Personwürde läßt: sie würde Zwecke relativieren. Die grundlegende Ausklammerung jeglicher anthropologischer Eigentümlichkeit wird konsequenterweise mit der Ausklammerung von Ethos und Sittlichkeit bzw. ihre Reduktion auf Brauchbarkeit vollendet.

Daraus folgt, daß es auf der Basis dieses Konzepts und seines Autonomiebegriffes mangels eines angemessenen anthropologischen Fundaments überhaupt keine sinnvolle Theorie des Arzt-Patient-Verhältnisses geben kann, weil es weder den Arzt noch den Patienten als Mensch in dieser Theorie gibt, ebensowenig so etwas wie menschliches Handeln.

2. Grundzüge personaler Autonomie

Der als selbstverständlich vorgeschobene Autonomiebegriff ist denkbar einseitig, er suggeriert wider alle Erfahrung und Selbsterfah-

rung eine Illusion von Freiheit, nämlich als Unabhängigkeit und Unbegrenztheit für beliebige Verfügbarkeit. Sie ist weder in anderen Lebensbereichen vorhanden noch wünschenswert. Diese Illusion setzt einen leeren Formalismus der Selbständigkeit an die Stelle der inhaltlichen Bestimmung des menschlich Guten und versteht die jeweiligen Gegebenheiten und Begrenzungen des Handelns⁸ als Freiheitsbeschränkungen; ein endloser und inhaltsleerer Prozeß der Befreiung als Aufhebung, Überwindung oder Beherrschung dieser Bedingungen wird dann zur irrationalen und undurchschaute Lebensaufgabe. Ein zureichendes Freiheitsverständnis sieht Freiheit als Aufgegebenheit und zwar zur inhaltlichen und zielhaften Gestaltung des Lebens zu einem menschlich guten Leben; dieses Gute ist wohl selbständig zu verwirklichen. Begrenzungen und Gegebenheiten beschränken dann nicht Freiheit, sondern sind die konkreten Bedingungen, unter denen sie jeweils auszuüben ist.

Der genannte Begriff verkürzt mit Selbstbestimmung als bloßes Wollen Autonomie auf Freiheit der Wahl oder Wahlfreiheit und unterschlägt den Vollzugscharakter des Wählens, seinen Charakter als ein jeweils aktuelles Können und den Unterschied von dafür erforderlichen prinzipiellen und faktischen Bedingungen, von denen es abhängig ist.

– Der **prinzipielle Aspekt** meint Grundfreiheit als die grundsätzliche Möglichkeit der Wahl im Erkennen von etwas *als etwas* und vom Bestimmen von etwas *als Gutes*, das zum Motiv des Wollens wird: Selbstbestimmung ist immer eine vernünftig vermittelte, handelt immer von etwas, *was als wahr und gut verstanden* wird und wurde. Sie meint die grundsätzliche Offenheit für Wahres und daher auch für das rechte, menschlich gute Handeln.⁹

Ein zureichender Begriff der Autonomie setzt daher nicht nur Vernunft und deren Wahrheitsbindung voraus: sie meint eben die – dem Menschen gemäße – richtige Weise des Tätigseins als Vollzug von Selbstbestimmung

(des Wollens) durch Vernunft: d.h. es geht auf der Basis dieser Bemühung um das jeweils Rechte (sachlich Richtige und sittlich – d.h. menschlich Richtige) durch Nachdenken, Urteilen und Begründen. Autonomie meint somit nicht nur Vernunftgemäßheit des Wollens, sondern auch Einsicht in die Gründe der Richtigkeit und darin Begründbarkeit von Erkenntnis oder Handlung als richtige.¹⁰ Selbständigkeit als Moment der Autonomie betrifft dann eigentlich nicht primär die äußerlich ungehinderte Wahl unter Möglichkeiten, sondern die kraft eigener Einsicht und Erkenntnis des Richtigen und so aus triftigen Gründen vollzogene Wahl.

– Die **faktischen Bedingungen** können den Vollzug des Wählens unmöglich machen: entweder weil trotz der prinzipiellen Fähigkeit ein entsprechendes Können des Gebrauchs der Vernunft und des Willens noch nicht vorliegt (z.B. beim Kleinkind, o.ä.) oder das schon erworbene Können aber wegen bestimmter Umstände vorübergehend nicht oder nicht richtig ausgeübt werden kann (z.B. wegen schwerer Angst, wegen Trunkenheit, beim Süchtigen, wegen großer Schmerzen, wegen Entmutigung oder depressiver Verfassung, etc.). Zu den faktischen Bedingungen für den rechten Gebrauch der Vernunft gehört natürlich individuell unterschiedliche Sachkenntnis als Fähigkeit zu einem sachgerechten Urteil aufgrund ausreichenden Wissens und Erfahrung. Wo Fachwissen erforderlich ist, ist man auf das Urteil des Fachmannes angewiesen: das trifft auch für den Bereich von Gesundheit und Krankheit zu. Zu den faktischen Bedingungen gehört aber auch eine gewisse aktuelle Urteilsfähigkeit des Patienten (in Bezug auf Krankheit Verantwortung zu übernehmen und eine vernünftige Zustimmung zu geben) wie auch des Arztes (der nicht unvorbereitet und überfordert ist, sein ärztliches Urteil bzw. die therapeutischen Maßnahmen als Ratschlag statt als Anweisung zu verstehen und gegebenenfalls mittels Erläuterung und Begründung den Patienten dafür zu gewinnen).

Angewendet auf das Kranksein bedeutet das: Kranksein hebt nicht die Aufgabe vernünftiger Selbstbestimmung zum Guten auf oder setzt sie außer Kraft, sondern umfaßt bloß einen Zustand des personalen Daseins und darin besondere Umstände und Rahmenbedingungen angesichts derer sie zu vollziehen ist. Im Normalfall wird der Patient dank des Vorliegens der faktischen Bedingungen für den rechten Gebrauch der Vernunft diese Aufgabe als Einsicht in und Stellungnahme zu den ärztlichen Erkenntnissen und Ratschlägen selbst wahrnehmen können. Wo die faktischen Bedingungen für den Vollzug vernünftiger Selbstbestimmung zum Guten fehlen, dem Patienten aber wegen seines prinzipiellen Könnens trotzdem unverkürzte Achtung gebührt (er wird nicht zum „Objekt“ oder „bloß biologischem Leben“!), sollten das unveräußerliche, moralische Recht auf körperliche Unversehrtheit bzw. die moralische Pflicht sich selbst gegenüber, vernünftig und verantwortlich für Gesundheit zu sorgen (nicht zuletzt als fundamentale Grundlage der Wahrnehmung anderer Pflichten), von anderen wahrgenommen werden können. Das sollte – Notfälle ausgenommen – nicht dem Arzt aufgebürdet werden.¹¹

Inhaltlich betrifft die *Selbstbestimmung des Kranken* zum einen sein Verhältnis und Verhalten zum Kranksein¹², das sachlich bzw. sittlich richtig sein soll und zum anderen ein Verhältnis und Verhalten zum Gesundsein, das ebenfalls vernünftig, d.h. den Forderungen der Sachlichkeit und Sittlichkeit genügen soll. Es gilt also, Gesundheit vernünftig zu wollen, d.h. eben nicht nach bloßer Laune, nach Gefühl oder Gutdünken (also blind), d.h. ohne Sachkenntnis oder als Pseudoexperte irgendetwas zur Erlangung der Gesundheit zu wollen, sondern es gilt, Rat und Hilfe bei dem, der Sachkenntnis hat, einzuholen, damit er sage, was angesichts der konkreten individuellen Situation gemäß der wissenschaftlichen Heilkunde das sachlich Richtige und daher Vernünftige ist, das man als Weg und Mittel der Wiederer-

langung der Gesundheit wollen soll. Die Hilfe der Arztes suspendiert weder teilweise noch ganz personale Autonomie; vielmehr ist sie eine faktische Bedingung für ihren Vollzug, indem er nachvollziehbare Einsicht in das Richtige verschafft.

III. Zur Arzt-Patient-Beziehung

Die Bedeutung von Autonomie für die Arzt-Patient-Beziehung kann nur geklärt werden, wenn auch bedacht wird, was unter der Arzt-Patient-Beziehung zu verstehen ist.¹³ Es ist die Frage nach der Eigentümlichkeit und Unterscheidbarkeit aller konkreten Beziehungen, die als Arzt-Patient-Beziehung begründetermaßen so bezeichnet werden wollen. Die Bestimmungen des Begriffs werden für das Handeln zu Forderungen oder Prinzipien.

Die Frage nach der Eigenart ist nicht isoliert zu lösen: die Antwort hat sich einerseits auf den Zusammenhang mit anderen Handlungsarten und interpersonalen Verhältnissen zu beziehen; andererseits hat sie darauf zu achten, daß sie, ausgehend von anthropologischen Voraussetzungen eine Theorie der Medizin und eine Systematik ihrer spezifischen Grundbegriffe beinhaltet und begründet.

Das Autonomieverständnis ist ein Aspekt der anthropologischen Grundlage: sie ist weder verzichtbares Vorwort noch beliebiges Schmückwerk einer medizinischen Theorie. Die anthropologischen Voraussetzungen und ihr Autonomiebegriff bestimmen die Art des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient, darin die Art der Erkenntnisse und des Handelns. So durchformt sie Theorie und Praxis, in Begriffen (der Gesundheit, der Krankheit und ihrer Ursachen, der Heilmittel und – methoden sowie der diagnostischen und therapeutischen Prozesse) und Prinzipien, zeigt Sinn der ärztlichen Aufgabe, Recht und Grenze ärztlichen Tuns. Unterscheidbar ist das Verhältnis Arzt-Patient durch die gemeinsame, wenngleich unterschiedliche Intention der Bewahrung oder Wiederherstellung von Gesund-

heit; für das ärztliche Handeln wird daher der Begriff der Gesundheit zum regulativen Begriff, in dem es sich als ärztliches definiert und durch den es sich zu rechtfertigen hat.

Der Arzt-Patient-Beziehung liegen nicht nur diese grundsätzlichen oder prinzipiellen Bedingungen zugrunde, die (in spezifischen Grundbegriffen und Prinzipien – gegründet auf angemessene anthropologische Voraussetzungen) ihre Eigenart und Unterscheidbarkeit bestimmen und daher darin die Grundlage möglicher „Modelle“ der Arzt-Patient-Beziehung darstellen.

Die Arzt-Patient-Beziehung ist auch von Bedingungen abhängig, die – orientiert durch die grundsätzlichen Voraussetzungen – das tatsächliche Zustandekommen einer Arzt-Patient-Beziehung betreffen und als Verwirklichungsbedingungen bezeichnet werden können: Vertrauen ist eine tatsächliche und wesentliche Bedingung, auch für die Arzt-Patient-Beziehung. Allerdings kann „Vertrauen“ – weil Verwirklichungsbedingung – selbst noch keine spezifische Beziehung begründen und so zu einem eigenen „Modell“ werden, weil es eine Bedingung bzw. eine Forderung für den Vollzug aller spezifisch personalen Beziehungen (in Unterricht, Erziehung, Verkauf, Beratung, Seelsorge, usw.) darstellt: es ist Bedingung aller Modelle personaler Beziehungen auch im Bereich Arzt-Patient – es läßt nur die Alternative menschenunwürdiger Beziehungen – z.B. in einer Atmosphäre umfassenden Mißtrauens – zu.

In der Behandlung der Bedingungen der Arzt-Patient-Beziehung wird häufig der gezeigte Unterschied in der Art von Bedingungen bzw. Forderungen übersehen¹⁴.

IV. Zu einer „Medizin der Person“

1. Ein kurzer Überblick

Was zeichnet eine „Medizin der Person“ aus – was folgt aus ihr? Sie umfaßt z.B. einen personalen Begriff der Gesundheit, der Krankheit,

der Mittel und Methoden und fordert wegen der leibseelischen Ganzheit die ausnahmslose Achtung als Person beim Umgang mit dem Leib, wie auch eine vernünftige und d.h. „naturgemäße“ Teilhabe an den Prozessen bzw. Heilmitteln. Die unbedingte Achtung der Würde begrenzt die Verfügung über den Leib und die Erlaubtheit von Mitteln und Methoden. Sie bestimmt die Art des Handelns im Blick auf die Zielstrebigkeit des lebendigen Individuums bezüglich der Gesundheit und auf die Selbstzweckhaftigkeit der Person als Ermöglichen bzw. Mitwirken mit der im Individuum gelegenen Hauptursache von Gesundheit. Das Verhältnis von Arzt und Patient ist bestimmt durch die Eigenart und die Aufgabenhaftigkeit rechten Menschseins: es fordert Anerkennung des anderen als wahrheitsbezogenes und verantwortliches Subjekt und – darin enthalten – seines prinzipiellen Könnens vernünftiger Selbstbestimmung zum Guten als grundlegende Orientierung für ärztliches Handeln. Wegen dieser nicht hintergehbaren und unaufhebbaren Wahrheitsbeziehung im rechten Urteilen und Handeln (Kant) ist diese Beziehung daher grundsätzlich als dialogisches Verhältnis zu sehen – egal ob sie imstande sind, auch tatsächlich ein Gespräch zu führen.¹⁵ Die Verwirklichung des ärztlichen Handelns im diagnostischen und therapeutischen Prozeß (als Weg zur Gesundheit) steht unter der Forderung, das Suchen von Gesundheit im Vollzug verantwortlicher Selbststimmung zu ermöglichen, sofern die faktischen Bedingungen es erlauben.¹⁶

2. Aufklärung – Forderung aus der personalen Grundlegung ärztlichen Handelns

Umstritten ist heute Sinn und Bedeutung von ärztlicher Aufklärung. Die gegenwärtige konkrete gesetzlich bestimmte Form prägt das gängige Verständnis und die aktuelle Praxis. Sie ist in der Tat einseitig und verbesserungsbe-

dürftig, was hier nicht näher behandelt werden kann.¹⁷ Zurecht inakzeptabel ist es, wenn Aufklärung als Instrument der Patientenwillkür verstanden oder gebraucht wird, weil das – wie gezeigt – mit vernünftiger Selbstbestimmung und der Arzt-Patient-Beziehung unverträglich ist. Die Frage ist daher, ob und inwiefern Aufklärung¹⁸ als solche einen Platz im ärztlichen Handeln zukommt.

Drei Begründungen bieten sich an:

- (1) Das Recht auf Unversehrtheit fordert sie als Bedingung vernünftiger Einwilligung.¹⁹ Die Achtung eines Rechts der Person und die Entsprechung gegenüber seiner vernünftigen Natur wird zur moralischen (wie gesetzlichen) Legitimitätsbedingung des Einsatzes von Mitteln und Methoden am Menschen, ohne deshalb zur Bedingung der Richtigkeit des ärztlichen Urteils oder der Wirksamkeit von Mitteln oder Methoden zu werden.²⁰
- (2) Die ärztliche Aufgabe schließt sie selbst mit ein: besteht nämlich die ärztliche Aufgabe, gegründet auf einer anthropologisch-personalen Grundlegung in der Ermöglichung vernünftiger Selbstbestimmung bezüglich Krankheit und Gesundheit, dann ist Aufklärung mit der Erfüllung der ärztlichen Aufgabe als Bedingung vernünftiger Selbstbestimmung zum Guten untrennbar verbunden. Aufklärung ist somit als eine unabschließbare und grundlegende Forderung zu beachten; sie ist keine einzelne Aufgabe, Handlungsweise oder Vorgehensweise, die nur zu einem bestimmten Zeitpunkt oder aus rechtlichen Gründen zu erledigen ist.²¹ Daß Aufklärung ebenso wie vernünftige Selbstbestimmung zum Guten auf das Vorliegen jener faktischen Bedingungen angewiesen ist, die den Vollzug erlauben, versteht sich von selbst; auch wenn diese Bedingungen fehlen, wird die grundsätzliche und alle ärztlichen Akte und Prozesse orientierende Ausrichtung auf die Ermöglichung von vernünftiger Selbstbestimmung bezüglich Krankheit und Gesundheit – und Auf-

klärung als deren Bedingung – nicht unwirksam.

- (3) Der spezifisch medizinische Grundbegriff der Gesundheit: Ein die leiblich-geistige Ganzheit der Person berücksichtigender Gesundheitsbegriff kann die Angemessenheit einer vernünftigen Teilhabe an den ärztlichen Mitteln und Prozessen als die dem Menschen „naturgemäße“ Behandlung zeigen, welche sogar im Interesse des Erreichens von Gesundheit liegt. Gesundheit vernünftig zu suchen, d.h. als vernünftige Natur bzw. naturgemäß Gesundheit zu suchen, ließe sich sogar als Recht betrachten.

Aufklärung stellt somit dann kein Element dar, das dem ärztlichen Handeln äußerlich – bloß aus rechtlichen Gründen „aufgezwungen“ – und fremd ist, sie ist kein Störfaktor, sondern eine Forderung der Anerkennung des Kranken als Person. Sie zeigt darin, daß der Arzt nicht bloß auf einen Körper und das dafür Nötige bezogen ist, sondern auf das Wohl der ganzen Person, indem es um ein vernünftiges Wollen geht, das sachlich und sittlich richtig und d.h. begründbar sein muß. Aufklärung ist somit als konstitutiv für eine anthropologisch-personale Grundlegung ärztlichen Handelns zu betrachten, d.h. daß ärztliches Handeln prinzipiell als ärztliches Handeln auf Aufklärung zielt, durch sie bestimmt ist, weil sie sonst zur tierärztlichen Behandlung wird. Konkret: nicht durch Zurückhaltung zu glänzen, nicht „Einfluß nehmen“, sondern ganz im Gegenteil, für ein vernünftiges Verhältnis zu Krankheit und Gesundheit zu sorgen, gehört mit zum ärztlichen Handeln. D.h. der Arzt wird nicht nur widersprechen, wird unvernünftige Haltung oder Einstellung kritisieren und beim Namen nennen, ja er hat – ähnlich wie es bei Geschäftsfähigkeit oder strafrechtlicher Zurechnungsfähigkeit ist – zu beurteilen, ob z.B. wegen schwerer Furcht oder anderer Faktoren wie manifester Mutlosigkeit eine vernünftige Auseinandersetzung und Erörterung überhaupt realisierbar ist.

Daraus folgt auch, daß der Arzt zu versuchen hat, den Patienten für die ihm richtig erscheinenden Maßnahmen diagnostischer wie therapeutischer Art zu gewinnen. Das schließt somit auch ein Bedenken dessen mit ein, was Gesundheit und Krankheit bedeuten und richtet sich auf eine grundsätzliche Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient. Wo sie noch nicht vorliegt, wird man um sie ringen. Das kann auch durchaus heißen, daß der eine versucht, den anderen „zur Vernunft zu bringen“, oder die Unvernünftigkeit des Wunsches oder der Ablehnung zu zeigen versucht. Wo sie nicht erzielbar ist, wird von seiten des Patienten wie des Arztes die Verweigerung der Behandlung der einzige Ausweg sein. Das gilt sowohl für Methoden der Diagnose wie Mitteln und Methoden der Therapie: sie sind keine wertfreien Instrumente, sondern bedürfen einer Einordnung und Beurteilung mit Bezug auf die Würde der Person. Einmal betrifft es die Vereinbarkeit mit dem ärztlichen Ethos und zum anderen die mögliche Verletzung seiner Würde als Person, sofern der Patient den Einsatz vorschlägt oder anregt.

Gegenstand der Aufklärung sind Urteile über das, *was ist* bzw. nach Auffassung des Arztes *sein soll* sowie seine Gründe: diese müssen angesichts einer anthropologisch begründeten wissenschaftlichen Heilkunde wie aus der Kenntnis der persönlichen Situation aufweisbar sein. D.h. hier handelt es sich nicht um „eine medizinische Speisekarte“, aus der nach Geschmack und Befindlichkeit etwas auszuwählen ist. Vielfach wird es nötig sein, die Therapie richtig abzustimmen, d.h. anhand von Details, die die spezielle persönliche Situation betreffen und – wegen der Einmaligkeit jedes Falles und seiner jeweils nur begrenzten Kenntnis – zusätzliche Information einzuholen. Es wird auch im Rahmen der vertretbaren medizinischen Möglichkeiten in Betracht zu ziehen sein, was der Patient anzunehmen imstande ist (u.U. erlaubt seine Verfassung bestimmte Methoden nicht, trotz gutem

Zureden, oder guten Gründen). D.h. nicht, daß man doch dem entspricht, was er „wünscht“. Wenn man dem inhaltlich nachkommt, dann aber nicht, weil er etwas wünscht, sondern weil entweder die Gründe des Wunsches als zureichendes Handlungsmotiv anerkannt werden oder aber die Notwendigkeit der Einwilligung bzw. sinnvollen Mitwirkung als Bedingung in der konkreten – weiterhin medizinisch vertretbaren Situation – als Entscheidungskriterium zu berücksichtigen sind.

Risikoinformation wird zu den Aspekten zählen, die in so einer Unterhaltung zu benennen und zu erwägen sind; Haftungsentlassung als Sinn und Motiv ärztlicher Aufklärung verkürzt oder verfälscht diese nicht bloß, sondern wird zum Etikettenschwindel und zur Täuschung des Patienten, da der wesentliche Sinn von Aufklärung unter der Hand durch anderes ersetzt ist: denn sie scheint im Interesse des Patienten und seiner sinnvollen Einsicht in das für sein Wohl Erforderliche zu stehen. Tatsächlich aber geht es nicht um die Einsicht des Patienten in das für ihn nach Urteil des Arztes Erforderliche und um ein vernünftiges und verantwortliches Suchen von Gesundheit, sondern nur um das Interesse des Arztes.

3. Vertrauen und Wohlwollen: Verwirklichungsbedingungen einer spezifisch personalen Beziehung

Das Zustandekommen einer spezifischen Arzt-Patient-Beziehung und somit auch das Gelingen ärztlichen Handelns ist von einer Reihe von Bedingungen abhängig. Selbst die Verwirklichung von Aufklärung – als konstitutives Element ärztlichen Handelns – wie auch das Zustandekommen verantwortlicher Einwilligung sind vom Vorliegen bestimmter Bedingungen abhängig, die einerseits das aktuelle Können beider, aber auch andererseits die Qualität der konkreten Arzt-Patient-Beziehung betreffen.

Zu diesen Bedingungen zählt z.B. nicht nur das aktuelle Können in der Realverfassung des Patienten, sondern auch eine gewisse Erfahrung im Urteilen bzw. eine dementsprechende Erfahrung des Arztes, Einsicht in seine Urteile zu vermitteln. Dazu gehören aber auch gegenseitiges Vertrauen und gegenseitiges Wohlwollen als personale Bedingungen – Wohlwollen bedingt allerdings erst Vertrauen, welches durch die handelnden Personen getragen wird und eine spezifisch personale Beziehung entstehen läßt. Wo sie fehlen, können sinnvolle Aufklärung und vernünftige Zustimmung nicht gelingen bzw. sie verfehlen ihren Sinn, werden zu Täuschung und Selbsttäuschung.

Der Mangel an Vertrauen kann von beiden Seiten verursacht sein. Mißtraut der Arzt den Auskünften vor allem eines ihm bislang unbekannten Patienten, weil er meint, daß ihm Wesentliches verschwiegen wird, weil er ihn für einen Hypochonder, für einen Weichling hält, der zu Übertreibung neigt, und der, statt etwas zu ertragen, sofort nach Schmerzmitteln ruft, oder einen, der ihn nur auf die Probe stellen will etc., wird das Interesse an den Auskünften eher gering sein. Ebenso kann der Mangel an Vertrauen auf der Seite des Patienten liegen, vor allem, wenn er sich in einem Krankenhaus mit einem ihm unbekannten Arzt konfrontiert sieht, den er nicht kennt und auf dessen Auswahl – wie nach einem Unfall – er auch keinen Einfluß hatte.

Beiden Seiten kommt die Aufgabe zu, das für ihr Verhältnis erforderliche vernünftig begründete Vertrauen des anderen zu gewinnen (im Gegensatz zum blinden Vertrauen), und jene Gründe dem anderen zugänglich zu machen, die in ihm das Motiv des freien Schenkens von Vertrauen wachsen lassen und diesen Vollzug zum verantwortlichen Akt machen.

Der Patient hat diese Gründe in seinem Verhalten gegenüber dem Arzt zu „liefern“, indem er aufrichtig – ohne Rücksicht auf sein Ansehen und mögliche Unannehmlichkeiten für ihn selbst – geordnet und verständlich alle we-

sentlichen Elemente seiner Situation und ihrer Entwicklung, Vorgeschichte etc. berichtet und bereitwillig und zutreffend Auskunft gibt, ja dafür sorgt, daß der Arzt sein Kranksein und ihn selbst soweit wie nötig kennenlernt.

Der Arzt hingegen hat ebenso in seinem Verhalten gegenüber dem Patienten Gründe für das Vertrauen in ihn beizubringen: er erwirbt es sich durch die Art seines Handelns und mitmenschlichen Umgangs, durch Verständnis, Geduld, Einfühlungsvermögen usw. Er zeigt so, daß er ein (sittlich-)guter Mensch ist und daher anderen mit Wohlwollen²² begegnet, d.h. daß er es einfach „gut meint mit mir“²³, durch seine fachliche Qualifikation und Erfahrung²⁴, dadurch, daß er genau und gut arbeitet²⁵. Dadurch erwirbt er einen guten Ruf und die Empfehlung durch andere.

Ein anderes wesentliches Hindernis, das das Schenken von Vertrauen verhindert, kann aber vor allem in einem Mangel an Wohlwollen von Seiten des Arztes liegen: in seinen Akten liegt auch eine Art der Beziehung zum Patienten selbst, die von diesem erfahren wird. Redlich kann man auch eine Reparaturwerkstätte führen, nur hat man es da mit Geräten zu tun, die schadhaft sind, d.h. Dingen, Sachen. Wo es dagegen um Personen geht, reicht „Sachlichkeit“ nicht aus: es bedarf der der Person und ihrer Einmaligkeit vorbehaltenen Zuneigung, verstärkt und differenziert durch ihre jeweilige Situation des Leids: liebende personale Beziehung, die ebenfalls bestätigt, daß es der Arzt nicht bloß mit einem Körper und chemisch-physikalischen Zusammenhängen zu tun hat, die in Unordnung geraten sind. Auch hier gilt wie bei der Aufklärung: die mitmenschliche Begegnung mit dem Leidenden, die Erfahrbarkeit von dessen Einmaligkeit in Mitleid, Trost, die Sorge um die Gestimmtheit und das Verhalten zum Kranksein (hierher gehört auch das Aufgreifen der im Verhalten liegenden Sinndimension und in ihr der religiösen Dimension – jener Dimensionen, die grundlegende Orientierung begründen und erneuern kann), die

Sorge um Optimismus, Mut Tapferkeit usw. steht im Mittelpunkt; hierher gehört aber auch die Sorge um die dem Personalen angemessenen äußerlichen – „atmosphärischen“ – Bedingungen anstelle von Gleichgültigkeit, Anonymität und Massenabfertigung usw.

Die Erläuterung der Diagnose und Therapie, der dazugehörigen Urteile und Ratschläge, die Mühe um Einsicht und vernünftige Zustimmung, sind keine Erweise des Mißtrauens, sondern lassen sich nur auf der Basis des gegenseitigen Vertrauens realisieren: denn Aufklärung selbst, die Behandlung von Gründen bzw. ihre Angabe etc., wie auch die Berücksichtigung von Einwänden oder Schwierigkeiten etc. stehen selbst noch unter der Forderung der Redlichkeit. Wo das Vertrauen mangelhaft ist oder fehlt, ist der Sinn von Aufklärung in Frage gestellt: denn dann wird den Auskünften nicht recht getraut, u.U. werden argwöhnisch andere Interessen und Absichten vermutet; kommt doch eine Zustimmung zustande, dann aus anderen Gründen als aus der Einsicht in die Richtigkeit der vorliegenden Gründe.

Ähnlich verhält es sich, wenn das Wohlwollen als Aspekt der Anerkennung als Person im Handeln des Arztes nicht vorhanden und für den Patienten auch nicht erfahrbar ist. Dann stellt Aufklärung eigentlich einen Bruch zum bisherigen Umgang mit dem Patienten dar: wo dieser Bruch bemerkt wird, wäre nicht die sture Beibehaltung des unangemessenen Umgangs mit dem Kranken als Person, sondern eher ein Überdenken des bisherigen Sinns ärztlichen Handelns zu erhoffen. Leider aber ist in der Praxis häufig das Gegenteil der Fall: mangelndes Wohlwollen macht aus ärztlicher Aufklärung einen sachlich-neutralen Formalismus. Dieser ist natürlich nicht imstande, dem Patienten Aufklärung als Element des Wohlwollens erfahrbar zu machen; sofern der Patient diesen Bruch im Umgang mitmacht und sogar seine Zustimmung gibt, gründet diese kaum in der Einsicht in dargelegte Gründe.

4. Das ärztliche Handeln in einer Medizin der Person – ein Ausblick

Aus den vorangegangenen Überlegungen kann perspektivenhaft die Bestimmung ärztlichen Handelns versucht werden.

a) Ärztliches Handeln hat sich als Ermöglichung von Gesundheit, d.h. als Mitwirken mit dem Streben nach Gesundheit eines lebendigen Individuums²⁶ zu verstehen; auf sein Dasein und seine Hauptursächlichkeit ist das Handeln angewiesen. An ihm zeigt sich in seiner Begrenztheit und Endlichkeit eine Grenze des Handelns, es erschließt sich aber auch der Geheimnis- und Geschenkcharakter des Lebendigen.

Der Art nach ist also ärztliches Handeln prinzipiell kein Herstellen und Schaffen. Es handelt sich um eine – dank Vernunft und Freiheit dem Menschen mögliche – Hilfe für seinesgleichen (aber auch für Tiere); sie dient dazu, leichter, schneller bzw. überhaupt solche Bedingungen zu schaffen, unter denen ein Normalzustand und darin eine Art Gleichgewicht wieder erreicht und durch das lebendige Individuum selbst wieder zu erhalten ist. Das schließt ein Versagen der eingesetzten Mittel oder ein Verlöschen der Kraft des Prinzips mit ein bzw. das Verbleiben des Individuums in einem dauerhaft unterstützungswürdigen Zustand.

b) Beim Menschen bedeutet damit ärztliches Handeln Ermöglichung von Gesundheit der Person²⁷. Die Anerkennung des spezifisch Personalen beschränkt sich aber nicht auf die angemessene Berücksichtigung der unterschiedlichen Dimensionen (körperlich-materiell, seelisch-geistig) und ihrer Einheit, ausgehend von der Tatsache des Verhältnisses und Verhaltens zu Krank- und Gesundsein in den Begriffen personaler Gesundheit und Heilmittelmethode.

Die Anerkennung des Personalen hat sich aber auch als konstitutives Prinzip, als grundsätzliches Gestaltungsprinzip des gesamten dia-

gnostischen und therapeutischen Prozesses zu finden: es besagt, daß das Streben nach Gesundheit naturgemäß (d.h. vernünftig) sein und das Verhältnis und Verhalten zu Krank- und Gesundsein als sachlich und sittlich richtiges bestimmt werden soll, da dies in den Rahmen verantwortlicher Selbstbestimmung gehört. Der Prozeß steht somit unter der Forderung, verantwortliche Selbstbestimmung bezüglich Gesundheit und Krankheit zu ermöglichen. Personale Autonomie fordert dann, wie gezeigt wurde, eben nicht, daß der Patient über den Inhalt, was ist und was sein soll bestimmt (wünscht etc.) oder auch nur über dessen Richtigkeit befindet, sondern fordert eine Aneignung der Urteile in Argumenten, damit sie in vernünftiger und verantwortlicher Weise angenommen oder abgelehnt werden können.

Referenzen

1. vgl. z.B. SIEGRIST Johannes: Medizinische Soziologie. 5. Aufl., München 1995; eine Vermischung der soziologischen und ethischen Perspektive ist natürlich auch nicht gerade hilfreich wie in J. SIEGRIST: Arzt-Patient-Beziehung. Ethisch. In: Lexikon der Bioethik, Gütersloh 1998, Bd. 1; S 245
2. Dieses läßt sich so verdeutlichen: welchen Stellenwert sollen angesichts von Mündigkeit Bedürfnisse und Wünsche des Patienten haben? Wie kann der „Einfluß“ des Arztes begrenzt werden, ohne die Aufgabe und Fachkompetenz des Arztes aufzuheben? Wie kann einem medizinisch unsachlichen oder sittlich inakzeptablen Ansinnen des Patienten begegnet werden, ohne eine Orientierung an Autonomie aufzugeben? Wie kann das Verhältnis von Arzt und Patient bestimmt werden, das Selbstbestimmung erlaubt?
3. Da wird z.B. von „starker oder schwacher“ Autonomie bzw. Paternalismus bzw. von „konzediertem Paternalismus“, oder von „begrenzter Autonomie“, „Autonomie im Rahmen einer akzeptierten Abhängigkeit“ usw. gesprochen.
4. Ein bloßes Bekenntnis zum „Autonomieprinzip“ in der Bioethik ist daher mehrdeutig und mißverständlich.
5. vgl. z.B. die für die amerikanische Bioethikliteratur bedeutsame Position von BEAUCHAMP T./ CHILDRESS J.F.: Principles of Biomedical Ethics. New York 1979. Hier wird eine empiristische Auffassung geboten, welche an

- J.St. MILL orientiert ist; KANTS Freiheitsverständnis läßt sich damit nicht zur Deckung bringen, wie es hier irrtümlicherweise versucht wird. Siehe ebda. S 56: „Autonomy is a form of personal liberty of action where the individual determines his or her own course of action in accordance with a plan chosen by himself or herself.“ Vgl. dazu für die deutschsprachige Literatur die Position von H.M. SASS: „Für den Arzt ändert sich die *Maxime aegroti salus suprema lex* in das *aegroti voluntas suprema lex*: nicht das Heil des Patienten, vom Arzt definiert, sondern der Wunsch des Patienten, vom Patienten definiert, ist das höchste Gebot.“: SASS Hans-Martin: Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten. Zentrum für Medizinische Ethik. Heft 78 Bochum 1992, S 3.
6. Das läßt sich so ausdrücken: „Als Menschen gestalten wir unser Leben selbst: ich allein habe über mich zu bestimmen, nichts und niemand sonst“ vgl. MÜLLER Anselm Winfried: Tötung auf Verlangen – Wohltat oder Untat. Stuttgart (u.a.) 1997 (KOHLEHAMMER; Ethik aktuell Band 3), S 22
 7. Im Anschluß an KANTS Gedanken, die *Person als Zweck in sich selbst* zu behandeln und nicht *als Mittel* zu gebrauchen und darin zu instrumentalisieren (vgl. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Akademieausg. Bd. IV, Berlin 1911, S 428 f.) bedeutet das: Achtung richtet sich dabei nicht auf Freiheit und Vernunft oder ihre Äußerungen, sondern auf das Menschsein als ganzes, als einer innerlichen leiblich-geistigen Einheit und Ganzheit. Seine Offenheit für die Wahrheit des Wirklichen und seine Bezogenheit auf das sittlich und d.h. menschlich an sich Gute (deshalb kann man ihn als Repräsentanten des Absoluten bezeichnen und auf die hierin liegende implizite Gottesbeziehung verweisen), verbindet das Individuum vor aller Aktivität und subjektiver Wertung immer schon mit allen anderen Menschen, macht die Eigentümlichkeit des Menschseins aus und begründet seine Würde. Achtung der Personwürde realisiert sich dann nur und insofern als im Handeln eine Anerkennung des Menschen als Selbstzweck erfolgt, d.h. er sich oder andere nicht als bloßes Mittel gebraucht. Die Anerkennung eigener und fremder Personwürde – auch hinsichtlich Leib und Leben – relativiert so Freiheit, Verfügbarkeit, mögliche Zwecke (z.B. dem Leben einen bloßen Gebrauchs- oder Erlebniswert zuzuschreiben und eine Bilanz zu machen, „was es noch bringen kann“); diese Anerkennung läßt keine Bedingungen zu, von denen sie abhängig wäre: seien es Umstände, bestimmte gute Zwecke oder Absichten, größtmöglicher Nutzen für alle, usw., ohne daß sie dadurch faktisch aufgegeben würde. Diese Anerkennung in der Achtung ist in diesem Sinne entweder unbedingte (als grundlegende Forderung eines kategorischen, also unbedingten oder sittlichen Imperativs) oder (als bloß hypothetische oder von anderem bedingte) gar keine.
 8. z.B. im Rahmen von Gesetzen, Rechten anderer, Menschenrechten usw.. Dazu gehört auch die Tatsache von Freiheit und Bewußtsein und die der Selbstbestimmung nicht mehr verfügbare Aufgegebenheit von Selbstbestimmung; ebenso zählen dazu die vorgegebene eigentümliche Daseinsweise der Person als leiblich-geistige Ganzheit und ihre Bestimmungen (wie Alter, Geschlecht, Sprache, Kultur, Charakter, Geschichte, Erziehung usw.) sowie die jeweiligen konkreten Umstände, aktuellen Zustände usw.. Schließlich zählen hier auch jene Bedingungen dazu, die durch ein spezifisches Verhältnis begründet sind (wie das Arzt-Patient-Verhältnis o.ä. – eine wirksame Unabhängigkeit läßt keine spezifische Beziehung zustandekommen!).
 9. Selbstbestimmung ist darin auch Bestimmung des Menschen selbst, als Verwirklichung seines Menschseins, als rechtes und richtiges Menschsein selbst. Autonomie stellt sich so als Forderung bzw. als Aufgabe im Hinblick auf rechtes Menschsein an den jeweils Handelnden dar, nicht als ein Anspruch der Freiheit gegenüber anderen.
 10. Ein bloßes selbständiges Sich-Bestimmen, ein bloßes Behaupten des Richtigen oder seine subjektive Beschränkung („für mich richtig“) ist unzureichend, es fehlt der Gebrauch der Vernunft. Ein gedankenloses Sich-Überantworten an das Angenehme oder Lustvolle erreicht nicht einmal das Niveau des Vernünftigen, verharrt in Abhängigkeit vom Sinnlichen.
 11. Dafür spricht (a) die Verteilung von Verantwortung (besonders die Einbeziehung von Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen); (b) die Vermeidung von Konflikten in der Wahrnehmung von (moralischen und gesetzlichen) ärztlichen Rechten und Pflichten; (c) der interpersonale Charakter der Arzt-Patient-Beziehung und seine Wichtigkeit in der Suche der ärztlich richtigen Urteile und Ratschläge für den spezifischen Fall (wo der Patient selbst das entsprechende aktuelle Können nicht aufweist, ihn aber niemand ersetzt, bleibt der Arzt alleine und mangels an Kenntnis der individuellen Gegebenheiten des Patienten sein Ergebnis u.U. recht mangelhaft); (d) der Charakter ärztlicher Urteile als Ratschläge, welche einer personalen Annahme in Einsicht und Zustimmung bedürfen.
 12. Das bezeichnet die Besonderheit des Menschen in seinem Krank- und Gesundsein: er ist nicht bloß krank, wie es einen Schaden oder an einer Maschine eine Störung „gibt“: Kranksein bzw. Gesundsein bezeichnen wegen Bewußtsein und Freiheit immer schon ein Verhältnis und Verhalten zu einem Zustand durch eine kranke Person.
 13. „Was“ sie ausmacht kann nicht einfach als gegeben oder selbstverständlich vorausgesetzt werden; in einer Beschreibung des heutigen Ist-Zustandes oder früherer Verständnisse oder unter fachwissenschaftlicher Betrachtungsweise wird dieses „Was“ nicht geklärt, son-

- dern neuerlich vorausgesetzt.
14. Das mag eine nicht unwesentliche Ursache für die Unlösbarkeit des (scheinbaren) Gegensatzes zwischen dem „Paternalismus-“ und dem „Autonomie“-Modell sein. Ohne eine solche Grundlagenreflexion wird auch jeder neue Lösungsvorschlag, wie z.B. das „Partnerschaftsmodell“, fragwürdig.
 15. Diese Wahrheitsbindung in Gründen und Argumenten bildet Gemeinsamkeit ohne Abhängigkeit zu schaffen; sie könnte das gesuchte – und in Kapitel 1 erwähnte – verbindliche Kriterium für die Arzt-Patient-Beziehung abgeben.
 16. vgl. auch Kapitel 6: Das ärztliche Handeln in einer Medizin der Person – ein Ausblick
 17. Man denke hier z.B. an die einseitige Verteilung von Pflichten und Rechten, Verkürzung von Aufklärung als Risikoinformation verbunden mit Haftungsentlassung, an den fehlenden sachlichen Unterschied zwischen einer Normalsituation und der Situation des Leidenden bzw. Kranken, auch an die fehlende Berücksichtigung der geordneten Abtretung von Rechten an Vertrauenspersonen, usw.
 18. Sie ist dabei verstanden als Einsicht in Sinn und Grund fallspezifischer Urteile und Ratschläge des Arztes, als aneignender Nachvollzug von Urteilen in Argumenten.
 19. Denn Einwilligung ohne Aufklärung ist sonst unvernünftig und blind. Auch die Ablehnung von Aufklärung kann blind sein und u.U. einen unverantwortlichen (instrumentalisierenden) Umgang mit Leib und Leben bedeuten. Ablehnung von Aufklärung trotz Vorliegen faktischer Bedingungen für ihren Vollzug mag aber auch begründet und vernünftig sein, da der Arzt als sachkundig und gewissenhaft bekannt ist; problematisch ist hier das Desinteresse an der eigenen Situation, Verzicht auf ein vernünftiges Verhältnis als Kranksein bzw. der Verzicht auf ein naturgemäßes Suchen von Gesundheit.
 20. Die Lösung des Problems der Einwilligungsunfähigkeit sollte daher nicht zur Infragestellung oder Beschränkung von Aufklärung und Einwilligung führen, sondern deren stellvertretende Wahrnehmung durch andere vorsehen. Für das Problem der Notfälle wäre eine Legitimierung ärztlichen Handelns aus dem *natürhaften Streben des Individuums nach Gesundheit* als Ausweg denkbar.
 21. Hier zeigt sich eine mögliche Ursache des Unbehagens über Aufklärung und ihrer Ablehnung: die Umsetzung der rechtlichen Auflagen bezüglich Aufklärung setzt voraus, daß Aufklärung als Aufgabe des ärztlichen Handelns anerkannt wird: die rechtliche Form ist weder mit ärztlicher Aufklärung identisch, repäsentiert sie weder adäquat und kann sie deshalb nicht ersetzen. Die Schwierigkeiten der Praxis dürften daher nicht primär an der Tatsache rechtlicher Auflagen liegen, noch in einem unreflektierten Autonomiebegriff, sondern in einem Mißverständnis, welches die rechtlich bedeutsamen Aspekte ärztlicher Aufklärung mit dieser gleichsetzt. Die Probleme wären dann nicht der Aufklärung anzulasten, sondern einem mangelnden Selbstverständnis ärztlichen Handelns und seiner Aufgabe.
 22. Der Patient und seine Behandlung wird nicht zum Mittel für andere Zwecke, sondern weil er Patient ist ausschließlich im Interesse seiner Gesundheit und seines Wohles behandelt, d.h. nur seine Gesundheit ist der Zweck – sie wird um ihrer selbst willen gewollt
 23. D.h. jemand, der mich nicht hintergeht, täuscht, indem er von etwas anderem als von der Hilfe für meine Gesundheit – z.B. von Interessen, Karriere, Wissenschaft, Verdienst, usw. – aber nicht von rechter Absicht geleitet ist; der das, was ich ihm offenbare, nicht gegen mich verwendet; der mir nicht schadet, meine Narkose nicht ausnützt, oder mich hintergeht, oder bestechlich ist durch meine Erben, usw.
 24. Der Fachmann und seine Qualifikation bietet alleine noch keinen hinreichenden Grund für vernünftiges Vertrauen: denn gefragt ist vor allem nach seiner Qualität als Mensch, welche ja selbst noch die Ausübung der fachlichen Tätigkeit bestimmt. Der Arzt als Fachmann kann daher nicht einfach Vertrauen „einfordern“, nur weil er Fachmann ist.
 25. D.h. daß man nicht schlampig oder leichtfertig ist, Irrtümer und Verwechslungen in Diagnose begeht, Daten sorgfältig und mit der erforderlichen Mühe erhoben hat.
 26. D.h. genauer als ein Mitwirken mit der natürlichen Zielstrebigkeit des Individuums auf Gesundheit hin und dem diesbezüglichen nicht-empirischen Prinzip
 27. D.h. genauer als ein Mitwirken mit dem nicht-empirischen, personalen Konstituierungsprinzip