

Enrique H. Prat

# Das Autonomieprinzip aus der Perspektive des Patienten

The Principle of Autonomy: The Patient's Perspective

## Zusammenfassung

Ist der Autonomiebegriff der Bioethik anthropologisch mit der Verfasstheit des Menschen vereinbar? Aus der Perspektive des Patienten ist die Frage wichtig, inwiefern der Patient autonomiefähig ist, in dem Sinne, dass er vernunftgemäß handeln kann, ohne dabei überfordert zu werden. Der Patient muss bedenken, dass der von ihm einmal geäußerte Wille für den Arzt bindend ist. Oft sind Kranke physisch, psychisch, affektiv und emotional nicht in der Lage, richtige Entscheidungen zu treffen. Ihr Urteilsvermögen ist eingeschränkt. In solchen Situationen kann sich die Autonomie sehr leicht in eine Heteronomie verwandeln. Dem Patienten beizustehen und sie in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen, bis dahin, sie ihnen abzunehmen, ist keinesfalls eine Geringschätzung ihrer Person und Verletzung ihrer Würde, sondern eine fürsorgliche Pflicht der Menschlichkeit. Dafür sind sie in der Regel auch dankbar. Der kluge Patient wird in seine Entscheidungen zwei Personenkreise einbeziehen: das menschlich-familiäre Umfeld sowie Arzt und Pflegepersonal.

**Schlüsselwörter: Autonomie, Selbstbestimmung, Patiententypologie, Patientenverfügungen, Arzt-Patient-Verhältnis**

## Abstract

Is autonomy in bioethics always compatible with the human condition? The question pertains to the patient's ability to practice autonomy in setting reasonable actions without being challenged beyond his/her capacities. The patient has to take in account that his/her will, once stipulated, is binding upon the physician. But sick persons are often unable to decide correctly because of physical, psychic, affective and emotional influences limiting their ability of judgement. In settings like this, autonomy can easily be changed in heteronomy. Yet, constant and gentle assistance to the patient, even to the point of removing the burden of decision-making, is in no way an underestimation of the patient's personal dignity, but rather a due act of humanitarian care, which is usually well appreciated by patients. The prudent patient will try to harmonize his/her decisions with persons from his personal familiar environment, as well as with the medical personnel.

**Keywords: Autonomy, Self-determination, Typology of Patients, Doctor-Patient Relationship, Patient's Living Will**

Prof. Dr. Enrique H. Prat, IMABE  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
ehprat@imabe.org

## 1 Die Perspektive der Bioethik

Die medizinische Ethik ebenso wie die Bioethik betrachten die medizinischen Handlungen aus der Perspektive des Arztes. Es geht bei ihnen darum, die moralischen Grundsätze zu definieren und zu begründen, die das ärztliche Handeln anleiten sollen. Auch die Arzt-Patient-Beziehung wird von der medizinischen Ethik etwas einseitig betrachtet: Es werden vorwiegend, wenn nicht sogar ausschließlich, die Pflichten und die Rechte des Arztes beleuchtet. Mit den Pflichten des Arztes korrespondieren entsprechende Rechte der Patienten. Die Pflichten der Patienten werden aber nicht thematisiert. Hat vielleicht der Patient gar keine Pflichten?

Das Corpus Hippocraticum und der Hippokratische Eid, die bis zum 20. Jahrhundert unangefochten das medizinische Ethos geprägt haben, hatten eigentlich keinen Anlass, die Pflichten des Patienten zu thematisieren. Der Hippokratische Eid entstand und setzte sich im Bezugsrahmen eines paternalistischen, medizinischen Paradigmas durch. Dankbarkeit und Fügsamkeit waren die Tugenden, die der Patient in der ärztlichen Behandlungsbeziehung einbringen sollte. Nur der Arzt trug die ganze Verantwortung und musste sich um alles kümmern.

Das 20. Jahrhundert verabschiedet sich immer mehr vom Paternalismus in der Medizin, der von einem auf Partnerschaft und Vertrag basierten Modell in der Arzt-Patient-Beziehung abgelöst wird. Der Vormarsch des Autonomieprinzips, welches die Aufklärung entwickelt hat und sie Ärzten und Patienten vermitteln konnte, hat nicht vor den Toren des Gesundheitswesens halt gemacht. Der Arzt wird zum Berater und Vertragspartner des Patienten. Er soll *lege artis* diagnostizieren, informieren, die Entscheidungen des Patienten vorbereiten und sie dann durchführen. Vom Patienten wieder wird erwartet, dass er aktiv mitgestaltet, die Entscheidungen trifft und die letzte Verantwortung übernimmt.

In der modernen medizinischen Ethik werden trotz größerer Auffassungsunterschiede vier anleitende Prinzipien für medizinische Entscheidungen propagiert: Autonomie, Schadensvermeidung,

Fürsorgepflicht und Gerechtigkeit. Der zugrundeliegende ethische Ansatz dieser vier Prinzipien ist der aus den USA stammende und utilitaristisch geprägte Prinzipialismus.<sup>1</sup> Das Neue in der modernen gegenüber der herkömmlichen medizinischen Ethik ist die Akzentuierung des Autonomieprinzips und der utilitaristische Ansatz zur Lösung der Prinzipienkollision. Die drei anderen Prinzipien waren bereits fixer Bestandteil des tradierten ärztlichen Ethos. Aber das Selbstbestimmungsrecht war auch der hippokratischen Ethik nicht fremd, denn sie hat die Achtung der Autonomie als einen Ausdruck des Respekts vor der Würde des Menschen, die sie hochgehalten hat, gesehen.

Die moderne medizinische Ethik, die nun als ein Teil der Bioethik in Erscheinung tritt, betrachtet weiterhin die Arzt-Patient-Beziehung einseitig aus der Perspektive des Arztes und versäumt es, sich mit den Pflichten des Patienten zu beschäftigen. Dies ist erstaunlich, weil man erwarten müsste, dass, wenn man ein Vertragsmodell als das ethisch Zeitgemäße vorlegt, nicht nur die Verpflichtungen des einen Partners, des Arztes, sondern auch die der anderen Vertragsseite, des Patienten, klar thematisiert.

### 1.1 Würde und Freiheit: Autonomie

Autonom ist, wer frei handelt. In jeder Epoche hat es Denker gegeben, die sich die Freiheit genommen haben, die Freiheit des Menschen zu negieren und als Illusion zu bezeichnen.<sup>2</sup> Diese absolut kontraintuitive Negation hat sich aber niemals durchgesetzt und wird sich auch nicht durchsetzen können, denn die fundamentale Erfahrung des Sittlichen, die jeder Mensch macht und die seine Würde begründet, setzt auch die Freiheit voraus. Diese Freiheit ist auch eine an die Sittlichkeit gebundene Primärerfahrung. Dass unser Handeln frei ist, bedeutet, dass es sich auf Grund von vernünftigen Urteilen vollzieht.<sup>3</sup>

Autonomie definiert sich als Selbstgesetzgebung der Vernunft,<sup>4</sup> schließt jede Handlungswillkür aus und bezeichnet die natürliche Tendenz des Menschen, sich nach jenen Grundnormen zu

richten, die die Vernunft als richtig anerkennt. Autonomie ist also „die Fähigkeit des Menschen, sich selbst zu bestimmen, das sittlich Gesollte und nicht das bloß naturhafte Erstrebte zu tun“<sup>5</sup>. Der Gegensatz zur Autonomie ist die Heteronomie, d. h. gegen die Vernunft zu handeln, entweder bei Fremdbestimmung oder bei Missachtung des richtigen Vernunfturteils. So gesehen begründet die Autonomie das fundamentale Recht auf Selbstbestimmung. Es ist ein Menschenrecht, das in der Arzt-Patient-Beziehung voll – und zwar in beide Richtungen – beachtet werden soll: Der Arzt soll das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung respektieren, und ebenso hat der Patient dieses Recht des Arztes zu respektieren.

## 1.2 Autonomie des Patienten

Geprägt von einem liberal-individualistischen Menschenbild hat die Bioethik in den 70er-Jahren vor allem in Amerika die Autonomie zum prioritären Prinzip erhoben. Das Autonomieideal wird als die größtmögliche Entscheidungsfreiheit aufgefasst, die ein Individuum allein und ohne Beeinflussung von allen anderen haben kann. Autonomie begründet das Recht auf Selbstbestimmung, das in der Bioethik eher negativ verstanden wird, d. h. nicht so sehr als die Fähigkeit zur selbstbestimmten, vernunftgemäßen Handlung, sondern viel mehr als ein Abwehrrecht gegen das Diktat der anderen, gegen Fremdbestimmung. In den darauffolgenden Jahrzehnten haben sich die Auffassungen von Autonomie immer mehr in Richtung „alleiniger Selbstverfügung und Freiheit von sittlicher Selbstverpflichtung“<sup>6</sup> entwickelt, bis hin zur „blinden“<sup>7</sup> Autonomie, verstanden als faktische Selbstbestimmung, als ungehinderter und unbeschränkter Vollzug des Wünschens und Wollens im Wählen.<sup>8</sup>

Es hat nicht lange gedauert, rund 20 Jahre, bis in den 90er-Jahren in der amerikanischen bioethischen Diskussion immer mehr gewichtige Stimmen laut wurden, die meinten, mit der Autonomie zu weit gegangen zu sein.<sup>9</sup> In Europa hat das Autonomieprinzip erst viel später in den bioethischen

Diskurs Eingang gefunden. Doch auch hier hatte es in der Praxis schon einen vielleicht zu hohen Stellenwert erreicht. Immerhin schrieb 1992 einer der damals führenden Bioethiker des deutschsprachigen Raums, Hans Martin Sass, mit Genugtuung, dass die hippokratische Maxime „aegroti salus suprema lex“ von „aegroti voluntas suprema lex“ abgelöst worden sei.<sup>10</sup>

Wie bereits erwähnt wird die Autonomie meist nur aus der Sicht des Arztes betrachtet. Es geht dann um den Schutz des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten: Was darf der Arzt tun und was nicht? Wie soll er den Patienten aufklären, damit dieser sein Autonomierecht wahrnehmen kann? Was muss er vermeiden, damit er nicht ungebührlich dessen Willen beeinflusst? Zu welchen Handlungen ist der Arzt verpflichtet, um den Willen des Patienten zu erfahren, bzw. damit der Patient seinen Willen zum Ausdruck bringen kann? Unter welchen Umständen darf er sich weigern, den Willen des Patienten auszuführen?<sup>11</sup>

In der Folge soll aus der ungewöhnlichen Perspektive des Patienten die Arzt-Patient-Beziehung betrachtet werden. Die Fragestellung ist: Was bedeutet es für den Patienten in der Praxis, seine Autonomie, d. h. seine Selbstbestimmung in der Arzt-Patient-Beziehung einzubringen? Selbstbestimmung soll wie oben erwähnt aber nicht irgendein beliebiger Willensakt sein, sondern das vom Patienten erkannte „sittlich Gesollte“ zum Ziel haben, denn Autonomie ist die Fähigkeit, das sittlich Gesollte, und nicht das bloß naturhaft Erstrebte (Trieb) zu wollen.

## 2 Die Perspektive des Patienten

### 2.1 Die anthropologische Dimensionen des Patienten

Autonomie muss immer auf die Person bezogen werden. Sie ist ein Kennzeichen des personalen Vollzugs. Der Patient ist vor allem „Person“, d. h. ein vernunftbegabtes Individuum mit unermesslicher Würde. Der Patient darf in jeder Beziehung, also auch in der ärztlichen, als Subjekt und niemals

nur als Objekt angesehen und betrachtet werden. Eine Person existiert aber nicht nur als Individuum, sondern auch wesentlich in ihrer Beziehung zum gesellschaftlichen Umfeld. Der Patient ist als Mensch auch wesentlich ein soziales und dialogisches Wesen. Man kann erst „ich“ sagen, wenn es auch ein „Du“ gibt. Ja, unser „Selbst“ schließt den „Anderen“ von Anfang an mit ein.<sup>12</sup>

Der Mensch braucht immer auch ein „Du“, denn anerkannt und geliebt zu werden, gehört zu den primären geistigen Bedürfnissen des Menschen. Der Autonomievollzug ist in der Radikalität der Isolation des Individuums, das sich von seinem Umfeld abschottet, nicht denkbar, denn dies würde wider jede Vernunft sein. Ein Individuum erarbeitet seine Identität gerade in einem immerwährenden Dialog mit seiner Umgebung. Jemand, der in der Illusion lebt, dass sein Umfeld kaum Einfluss auf ihn nimmt, wäre naiv. Ebenso wäre jemand unklug, wenn er sich von niemandem etwas sagen lassen wollte.

Die soziale Dimension des Menschen spielt beim Patienten eine ganz besondere Rolle. Er ist als Hilfsbedürftiger auf die Hilfe anderer angewiesen, und zwar nicht allein auf die des Arztes, sondern auch auf die seines Umfelds. Das bringen Uexküll und Wesiak auf den Punkt: „Unser Gefühl der Autonomie, d. h. des gesunden Verfügungkönnens über die eigenen Kräfte setzt – ohne dass wir es bemerken – das harmonische Ergänzt-werden unserer Leistungen durch die Gegenleistungen der Umgebung voraus.“<sup>13</sup> Autonomie ist also ein Erleben des eigenen Selbst im Rahmen eines Gefühls der Gemeinsamkeit oder, wie Christian es ausdrückt, eines „Gefühls des Zusammen“<sup>14</sup>.

Ist der Autonomiebegriff der Bioethik mit den skizzierten anthropologischen Dimensionen, d. h. mit dem Wesen des Menschlichen vereinbar? Viele meinen, dass eine radikale Autonomie in vielen Fällen den Patienten überfordert. Charles Taylor<sup>15</sup> hat überzeugend dargelegt, dass der Individualismus der Moderne den Menschen zu einer Identitätskrise geführt hat, weil der Mensch vor dem neuen

Anspruch, die Mündigkeit müsse aktiv vollzogen werden, oft gezwungen ist, im Alleingang eine Identität zu erarbeiten, die ihm bis jetzt im Großen und Ganzen durch den sozialen Kontext vermittelt wurde. Die neuen Mündigkeitsforderungen, die Selbstbestimmung, lassen den Menschen vielfach allein auf der Suche nach einer Identität, nach einem Selbst. Auch MacIntyre hat darauf hingewiesen, dass, während in den vormodernen Zeiten die allgemein anerkannten und in der Gesellschaftsstruktur fest verankerten Kategorien und Prinzipien das Profil der individuellen Identität eines jeden Menschen stark bestimmten, wir heute feststellen, „dass das demokratisierte Selbst, das keinen notwendigen sozialen Inhalt und keine notwendige soziale Identität hat, jede Rolle annehmen oder jeden Standpunkt beziehen kann, weil es für sich genommen nichts ist.“<sup>16</sup>

## 2.2 Patiententypologie einer Medizin im Umbruch

Man kann den kranken Patienten darstellen wie man will, er ist und bleibt zunächst ein Hilfesuchender in der Not. Gerade diese Situation von Not und Hilfesuche besitzt Appellcharakter.<sup>17</sup> Die Antwort darauf ist das ärztliche und pflegerische Handeln. Der kranke Patient ist auf den konkreten Arzt und den Pfleger, mit denen er in Beziehung tritt, angewiesen. Die Heilung und die Linderung seiner Not werden vor allem davon abhängen, dass alle anstehenden pflegerischen und medizinischen Entscheidungen fachgerecht im richtigen emotionalen Kontext des Patienten und seines Umfelds dialogisch getroffen werden. Die Zustimmung des Patienten ist die Voraussetzung der Behandlung, aber sie fließt aus diesem dialogischen Prozess als Ergebnis heraus. Der kranke Patient hat nur laienhafte Vorstellungen über Therapieziele: Er will geheilt werden und dabei nicht leiden. Was aber möglich ist, erfährt er vom Arzt. Mit ihm wird sich der Patient über Therapieziele und erträgliche Nebenwirkungen einigen. Noch weniger Ahnung hat der Patient von den Therapiemitteln. Er wird

zwar auch seine Wünsche äußern können, aber im Grunde wird ihn der Arzt darüber aufklären müssen, welche Mittel in der gegebenen Situation am besten und unter größtmöglichem Ausschluss von unerwünschten Nebenwirkungen zum Ziel führen. Wichtig dabei ist, dass der Patient sich als Person angenommen sieht und sich verstanden fühlt. Dann wird er sich dem Arzt als Coach anvertrauen.

Mit dem Wandel der Medizin hat sich aber auch der Begriff „Patient“ enorm geändert. Wo neben Heilung und Linderung auch ohne eigentliche Indikation chirurgische Eingriffe und/oder medikamentöse Behandlungen zu Bewirkung von somatischen und funktionalen Verbesserungen (Enhancement) nach Wunsch betrieben werden, kann nicht mehr nur vom kranken Patienten, sondern muss auch vom mündigen Klienten gesprochen werden. Symmetrisch dazu hat sich das Bild des ärztlichen Berufes und sein Ethos geändert: Der Helfer in der Not – Heiler und Linderer – wird immer mehr zum wunscherfüllenden Dienstleister.<sup>18</sup> Das fürsorgliche Ethos wird weitgehend von einem ökonomischen Vertragsethos abgelöst. Welche Gefahr diese Entwicklung mit sich bringt hat Giovanni Maio auf den Punkt gebracht: „Die Umfunktionalisierung des Patienten zum Kunden bedeutet daher nicht weniger als die Ausblendung des Menschseins im Kunden und die Instrumentalisierung seiner Person zum Zwecke der Gewinnmaximierung.“<sup>19</sup>

Der Kranke *muss* in seiner objektiven Not zum Arzt gehen und erwartet sich von ihm Heilung und Linderung durch fachlich kompetente Fürsorge. Der Klient-Patient – unabhängig davon, ob er in der Not ist oder nicht – bestellt beim Arzt ganz bewusst und selbstbestimmt eine konkrete Leistung und erwartet sich von ihm die genaue Ausführung. Das ärztliche, fürsorgliche Ethos verpflichtet den Arzt aber zur Hilfeleistung in der Not. Er muss handeln, er darf sich der Aufgabe nicht entziehen. Beim Klienten wird Fürsorge nicht mehr gefordert und gefragt. Im Gegenteil, es wäre für den Kunden herabwürdigend. Die Asymmetrie der ursprünglichen Arzt-Patient-Beziehung ist durch das Wegfal-

len der Not mindestens zum Teil wettgemacht.

Diese zwei Patiententypen begründen wesentlich unterschiedliche Arzt-Patient-Beziehungen. Es handelt sich aber um Idealtypen, die in der Realität in einer Vielzahl von Mischformen auftreten. Je nach Krankheit, gesundheitlichem Zustand, sozialem Status u. dgl. entstehen Patiententypen mit unterschiedlichen Patienten- und Klienten-Komponenten. Einige Beispiele:<sup>20</sup>

- a) Bei physisch und psychisch schwer belastenden Krankheiten tritt der Patient in der Ordination oder im Krankenhaus als rein Hilfesuchender und der Arzt als Helfer in der Not auf: Hier ist der erste Typus (kranker Patient) absolut prävalent.
- b) Bei meistens überraschend auftretenden Infektionskrankheiten tritt der Arzt als Heiler und Helfer auf, und der Patient verhält sich vorwiegend nach dem Kranker-Patient-Typus.
- c) Bei chronischen Krankheiten, nach der Akutphase ergibt sich eine geteilte Verantwortung mit Entscheidungspriorität des Patienten. Der Patient beginnt auch Klient zu werden, indem er sich erkundigt, selber Vorschläge macht, eine zweite Meinung einholt usw. Der Arzt wird zum Teil Helfer aber auch zum Teil Partner, Berater, Vermittler und Koordinator.
- d) Bei Krankheiten, die Folgen von gesundheitsschädigendem Verhalten und Konsumgewohnheiten sind, wird der Arzt auch Anbieter von Dienstleistungen und Produkten.
- e) Bei Funktions- oder Merkmalverbesserungswünschen<sup>21</sup> (Wunscherfüllende Medizin/Enhancement)<sup>22</sup> ist die Klient-Komponente dominant, obwohl auch eine Kranken-Komponente vorhanden sein kann, z. B. bei eklatanten Fehlbildungen, aber auch bei körperdysmorphen Störungen.

Die Forderung der medizinischen Ethik an den Arzt, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten, erfordert von ihm, den genauen Patiententypus zu erkennen, damit er sich ihm gegenüber richtig verhält: fürsorglich bis bevormun-

dend, wenn der Patient es selber will und verlangt, oder partnerschaftlich beratend, wenn dies so gewünscht wird. Aber zwischen reiner Bevormundung und reiner Beratung gibt es viele Graustufen.

### 2.3 Typen von autonomen Entscheidungen

Das Patientenbild im modernen medizinischen Ethos ist das der autonomen Person, die über sich selbst zu bestimmen hat: der mündige Patient also. Das heißt, das Selbstbestimmungsrecht stellt den Patienten de facto vor die Pflicht, über sich selbst zu bestimmen und gegebenenfalls sogar im Voraus eine Patientenverfügung für den Fall einer Entscheidungsunfähigkeit zu unterzeichnen.

Aus der Perspektive des Patienten ist die Frage wichtig, inwiefern der Patient autonomiefähig ist, im Sinne, dass er vernunftgemäß handeln kann, ohne dabei überfordert zu werden. Der Patient muss bedenken, dass der von ihm einmal geäußerte Wille für den Arzt bindend ist, und wenn er falsch entscheidet, d. h. gegen die eigene Vernunft, hat er möglicherweise keine Korrekturmöglichkeiten. Es sei nochmals gesagt: Autonom ist, wer das sittlich Gesollte wählen kann und wählt. Selbstbestimmung ist ein personaler Vollzug, der von der Vernunft (*recta ratio*) ausgeht, die den Willen anleitet. Heteronom oder nicht-autonom ist, wer tun muss, wozu ihn jemand anderer mit Gewalt zwingt, aber auch, wer – aus welchem Grund auch immer – nicht richtig entscheiden kann und trotzdem partout das tun will, was ihm allein einfällt. Oft erkennt der Mensch erst im Nachhinein, dass er unter dem Einfluss von diesem oder jenem gehandelt hat oder nicht im Stande war, dies oder jenes zu berücksichtigen, und eigentlich nicht getan hat, was er wollte – er hat einfach nicht richtig gedacht. In der Regel stehen Kranke unter einem größeren oder kleineren emotionalen Schock und haben geistige und leibliche Schmerzen zu erleiden. In dieser Situation ist ihr Urteilsvermögen eingeschränkt. Ihnen beizustehen und sie in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen bis dahin, sie ihnen abzunehmen, ist keinesfalls eine Geringschätzung ihrer Person und Verletzung

ihrer Würde, sondern eine fürsorgliche Pflicht der Menschlichkeit. Dafür sind sie in der Regel auch dankbar. Meistens möchten Kranke in solchen Situationen keine Entscheidungen selber treffen, und trotzdem werden sie im Spital und in den Ordinationen oft damit konfrontiert, weil die Gesetzgebungen der meisten Länder verlangen, dass sie mündig vor den einzelnen medizinischen Eingriffen zumindest formell ihre Einwilligung erteilen.

Wie kann der Patient sich entscheiden, obwohl er dazu physisch oder psychisch oft kaum in der Lage ist? Vor zehn Jahren habe ich diese Frage im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung behandelt.<sup>23</sup> Damals habe ich sie (*die Frage*) mehr aus der Perspektive des Arztes beleuchten wollen, hier soll die Perspektive des Patienten im Vordergrund stehen. Die konkrete Fragestellung ist: Wie soll sich ein mündiger Bürger im Krankheitsfall verhalten, der gewohnt ist, selbst die Entscheidungen, die er trifft, zu verantworten, aber die Erfahrung hat, dass er manchmal wegen physischer oder psychischer Gebrechlichkeit nicht richtig entscheidet? Das ist eine Frage der aristotelischen Tugend der Klugheit, oft auch Weisheit genannt. Was tut die weise Frau, der weise Mann? Klugheit ist jene moralische Haltung, die Vernunft und Willen in ihrem Zusammenspiel unterstützt.<sup>24</sup> Sie wird definiert als das Handeln nach der rechten Vernunft (*recta ratio agibilium*).<sup>25</sup> Sie ist auch für den Patienten eine sehr wichtige Tugend, gerade in kritischen Situationen.<sup>26</sup>

Bekanntlich wird diese Tugend in drei Akten vollzogen: Beratung, Entscheidung, Befehl. Die Beratung ist umso wichtiger, je schwächer die Fähigkeit zur Entscheidung und zum Befehl ist. Deshalb wird sich der kluge Patient in entsprechender Weise bei kompetenten Menschen seines Vertrauens beraten lassen, sodass Entscheidung und Befehl aus diesem Beratungsprozess fast von selbst herausfließen.

In der Beratung des klugen Patienten werden zwei Personenkreise einbezogen: das menschlich familiäre Umfeld sowie Arzt und Pflegepersonal. Wie klug diese Einbindung des Umfeldes ist, haben besonders Uexküll und Wesiak hervorgehoben:

„Die Beziehung 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>27</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 den autonomen Entscheidungen das Umfeld einzubeziehen. Dies gilt für jede Person, Arzt wie Patient, bei jeder Entscheidung. Ganz besonders aber gilt dies, wenn die Willensfähigkeit geschwächt 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 von den Geschwächten, sich nicht auf Stärkere stützen zu wollen. Ebenso wäre es unmenschlich, wenn der Stärkere den Schwächeren nicht unterstützte.

Und welche Entscheidung kann bzw. soll der Patient treffen? Man kann 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>28</sup> Während die Entscheidungen erster Ordnung immer dann getroffen werden müssen, wenn die Situ-

ation es verlangt, sind die Entscheidungen höherer Ordnung in der Regel stabile, langfristig getroffene Festlegungen, die zur Identität der Person gehören. D. h., auch wenn der Betroffene nicht bei Bewusstsein ist, können meistens über sein Umfeld solche Festlegungen in Erfahrung gebracht werden.

Der vernünftige Patient – ob Kranker oder Klient – wird die richtige Entscheidung zweiter Ordnung mit Hilfe von vertrauten Personen zu treffen versuchen. Die Entscheidung wird nicht leichtfertig getroffen, denn es könnte um das Überleben gehen. Wenn diese Entscheidung richtig getroffen ist, dann wird sich der Patient viele schwierigere Entscheidungen erster Ordnung ersparen, ohne deswegen fremdbestimmt zu sein. Muss er die Entscheidungen erster Ordnung auch selber 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 kaum Sachwissen hat und sich nicht sicher sein kann, ob er sich gewisse Entscheidungen zutrauen soll, 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, Steuerberater, Elektroinstallateur oder Schlosser) grundsätzlich dieselbe. Die Arzt-Patient-Beziehung ist aber an sich unvergleichbar mit jenen anderen. 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 sogenannte 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).

#### **2.4 Autonomie aus der Perspektive des Patienten**

Jeder Mensch erlebt seine Krankheiten individuell anders und reagiert auch auf seine eigene Art und Weise auf den Ausbruch einer akuten Krankheit. Die meisten Patienten haben kein Problem mit dem Selbstbestimmungsrecht. Sie gehen auf Behandlungsverträge ein, ohne sich dessen bewusst zu sein, dass sie einen solchen schließen, sie suchen beim Arzt Hilfe und Führung, sie erzählen ihm die Symptome, die sie für wichtig halten, sie bemühen sich, gut zuzuhören und verhalten sich ruhig, trotz Besorgtheit und Beklemmung, solange sie den Eindruck haben, dass sie gut geführt werden und hoffen können, dass sie das Beste erreichen werden, was in dieser Situation möglich ist. Was der Patient vor allem braucht ist das Gefühl, als Mensch angenommen zu werden, das Verständnis des Arztes und des Pflegepersonals laufend zu spüren, dann aber auch kompetente Führung, d. h. er muss das Gefühl haben, dass er einen verlässlichen Gesundheitscoach hat.

Wie erlebt der Patient seine Autonomie in der Praxis? Versuchen wir, dies ausgehend von zwei ganz einfachen, gewöhnlichen Fällen aus dem medizinischen Alltag zu beschreiben:

##### **Fall 1: In der Ordination**

Ein 50-jähriger Mann, der sich im Großen und Ganzen für gesund hält, bekommt am Wochenende Schmerzen im ganzen Bauchraum, die ihn schwer beunruhigen. Er kann nicht mehr gut schlafen und leidet unter ständigem Völlegefühl. Er überlegt

alles Mögliche, auch erfüllt es ihn mit panischer Angst, dass er eine Krebserkrankung haben könnte, zumal in den letzten Monaten zwei Bekannte daran gestorben waren. Am Montag sucht er die Ordination seines Hausarztes auf. Nach kurzer Untersuchung teilt ihm dieser mit, dass er wohl eine Gastritis infolge der Nebenwirkung eines Medikaments habe, das er schon längere Zeit einnehme. Jenes Medikament wird vorerst abgesetzt und ein neues gegen Gastritis verschrieben. Er wird angewiesen, sich innerhalb von 48 Stunden wieder zu melden, wenn die Beschwerden nicht schlagartig verschwinden. In diesem Fall müsse weiter untersucht werden. Tatsächlich tritt die erhoffte Besserung nicht ein, und der Hausarzt überweist ihn zum Internisten. Dieser veranlasst eine Gastroskopie, bei welcher eine ausgeprägte Gastritis und ein Zwölffingerdarmgeschwür festgestellt werden. Eine sofort eingeleitete Therapie führt nach einigen Wochen zur Beschwerdefreiheit.

##### **Fall 2: Im Krankenhaus**

Eine 45-jährige Patientin bekommt zunehmend Schmerzen im Knie, die ihr zunächst die Sportausübung unmöglich machen, dann aber – während eines Auslandsurlaubs – so stark werden, dass sie sich wegen der Schmerzen nur schwer hinkend fortbewegen kann. Der Orthopäde diagnostiziert an Hand der relevanten Befunde eine Meniskusruptur und stellt die Operationsindikation. Nach einem Aufklärungsgespräch mit dem Chirurgen über Art und Umstände des Eingriffs, einem Gespräch mit einer Krankenpflegeperson, sowie nach Ausfüllen und Unterschreiben diverser Aufklärungs- und Einwilligungsformulare erfolgt ein Gespräch mit dem Anästhesisten. Dieser stellt eine Vollnarkose und eine Spinalanästhesie zur Auswahl und erklärt die Risiken, Vor- und Nachteile beider Methoden. Dann bittet er um eine Entscheidung. Die Patientin möchte gerne wissen, was er, der Anästhesist, und der Chirurg empfehlen würden, doch möchten diese sie in ihrer Entscheidung nicht beeinflussen. Das irritiert die Patientin, zumal sie sich in diesen Fra-



gen – trotz der stattgehabten Erklärungen – nicht kompetent genug fühlt. Schließlich entscheidet sie sich „aus dem Bauch heraus“ für die Spinalanästhesie. Die Operation verläuft problemlos und zur vollen Zufriedenheit der Patientin. Dennoch bleibt ihr in Erinnerung, sich überfordert gefühlt zu haben. Es wäre ihr lieber gewesen, wenn ihr der Operateur die Entscheidung über die Art der Anästhesie abgenommen hätte.

Man kann nicht alle medizinischen Fälle auf diese zwei reduzieren, aber sie illustrieren, dass in den meisten Fällen der Patient gerne die Gesundheitsstrukturen, die die Gesellschaft, der er angehört, geschaffen hat, in Anspruch nimmt, dass er die Asymmetrie der Beziehung zum Arzt und noch mehr zum Gesundheitssystem akzeptiert und daher bereit ist, mit einem Arzt ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Das alles will er, ohne dafür formell einen Willensakt kundtun zu müssen. Selbstverständlich bedeutet das nicht, dass er sonst auf die Selbstbestimmung als ein Abwehrrecht verzichtet. Das Recht schützt gegen ungewollte Einmischung. Dafür kann er vorsorgen, wenn er ganz bewusst die Entscheidung zweiter Ordnung getroffen hat, mit einem Arzt seiner Wahl ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Darauf kommt es wahrscheinlich in 99 Prozent der Fälle im medizinischen Alltag an.

Bei Fall 1 fragt man sich, ob der Patient eine andere Entscheidung hätte treffen können, abgesehen davon, zu einem Arzt zu gehen, und, wenn das nicht sein Hausarzt ist, mit ihm ein Vertrauensverhältnis aufzubauen? Das notwendige, gegenseitige Vertrauen kann in der Regel bei normalen kommunikativen Fähigkeiten von Arzt und Patient sehr rasch entstehen. Es geht einfach darum, dass der behandelnde Arzt den Patient übernimmt, mit ihm das Therapieziel ausmacht und ihm das Gefühl vermittelt, richtig „gecoacht“ zu werden. Der Patient kann natürlich jederzeit die Diagnose in Frage stellen, sich der Therapie verweigern, eine andere Vorgangsweise vorschlagen usw. Alle diese Maßnahmen können manchmal berechtigt sein. Der

kluge Patient kann aber nur hoffen, dass es nicht dazu kommt, weil die Entscheidungen, die dann von ihm verlangt werden, in der Regel seine Kompetenz übersteigen würden und keine optimale Behandlung erwarten ließen.

Im Fall 2 läuft alles genauso wie bei Fall 1, aber es kommt hinzu, dass die Patientin einige Aufklärungs- und Zustimmungsbogen vor der Operation unterschreiben musste. Dies ist allerdings ein rein formaler Akt zur Absicherung des Arztes und des Krankenhausträgers. Natürlich sind die Bögen eine Hilfe für den Arzt, der sich so manche Erklärungen erspart, die auch der „mündige“ Patient nicht so genau hören will. Ob mit dieser Art Aufklärung ein *informed consent* in Sinne der modernen Ethik erreicht ist, wird in der Literatur und auch in der Praxis angezweifelt. Was die Patientin dieses Falles noch mehr stört, ist, über die Anästhesieart entscheiden zu müssen. Da hilft es sicher wenig zu hören, dass bei der einen Methode in 2 Prozent der Fälle mit Komplikationen zu rechnen ist und bei den anderen nur in 1,5 Prozent, aber die erstere insgesamt angenehmer sei. Die Patientin hätte lieber gehabt, dass sich der Chirurg und der Anästhesist auf eine Methode geeinigt und ihr eine Empfehlung abgegeben hätten, der sie mit Sicherheit auch zugestimmt hätte.

Zusammenfassend: Was die Patienten der oben in 2.2 beschriebenen Patiententypen a) und b) wollen, ist, richtig betreut zu werden. Sie sind sich völlig der Asymmetrie ihrer Beziehungen zum Arzt bewusst und sind bereit, alles von ihm anzunehmen, solange dieser um ihr Vertrauen bemüht ist. Anders verhält es sich beim anderen Patiententyp. Beim chronischen Patienten (c) können verschiedene Faktoren das Vertrauensverhältnis stören: Internet, Gesundheitsseiten von Zeitungen, Ratschläge von anderen Patienten usw. Der Patient hat leichte, allerdings meistens sachlich nicht richtige Vergleichsmöglichkeiten seiner Therapie und begehrt vielleicht eine andere Behandlung. Auf einer anderen Ebene muss man die Einholung einer *second opinion* sehen, die sicherlich in vielen Fällen klug

ist und mit der Zustimmung des behandelnden Arztes erfolgen kann.

### 3 Grenzen der Patientenautonomie aus der Perspektive des Patienten

#### 3.1 Die Grenze zwischen Autonomie und Heteronomie

Das positive Recht gibt dem selbstbestimmungsfähigen Patienten das Recht, eine medizinische Maßnahme zu verweigern, auch wenn das Unterlassen der Maßnahme fachwissenschaftlicher Vernunft, ärztlichem Berufsethos und dem individuellen Gewissen des Arztes widerspricht. Es stimmt, was Birnbacher und Dabrock behaupten: „Weder die Gewissensfreiheit noch das Berufsethos des Arztes oder wissenschaftliche Erkenntnisse können einen Eingriff in die Selbstbestimmung des Patienten rechtfertigen.“<sup>29</sup> Dies gilt auch dann, wenn die Verweigerung direkt zum Sterben führen würde. Der Patient weiß sich auch dann geschützt: Der Arzt kann nichts gegen seinen Willen tun. Damit wird aber keineswegs die Sittlichkeit der Verweigerung gesetzlich sanktioniert. Die juristische und die ethische Ebene stehen miteinander in Beziehung, haben aber unterschiedliche Rationalität.

Was kann mit der neuen Maxime „voluntas aegroti suprema lex“ („der Wille des Patienten ist höchstes Recht“) gemeint sein? Kann der Patient alles verlangen? Dies ist eine Forderung an den Arzt, die bedeuten muss, dass er nicht ohne Zustimmung des Patienten behandeln kann, nicht aber, dass er alles, was sich der Patient wünscht, auch tun muss. Auch der Arzt hat ein Selbstbestimmungsrecht, das er geltend machen kann. Sein Ethos wird prinzipiell nichts rechtfertigen, was gesundheitsschädlich ist. Mit Ausnahme von Notfällen muss auch der Arzt nicht auf einen Behandlungsvertrag eingehen. Das heißt, die Maxime „voluntas aegroti suprema lex“ stellt dem Patienten keinen Blankoscheck aus, sondern setzt dem ärztlichen Handeln eine Grenze.

Wo liegen nun die Grenzen der Autonomie aus der Perspektive des Patienten? Gleich wie bei jedem Menschen: Autonomie definiert sich als Selbstge-

setzung der Vernunft<sup>30</sup> und schließt, wie oben (vgl. 1.1) erwähnt wurde, jede Handlungswillkür aus. Somit ist jeder Mensch und daher auch der Patient vor die ethische Forderung gestellt, nach dem zu suchen, was die Vernunft als richtig erkennt. Diese stellt die Grenze der Autonomie dar, sodass über diese Grenze hinaus der Mensch nicht mehr von sich behaupten kann, er sei autonom, sondern er wäre dann heteronom. Denn wer Unvernünftiges tut, tut es nur, weil er nicht erkennt, dass er sich im Irrtum befindet – sonst würde er es nicht wollen. Darin liegt seine Heteronomie. Das erste ethische Prinzip *tue Gutes und vermeide Böses* gilt zuerst für jeden selbst. Nicht alles, was dem Menschen einfallen kann, muss schon per se vernünftig und gut sein. Es geht darum, zwischen dem Guten dem Scheine nach und dem objektiv Guten zu unterscheiden. Dazu braucht der Patient auch die sittlichen Tugenden. Sie sind das Tor zur wirklichen Autonomie. Wer nach den Tugenden handelt, bleibt immer autonom und wird nicht heteronom.<sup>31</sup>

Weiters ist sich der kluge Patient dessen bewusst, dass er in eine Situation kommen kann, in der er vielleicht seinen Willen äußert, dennoch physisch und psychisch nicht in der Lage ist, wirklich etwas zu wollen, geschweige denn, eine autonome Entscheidung zu treffen. Das heißt, seine Äußerungen könnten zwar formell als bindender Patientenwille gewertet werden, aber trotzdem nicht autonom sein, denn sie wären weder seine wirklich gewollten Entscheidungen noch vernünftig, weil sie in einem emotionalen und geistigen Zustand getroffen werden, der nicht geeignet ist, um lebenswichtige Entscheidungen vernünftig zu treffen. Wer schützt dann den Patienten sozusagen vor sich selbst? Das Gesetz sicher nicht, auch der Arzt nicht. Der Patient ist nicht dement, und kein Arzt wird sich trauen, eine Unzurechnungsfähigkeit zu bescheinigen. Der kluge Patient müsste sich für diese Situation jemanden – in der Regel aus seinem unmittelbaren familiären Umfeld – anvertrauen können, und mit bestimmten Personen aus diesem Umfeld jede Willensäußerung abstimmen und

sogar bereit sein, ihrem Rat gegen seinen Willen zu folgen, solange die Situation andauert. Der kluge Patient wird sogar schriftlich dokumentieren, wenn er im Krankheitsfall als Mitentscheider haben will.

Es ist bedauerlich, dass in unserer individualistischen und atomisierten Gesellschaft immer mehr kranke Menschen niemanden haben, dem sie sich wirklich anvertrauen können, und dass die Familie immer weniger die ureigenste Funktion erfüllt, ihren alten und kranken Mitgliedern in schweren Situationen so beizustehen, dass sie ihnen viele Entscheidungen abnimmt und so Schutz und Geborgenheit spendet. Man muss aber klar sehen, dass es in der Frage zum gut funktionierenden Familienverband keine gleichwertigen Alternativen gibt, zumal die Familie die Autonomie des Patienten am besten sicherstellen kann.

### 3.2 Selbstbestimmungen als Vorausbestimmung?

Die schriftlichen Patientenverfügungen werden von den Befürwortern eines radikalen Autonomiebegriffes als ein geeignetes Instrument der Selbstbestimmung für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit gesehen. Die Dokumentation der antizipierten Entscheidung dient aber in erster Linie zur Absicherung der Ärzte. Es ist mühsam, nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu suchen, wenn sich dieser nicht mehr äußern kann. Eine Vorausklärung spart den Ärzten diese Mühe und ist überdies prinzipiell unanfechtbar. Juristen befürworten sie, viele Ärzte aber, die die Interessen der Patienten vertreten, sehen hierin große Probleme, obwohl sie eigentlich die ersten sind, die einen Vorteil daraus ziehen.

Hier scheiden sich die Wege von Recht und Ethik. Eine nach dem Gesetz eingerichtete Patientenverfügung soll verbindlich sein. Es ist nicht daran zu zweifeln, dass sie den Willen des Patienten zum Zeitpunkt ihrer Errichtung darstellt. Aus anthropologischer und ethischer Sicht relativiert sich aber die Verbindlichkeit einer Vorausverfügung zu einem späteren Zeitpunkt, weil bei deren Einrich-

tung die Unmittelbarkeit der Entscheidungssituation und damit dem Patienten zwangsläufig ganz wichtige Informationen zu seiner Entscheidung fehlen. Wie oft wurden Ärzte und Pflegepersonal von der Leichtigkeit überrascht, mit der ein Patient beim Eintreten des Ernstfalls seine oft wiederholten Wünsche krass revidiert! Wie anders klingen dann die Worte der Patientenaufklärung, und wie schnell ändert sich die Stimmungs- und Einsichtslage! Auch konnte eine repräsentative Befragung von Patienten, Gesunden, Ärzten und Pflegepersonal in Deutschland bestätigen, wie unterschiedlich die Entscheidungslage je nach Grad der Betroffenheit ist.<sup>32</sup> Eine zentrale Frage scheint nämlich nicht so leicht zu beantworten zu sein: Kann eine auf Angst vor Leid oder auf Leiderfahrung gegründete Patientenverfügung wirklich selbstbestimmt sein? Was, wenn Leid subjektiv unabwendbar scheint, objektiv aber abwendbar wäre, weil durch schlechte Schmerztherapie, mangelnde Pflege oder soziale Isolation verursacht?<sup>33</sup>

Befürworter des radikalen Autonomiebegriffs sind der Auffassung, dass diese Fragen nur im Rahmen des tradierten Paradigmas der ärztlichen Fürsorge aufgeworfen werden, und antworten darauf, dass die Autonomie nicht hinterfragt werden kann, ohne sie schon zu negieren. Selbstbestimmung wird immer situationsbedingt vollzogen.<sup>34</sup> Für jemanden, der sich nicht äußern kann, aber eine Vorausbestimmung hat, gilt eben diese. Rechtlich stimmt das sicher, die Frage ist aber, ob dies anthropologisch und daher auch ethisch stimmen muss. Nicht selten wird die Bestimmung einer Patientenverfügung geändert, wenn der Ernstfall eintritt, sofern man dazu in der Lage ist. Es wäre autonomietheoretisch auch berechtigt, die Frage zu stellen, welche Willensäußerung mehr wiegen sollte: Die in der Patientenverfügung enthaltene, die prinzipiell nüchtern und ohne die emotionale Nähe zum gefürchteten Ereignis getroffen wurde, oder jene unmittelbar im Angesicht des Ernstfalls.

Allein die Tatsache der nicht abschließenden Beantwortbarkeit dieser Frage, untermauert die

These Sahms, dass die Autonomie theoretisch und empirisch eine imperfekte sei.<sup>35</sup> Theoretisch: Die Fähigkeit zur Antizipation einer intentionalen Handlung muss deshalb in Frage gestellt werden, weil sich die Interessenslage der Menschen laufend und vor allem beim Auftreten von lebenswichtigen Ereignissen ändert. Empirisch: Klare Grenzen der Fähigkeit zur Antizipation werden von der genannten empirischen Studie von Sahn aufgezeigt, welche weiter unten kommentiert wird.<sup>36</sup>

Eine Patientenverfügung kann sehr nützlich zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten sein, wenn es keine anderen sicheren Daten gibt. Jedoch darf sie als Vollzug einer imperfekten Autonomie nicht als der ideale Weg zur Ermittlung des Willens für diesen Fall angesehen werden. Wie oben ausgeführt wurde, ist der natürliche Vollzug der Selbstbestimmung einer, der im Rahmen einer Beziehung mit dem Umfeld des Patienten, das ihn nicht nur medizinisch, sondern auch emotional schützt und begleitet, erfolgt. Die Untersuchung von Sahn ergab, dass „die Mehrheit der Befragten in allen Gruppen [...] sich für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit auf Grund akuter Erkrankung [wünscht], dass Angehörige zusammen mit Ärzten für sie stellvertretend entscheiden (71 Prozent der Tumorpatienten, 76 Prozent der Pflegenden und 84 Prozent der Ärzte)“. Eine Beteiligung von Richtern, Laien oder anderen nicht dem Kreis der Angehörigen zuzurechnenden Personen wird mehrheitlich abgelehnt.<sup>37</sup>

Diese und andere Studien bestätigen empirisch, was theoretisch – anthropologisch und ethisch – naheliegend ist: Die große Mehrheit der Menschen wünscht sich eine in die Beziehung mit Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal eingebettete Selbstbestimmung. Patientenverfügungen wären somit nicht die Lösung erster Wahl, vielleicht noch am ehesten für den sozial isolierten Patienten. Denn diesem fehlen so wesentliche Elemente der Entscheidungsfindung, wie ein emotional schützendes und Geborgenheit spendendes Umfeld. Es ist auch naheliegend, dass vor allem solche Pati-

enten dazu neigen, lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Was erwartet sie sonst? Man könnte eine solche Entscheidung auch als einen Hilferuf um soziale Hilfestellung interpretieren, doch wäre dies weniger leicht zu implementieren als die Rücknahme von lebensverlängernden Maßnahmen. Wer fühlt sich von einem solchen Appell angesprochen, wenn das passende Umfeld dazu fehlt? So ein Appell würde Ärzte und Pflegepersonal überfordern.

### Schlussfolgerung

Es ist nichts dagegen einzuwenden, dass die moderne medizinische Ethik den Respekt der Autonomie des Patienten stärker unterstreicht als das früher der Fall war. Der Respekt der Autonomie verlangt aber die Berücksichtigung der Perspektive des Patienten, andernfalls könnte der Patient leicht überfordert werden.

1. Die Arzt-Patient-Beziehung ist mehr als eine Zweier-Beziehung. Der Arzt steht stellvertretend für die Pflegepersonen, und beim Patienten muss man auch sein soziales Umfeld berücksichtigen. Der Patient ist am besten beraten, wenn er sich einem familiären Umfeld anvertrauen kann. Für diesen Patienten wird es ein Gebot der Klugheit sein, bei seinen Entscheidungen – besonders bei den lebensverändernden – auch dieses Umfeld einzubinden und in manchen Fällen ihnen sogar die Letztentscheidung zu überlassen.

2. Der Patient muss immer versuchen, vor allem die Entscheidungen zweiter Ordnung rechtzeitig und richtig zu treffen. Der kluge Patient wird sich auch bemühen, mit dem Arzt ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, d. h. er wird in erster Linie die Entscheidungen zweiter Ordnung treffen, die Entscheidungen erster Ordnung hingegen dem Arzt überlassen. Dabei muss der Patient auch jederzeit eingreifen können und das Gefühl haben, dass dieses Eingreifen nicht nur respektiert, sondern auch willkommen ist.

3. Patientenverfügungen können vor allem für jene Patienten nützlich sein, die sozial isoliert sind und kein Vertrauensverhältnis zu einem Arzt ha-

ben bzw. fürchten, dass sie in der Isolation ernsthaft krank werden.

## Referenzen

- 1 Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of Biomedical ethics*, 4. Auflage, Oxford University Press, Oxford (1994)
- 2 In jüngster Zeit hat das Experiment von Benjamin Libet einige Neurowissenschaftler veranlasst die Willensfreiheit in Frage zu stellen. Das Buch Geyer C. (Hrsg.), *Hirnforschung und Willensfreiheit* bringt einen Nachweis dieser Debatte mit Diskussionsbeiträgen von B. Libet, W. Singer, G. Roth, O. Höffe, E. Schockenhoff u. a.
- 3 Rhonheimer M., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 53
- 4 Kant I., *Reflexionen zur Metaphysik*, Nr. 6070, Akad. Ausgabe 18, 443
- 5 Pöltner G., *Autonomie des Patienten – Ethik der Fürsorge*, *Imago Hominis* (1998); 5: 253-259; hier: S. 254
- 6 Pöltner G., siehe Ref. 5, S. 255
- 7 Juza L., *Aufklärung, Vertrauen und Wohlwollen in einer Medizin der Person*, *Imago Hominis* (1998); 5: 261-273; hier: S. 263
- 8 Diese Auffassungen haben G. Pöltner und L. Juza in *Imago Hominis* 4/1998 sehr treffend und ausführlich kritisiert. Vgl. Ref. 5 und 7
- 9 Callahan D., *Can the Moral Commons Survive Autonomy*, *Hastings Center Report* (1996); 26(6): 41-47; hier: S. 41  
Childress J. F., *The Place of Autonomie in Bioethics*, *Hastings Center Report* (1990), 20(1): 12-17; hier: S. 12
- 10 Sass H. M., *Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten*, *Medizinethische Materialien* 78, Zentrum für medizinische Ethik, Bochum (1992), S. 3
- 11 1998 erschien eine Ausgabe von *Imago Hominis*, die diesem Thema gewidmet war und in dem ich all diese Fragen behandelt habe. Vgl. Prat E. H., *Autonomie in der Arzt-Patienten-Beziehung*, *Imago Hominis* (1998); 5: 241-251  
Vgl. auch Pöltner G., siehe Ref. 5, und Juza L., siehe Ref. 7
- 12 Buber M., *Das dialogische Prinzip*, 7. Ausgabe, Lambert Schneider, Heidelberg (1994), S. 32.  
Vgl. auch Säuglingsforschung Stern D. N., *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York (1985)
- 13 Uexküll T. V., Wesiak W., *Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell*, in Uexküll T. V. et al., *Psychosomatische Medizin*, Urban und Schwarzenberg, München (1996), S. 44 ff.
- 14 Christian P., *Anthropologische Medizin*, Springer, Heidelberg (1989)
- 15 Taylor C., *The malaise of the modernity*, in: Taylor C., *Sources of the self*, Harvard University Press, Harvard (1989), S. 52-64; Deutsche Übersetzung: Taylor C., *Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität*, Suhrkamp, Frankfurt (1994)  
*Ursprünge des neuzeitlichen Selbst*, in: Michalski K. et al. (Hrsg.), *Identität im Wandel*, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart (1995), S. 14
- 16 MacIntyre A., *After Virtue*, University of Notre Dame Press, Notre Dame (1981), Kap. 3; Deutsche Übersetzung: MacIntyre A., *Der Verlust der Tugend*, Campus, Frankfurt (1987), S. 52, vgl. auch S. 169 ff.
- 17 Pöltner G., *Grundkurs Medizin Ethik*, Facultas Verlag, Wien (2001), S. 89
- 18 Maio G., *Medizin im Umbruch. Ethisch-anthropologische Grundfragen zu den Paradigmen der modernen Medizin*, *Zschr med Ethik* (2007); 53(3): 229-254; hier: S. 236
- 19 Maio G., siehe Ref. 18, S. 240
- 20 Inspiriert in [http://aok.pt.e.hu/docs/dsg/studium/psychologie/Einfuehrung\\_Med\\_Psychol\\_u\\_Soziol.pdf](http://aok.pt.e.hu/docs/dsg/studium/psychologie/Einfuehrung_Med_Psychol_u_Soziol.pdf)
- 21 Gesang B., „Enhancement“ zwischen Selbstbetrug und Selbstverwirklichung, *Ethik Med* (2006); 18: 10-26
- 22 Kettner M., *Wunscherfüllende Medizin zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit*, *Ethik Med* (2006); 18: 81-91
- 23 Prat E. H., siehe Ref. 11
- 24 Aristoteles, *Nikomachische Ethik*, 1142b und 1143a
- 25 v. Aquin T., *Summa theologica*, I-II, 56, 2 ob. 3, *Expositio in decem libros ethicorum Aritoteles ad Nichomacum*, nn 1916, 1445  
v. Aquin T., *De Virtute* q.un. a. 7
- 26 Kummer F., *Tugenden des Patienten*, *Imago Hominis* (2009); 16: 129-139
- 27 Uexküll T. V., Wesiak W., siehe Ref. 13, S. 46 und 47
- 28 Beauchamp T. L., Childress J. F., siehe Ref. 1, S. 122
- 29 Birnbacher D., Dabrock P., *Wie sollten Ärzte mit Patientenverfügungen umgehen? Ein Vorschlag aus interdisziplinärer Sicht*, *Ethik Med* (2007); 19: 139-147; hier: S. 147
- 30 Kant I., *Reflexionen zur Metaphysik*, Nr. 6070 Akad. Ausgabe 18, 443
- 31 Prat E. H., siehe Ref. 11  
Vgl. auch Kummer F., siehe Ref. 26
- 32 Sahn S., *Sterbebegleitung und Patientenverfügung*, Campus, Frankfurt/Main (2006), S. 95-176  
Sahn S. W., Will R., Hommel G., *What are cancer patients' preferences about treatment at the end of life? A comparison with healthy people and medical staff*, *Support Care Cancer* (2005); 13: 206-214
- 33 Beckmann R., *Vorschläge zur Regelung von Patientenverfügungen in Deutschland*, *Imago Hominis* (2004); 11: 168-172

- 34 Birnbacher D., Dabrock P., siehe Ref. 29
- 35 Sahm S., *Imperfekte Autonomie und die Grenzen des Instruments Patientenverfügungen*, *Ethik Med* (2005); 51: 265-275
- 36 Sahm S. W., Will R., Hommel G., siehe Ref. 32
- 37 Sahm S., siehe Ref. 32, S. 185