

Franz Josef Illhardt

Einschränkung der Patientenautonomie und Zurechnungsfähigkeit

Restriction of Patient Autonomy and Accountability

Zusammenfassung

Fast ein halbes Jahrhundert galt die Patientenautonomie als eines der vier wichtigsten Prinzipien der Bioethik. Autonomie gründet auf Zurechnungsfähigkeit und scheint die Basis für den informed consent zu sein. Immer häufiger werden jedoch Artikel publiziert, die dieses Prinzip kritisieren und es differenzieren, ohne es zu ersetzen. Dieser Artikel unterstreicht diese Tendenz. Er geht von einem Fall der sog. Ethik-Beratung aus, der die Autonomiebasis hinterfragt. In Anlehnung an diesen Fall wird die Rhetorik der Autonomie beklagt, Zurechnungsfähigkeit und ihre ergänzenden Perspektiven skizziert und das Inkognito der Person als deren Hintergrund benannt. Diese Einschränkung besteht darin, ausgeblendete Elemente (Beziehung, soziales Umfeld, Biographie, Wertvorzug, Narration, Sorgepflicht) zu benennen, welche die Zurechnungsfähigkeit eines Patienten erweitern. Im Zentrum dieser Erweiterung steht der Fokus der Person und ihrer Porosität.

Schlüsselwörter: Autonomie, informierte Zustimmung, Zurechnungsfähigkeit, Beratung, Beziehung

Abstract

For almost half a century, autonomy has been regarded as one of the four basic bioethical principles. Autonomy is the basis of informed consent. Nonetheless, an increasing number of publications have criticized this principle and have called for a differentiation. This article is in line with this tendency. It begins with a clinical ethics consultation case which questions the ethical relevance of autonomy. With reference to this case, the author points out the often empty rhetoric of autonomy, outlines the content of accountability and its complementing perspectives, and specifies the 'incognito' of the person as the background of these perspectives. This comprises concepts such as relationship, social environment, biography, value preference, narratives, and the ethics of care. A focus on the porosity of the person is at the heart of this enlarged understanding of autonomy.

Keywords: autonomy, informed consent, accountability, counselling, relation

Univ.-Prof. em. Dr. theol. Franz Josef Illhardt
Mitglied der Ethikkommission
Universitätsklinikum Freiburg
Privat: Kreuzgartenstraße 2, D-79238 Ehrenkirchen
Joillhardt@web.de

In der Uniklinik in Freiburg habe ich oft sogenannte Ethik-Konsile auf Anfrage der Station wegen eines besonderen Problems mit einem Patienten durchgeführt, die Mehrzahl der Konsile betraf Fälle von Behandlungsabbruch – ein derartiger Fall wird später diskutiert. Autonomie, meist Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit eines Patienten, war das legitimierende A und O der Beratung. Aber bald kamen mir Bedenken: Unsere Gesellschaft fühlt sich bei Problemlösungen immer dann d'accord, wenn sich ein Mitglied im Griff hat und für das, was es tut oder entscheidet, verantwortlich ist – Autonomie ist unser Zeitindex. Das Prinzip hat Karriere gemacht, natürlich in der Bioethik, aber auch in anderen Humanwissenschaften wie Psychologie, Psychotherapie oder sogar Journalistik – sie alle setzen auf diese Form der Selbstkontrolle.

Aber was tun, wenn diese geforderte Selbstkontrolle Lücken aufweist oder ganz verschwunden bzw. noch nicht entfaltet ist? Eigentlich ist das der Normalfall, mit dem es die ethische Praxis zu tun hat, aber Probleme lassen sich nicht mit Idealen lösen. Wir sind auf der Suche nach einer neuen und erweiterten bioethischen Sprache. Wenn wir über Autonomie reden, müssen wir zwei Perspektiven dieses Begriffs unterscheiden:

- einerseits das Recht und Menschenrecht, d. h. dessen Konzept,
- andererseits die Ausübung bzw. Umsetzung von Rechten, d. h. die Praxis.

Diese Unterscheidung von Bewertung der Handlung und Wahrung der Personwürde ist wichtig, m. E. geht es leider oft mehr um die Autonomie der Entscheidung, also um Theorie, und weniger um den Respekt vor der Souveränität und Würde des Patienten, also um Praxis. Solange wir das Autonomieproblem vor allem als Frage nach dem Konzept des Prinzips sehen, blenden wir die Souveränität des Patienten aus. Ein Göttinger Bioethikteam beklagt die individualistische Interpretation des Autonomieprinzips und fordert stattdessen ein soziales Deutungsmuster,¹ über das wir

später noch ausführlich sprechen. Neue Perspektiven gerade dieses Programms müssen in das bestehende Konzept eingefügt werden. Wir bemühen uns, eine angemessene Sprache und Integration neuer Praxisperspektiven zu finden.

1. Einschränkungen der Autonomiepraxis

Schon in den 1990er Jahren legte man Wert auf Ausnahmen von der Zurechnungsfähigkeit durch Spezifizierung des Autonomieprinzips. Besonders erwähnenswert und anregend für unsere Thematik sowie für die folgende Fallgeschichte relevant sind zwei Ansätze:²

1. der entscheidungsbezogene Ansatz, der insbesondere die Komplexität einer Entscheidung betrifft und feststellt, dass nicht jede Entscheidung die gleiche Relevanz hat wie die andere, und
2. der asymmetrische Ansatz, nach dem die Zustimmung zu einer Entscheidung schwerer ist als die Ablehnung.

Auf den ersten Blick stoßen wir auf Krankheits-situationen und Randgruppenprobleme, die eine generalisierte Autonomiepraxis unsinnig machen. Vor allem in der Ethikberatung und der Fallanalyse ist es wichtig, Pauschalurteile zu vermeiden und Differenzierungen zu erarbeiten, um eine angemessene Autonomiepraxis zu ermöglichen.³ Statt einer „Ethik des Urteilens müssen wir eine Ethik der Verständigung über die gegenwärtigen und zukünftigen sozialen Ordnungen“⁴ aufbauen.

Am Anfang dieser Entwicklung stand die Konzeption des *informed consent*, der als Reflex erster Grundsätze in der Wilhelminischen Epoche und insbesondere bei der Aufarbeitung des Dritten Reichs begann und dann schrittweise zu einem universellen Lehrgebäude ausgebaut wurde. Aber man darf die Schwierigkeiten des *informed consent* wie kognitive und emotionale Überforderung gerade aus ärztlicher Sicht nicht übersehen.⁵ Deswegen ist es unabdingbar, Alternativen des Autonomieprinzips zu überlegen. Im Folgenden werden Krankheitssituationen und Randgruppen-

probleme benannt, die solche Alternativen sinnvoll erscheinen lassen.

Zustände mit eingeschränktem Bewusstsein⁶

Vor allem Unfall, Anästhesie, Koma und Wachkoma haben bei aller Unterschiedlichkeit eines gemeinsam, und darauf kommt es in diesem Zusammenhang an: Die Zustimmungsfähigkeit des Patienten ist nicht vorhanden, bei Unfällen allerdings je nach Schwere der Verletzung. Es geht hier nicht um die Teilnahme an Studien, sondern um Entscheidungen für eine Operation, für Gewebentnahme, Aufbewahrung von entnommenem Gewebe und Daten etc., also in einer Situation, in der andere entscheiden, und wieder andere mit dem Fall nicht betraute Kollegen die Qualität der Entscheidung durch Befragung von Angehörigen, Auffinden ähnlicher Entscheidungen und fachliche Notwendigkeit etc., bestätigen müssen.

Dementielle Erkrankungen

Unter altersbedingtem kognitiven Abbau subsumieren wir Erkrankungen dieser Art. Dazu zählen neben der berühmt/berüchtigten Alzheimerdemenz arterielle Demenzen, dementielle Erkrankungen infolge anderer Erkrankungen. Wir beobachten in diesen Erkrankungen verschiedene Phasen, angefangen von simplen Gedächtnisstörungen bis hin zu totaler Wahrnehmungs- und Reaktionslosigkeit. Dass unter diesen Bedingungen autonome Entscheidungen, die auf Zurechnungsfähigkeit basieren, nicht mehr möglich sind, liegt auf der Hand.

Minderjährige

Juristisch gesehen ist ein Alter von 18 Jahren für die volle Zurechnungsfähigkeit vorgesehen, aber immer öfter, auch von Juristen, ist eine gestaffelte Zurechnungsfähigkeit anzunehmen, wenn Kinder und Jugendliche in verschiedenen Altersstufen verstehen, was mit ihnen geschieht und sie das wollen. Juristen sprechen dann etwa vom Vetorecht der Eltern von Kindern und Jugendlichen. Problema-

tisch ist, wer das im Konfliktfall entscheidet, wenn z. B. das Kind in die Behandlung einwilligt und die Eltern die Behandlung verweigern. Dann entscheidet das Vormundschaftsgericht. Aber auf welches Prinzip baut das Gericht? Grundsätzlich ist Autonomie ein in sich problematisches Prinzip, nur als partizipatives Prinzip ist sie einzig hilfreich.

Affektive Störungen

Unter diesen Begriff fallen Erkrankungen wie Depression, Manie, Antriebslosigkeit, Behinderung sozialer Interaktionen sowie Einschränkungen formalen und inhaltlichen Denkens. Solche Erkrankungen können akut, chronisch oder episodisch sein, eine Klärung ohne Expertenmeinung ist unangemessen. Bei einem chronischen Erkrankungszustand ist analog der Regelung des Behandlungsverzichts bzw. -abbruchs zu verfahren, bei akutem oder episodischem Erkrankungszustand ist Abwarten sinnvoll.

Soziale Ausnahmestände

Diese Zustände fassen Arbeitslosigkeit, Kündigung, Scheidung, Verlust- und Trauersituationen etc. zusammen, Zustände also, welche die Gültigkeit einer aktuellen Entscheidung in Frage stellen. Entscheidungen für Behandlungsverzicht bzw. -abbruch oder die Teilnahme an Therapiestudien können nicht auf autonomen Entscheidungen fußen, in vielen anderen nicht-elektiven Therapieentscheidungen, also wenn eine Entscheidung nicht länger aufgeschoben werden kann, ist Gemeinsamkeit von Ärzten, Pflegenden und Betreuern legitim.

Armut

Erkrankungen werden oftmals ärztlich behandelt und dann durch Krankenversicherungen bezahlt. Wie leider immer wieder berichtet, gibt es bei der Versorgung chronischer Erkrankungen Engpässe. Entscheidungen für Selbstmedikation (z. B. rezeptfreie Arzneimittel) oder für alternative Heilmethoden sind dann oftmals nicht mehr möglich. Autonomie ist dann nicht mehr Ausdruck der

Freiheit, vielmehr nur noch ein finanzielles Problem, nicht mehr Ausdruck der Person.

Kulturunterschiede bei Migration

Westliche Gesundheitsphilosophie wird von Autonomie bestimmt, die aber für Migranten oft nur scheinbar gilt. Sprachliche Schwierigkeiten, geringes anatomisches und medizinisches Wissen, Differenzen von Krankheitskonzepten, vor allem Krankheitsätiologien usw. Die Entscheidungsfreiheit des Migranten ist oft begrenzt, weil er eine invasive Therapie für effektiv hält und einfordert, während er andere, vielleicht weniger effektive Therapieformen mit seiner alten Welt in Verbindung bringt, die er verlassen wollte.

Abhängigkeitsverhältnis

Hier ist an Situationen zu denken wie vor allem das der Ausbildung oder der Zugehörigkeit zu bzw. in der involvierten Institution und Heimunterbringung. Entscheidungen des Patienten können aufgrund mangelnder Freiheit, Alternativen zu wählen, behindert werden, das übliche Ausmaß an Wahlfreiheit wird eingeschränkt.

Schwerste Erkrankungen

Erkrankungen, die oft letal ausgehen wie Karzinome und Multimorbidität in bestimmten Stadien, fortgeschrittene Organinsuffizienzen usw., führen viele Patienten in eine Situation, die von Panik und enttäuschter Heilhoffnung geprägt ist. Aus der Freiheit, sein eigenes Schicksal zu bestimmen, wird die Stimmung des „Ist ja doch alles egal“. Autonome Entscheidungen werden zur Farce.

Behandlungsverzicht

Verzicht auf Beginn kurativer Behandlung (primärer Behandlungsverzicht) oder Steigerung bereits begonnener Behandlung (sekundärer Behandlungsverzicht) oder sogar der totale Behandlungsabbruch ist niemals ohne Wunsch bzw. Zustimmung des Patienten denkbar. Dass alle drei Formen, wenn die Zustimmung des Patienten nicht

möglich ist, bei gemeinsamer (!) Entscheidung des therapeutischen Teams und der gerichtlich ernannten Betreuer legitim sind, ist ein Zeichen für die Wichtigkeit von Ersatzformen der Autonomie.

In all diesen Situationen ist ein Rekurs auf Autonomie unangemessen, eine Entscheidung für eine geglückte Lebensgestaltung ist trotzdem wichtig. Am Schluss dieses Beitrags werden solche Möglichkeiten diskutiert.

2. Ein Fall aus der Ethik-Beratung

Bevor wir diese Punkte diskutieren, gehen wir von einem Fall (durchgeführt zusammen mit meinem Kollegen PD Dr. J. Boldt) aus, der die Ethik-Berater sehr beschäftigt hat.

Bei Herrn K. liegt ein kleinzelliges Bronchiolarkarzinom mit zerebralen und osteoplastischen Metastasen vor. Unter der ersten chemotherapeutischen Behandlung kam es zu einer Stomatitis, starken Schmerzzuständen und essentiellen Tremor. Der Patient war nicht mehr ansprechbar und hatte Krampfanfälle. Sein Zustand konnte im weiteren Verlauf normalisiert werden. Bei Fortsetzung chemotherapeutischer Maßnahmen ist keine Heilung, aber eine Stabilisierung seines Zustandes zu erwarten, da der Tumor auf die Chemotherapie ansprach. Von Seiten der Ärzte besteht die Empfehlung weiterer chemotherapeutischer Maßnahmen, allerdings mit halber Dosis und vorbeugender Gabe von Antibiotika, um das erneute Auftreten von Komplikationen möglichst zu vermeiden.

Der Patient selbst hatte zu Beginn der Therapie in die Behandlung eingewilligt, war dann im Verlauf der Behandlung aber nicht mehr zu selbständigen Einschätzungen fähig. Die Angehörigen, vertreten durch die Ehefrau, befürchten, dass unter der Chemotherapie erneut starke, nicht tolerierbare Schmerzzustände auftreten, und stehen einer weiteren Behandlung skeptisch gegenüber. Der Patient und seine Frau wollten deshalb die Therapie beenden. Schon wiederholt hatte er diesen Wunsch ohne die Verstärkung durch seine Frau geäußert. Die Sta-

tionsärztin hatte darum einen sehr geschrumpften MMS-Test durchgeführt, der herausstellte, dass der Patient weder örtlich noch zeitlich orientiert war, was uns alle ziemlich ratlos machte. Ein Interview mit der Pflege wurde angeschlossen.

Unsere Fragen waren: Kann der Arzt trotzdem mit Fug und Recht auf die weitere Behandlung verzichten? Wenn er das kann, war das eine klare Willensäußerung, obwohl sie offensichtlich auf einer unzureichenden kognitiven Basis stand? Haben der Patient und seine Frau über ein solches Szenario, was nicht absehbar war, gesprochen? Wie kann man eine mögliche Weiterbehandlung dem Patienten gegenüber vertreten, wenn der den aktuellen Zustand und die Angst vor der Chemotherapie nicht mehr akzeptierte? War der Nutzen der Chemotherapie größer als die offensichtliche Belastung?

Auch der Patient erschien hilflos, wandte sich schließlich an seine Frau und sagte: „Aber Du hilfst mir doch? Wir haben das doch so besprochen. Du hast mir ja immer geholfen.“

Zusammen mit der Stationsärztin nach Absprache mit ihrem Oberarzt entschieden wir, den Patienten nach Hause zu entlassen.

Die Gründe für diese Entscheidung, die auch die Ethikberatung trotz der Probleme mit der auf den ersten Blick unzureichenden Autonomie mitgetragen hat, werden im Folgenden zunehmend klarer. Hier noch einmal das Fazit der Fallgeschichte: Die Probleme des Patienten sind ‚unsere‘ Probleme. Die Hintergründe der Autonomiediskussion werden in den folgenden Punkten klargelegt.

3. Rhetorik der Autonomie

In dem gerade dargestellten Fall schaltet man gern und sofort auf das Prinzip der Autonomie, und gerät damit in satzenhafte Schablonen. Wie autonom ist Autonomie? Sie zählt zwar zu den Menschenrechten⁷ oder genauer gesagt: zu deren Begründung. Was aber wäre ein Menschenrecht, wenn es nicht von innen heraus käme? Es gibt keinen Souverän außer dem Menschen selber, der

diesen Rechten Gültigkeit verliehen hätte. Nur darf man dieses Recht nicht zerreden.

Das Zerreden der Menschenrechte hat seinen Hintergrund in der Definition von Rechten, ohne die Besonderheit der Lebenswelt und Situation des Menschen in Betracht zu ziehen und letzten Endes das anthropologische Fundament dieser Rechte zu bedenken. Hannah Arendt sprach vom Ende der Menschenrechte, weil die Rede über Menschenrechte leicht zur rhetorischen Floskel wird, die weniger auf das Argument, mehr auf die Ausdrucksstärke setzt: Ihre „sentimentale humanitäre Sprache“ unterscheidet „sich nur um ein Geringes von den Broschüren der Tierschützer“,⁸ die mehr auf Formulierungsqualität als auf Argumente setzen. Rechte entarten zur Strategie.

Rechte sollen das Zusammenleben und Zusammenhandeln sichern, insofern ist Blitzschaltung auf das Prinzip der Autonomie zu unspezifisch und ihre Konkretisierung zu oberflächlich, wenn sie überhaupt vorgenommen wird. Von der Autonomie des Patienten zu reden, verkommt schnell zur Rhetorik, wenn man nicht von seiner konkreten Situation ausgeht. Unter „Rhetorik der Autonomie“ verstehen wir folgendes: ihre Aussagen

- sollen Zustimmung bewirken,
- Dissens vermeiden,
- auf verbale Überzeugung setzen.

Genau das aber macht das Reden über Autonomie so gefährlich, es tut so – sein Pathos verstärkt diesen Eindruck – als ob dieses Prinzip jeder situativen Konkretisierung überlegen wäre. Ist Autonomie das Problem des Patienten oder Floskel in unseren Sonntagsreden? Wir müssen alles daran setzen, Autonomie als Problem des Patienten zu begreifen und konkrete Facetten dieses Begriffs aufzudecken.

4. Was ist Zurechnungsfähigkeit?

Zurechnungsfähigkeit, ähnlich der Einsichtsfähigkeit, ist ein vor allem juristischer Begriff und umfasst Verantwortlichkeit (Schuldfähigkeit, Deliktsfähigkeit) und Geschäftsfähigkeit. Genau das

ist jedoch in dem oben zitierten Fall das Problem. Wenn man den Begriff der Zurechnungsfähigkeit kritisiert, dann vor allem deswegen, weil das Problem kein juristisches ist, sondern die Korrektur eines gefährdeten Sinnzusammenhangs der Lebensgeschichte im Auge hat. Die pseudojuristische Lösung dieses Sinnzusammenhangs befördert drei Momente:

1. Handeln im Interesse Schutzbefohlener entartet leicht zum Handeln im eigenen Interesse, das mit dem Interesse Schutzbefohlener gleichgesetzt wird.
2. Die gern zitierte Fehlleistung: ‚Hier kann jeder sagen, was ich will‘ offenbart die Verletzlichkeit des Selbständigwerdens. Viele kennen das aus der eigenen Entwicklung.
3. Nur derjenige kann jemandem das ihm zustehende Maß an Zurechnungsfähigkeit zugestehen bzw. entwickeln helfen, der sich selber um Zurechnungsfähigkeit bemüht.

Autonomie muss darum spezifiziert werden. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) orientiert sich zwar an den in den USA verwendeten Standards, und die sind⁹ 1) Handlungsfähigkeit, 2) Unabhängigkeit und 3) Rationalität. Die SAMW zieht aus dieser Trias einen überraschenden, aber wichtigen Schluss: „Maßgebend ist [...] nicht, wie sich eine Person entscheidet, sondern wie die Person zu ihrem Entscheid kommt“.¹⁰ Interessant ist, dass die Beziehung des Patienten vor allem zu seiner Frau im obigen Fall – je mehr man seine Biographie kennenlernt – seine Zurechnungsfähigkeit ausmacht. Die Frage in unserem Fall lautet: Ist eine aktuelle Beziehung (Station, Ärzte, Frau) und ihre Geschichte nicht auch Bestandteil der Autonomie des Patienten? Sie muss es sogar sein, weil ein Mensch ohne Beziehung – und wäre es nur eine in früheren Phasen der Biographie – nicht denkbar, Autonomie ohne Beziehung ist unmöglich.¹¹

Darin lagen natürlich auch die eben erwähnten Bedingungen von Schutz und Sorge. Auf den Punkt gebracht ist die Beschreibung dieser

Situation der stellvertretenden Autonomie durch die „shared practice of trust“.¹²

Genau diesen Punkt trifft eine Bemerkung aus einem Roman von Hans Fallada. Otto Quangel, der bitterböse Karten gegen Hitler und sein Regime verteilt, offenbart seiner Frau Anna seine Angst vor dem Entdecktwerden: „Aber wir werden voneinander wissen, dass keiner je schlappmacht, dass wir uns aufeinander verlassen können, wie im ganzen Leben, so auch im Tode. Wir werden auch allein sterben müssen, Anna.“¹³ Was unseren Fall mit Fallada verbindet, ist die Gewissheit, dass die Wahrscheinlichkeit des Todes und die selbstbewusste Entscheidung in Gemeinsamkeit besser zu ertragen ist – „selbstbewusst“ ist die Entscheidung, weil die Konsequenzen für einen selbst und den anderen akzeptiert und vorausgeahnt werden.

Die viel benützten drei Perspektiven: Entscheidungsfähigkeit, Verantwortung und Rationalität, gehören zweifellos in die Autonomiedebatte. Aber sie dürfen nicht absolut gesetzt werden, sie brauchen dringend eine Erweiterung der Perspektive, weil diese drei Perspektiven nur auf individuelle Charakteristika begrenzt sind. Eine Erweiterung dieser Perspektiven umfasst Elemente wie Wertgeschichte, Biographie und Beziehung.

Zusammengefasst bedeutet das:

- Handlungsfähigkeit ist nicht nur die individuelle Kompetenz. Sie umfasst auch Beziehung zum Behandlungsteam und dessen Garantenpflicht.
- Sie gründet auf der Entfaltung der eigenen Präferenzen.
- Letzteres basiert auf Beziehung zu Angehörigen und Freunden.
- Rationalität ist nicht nur eine isolierte Leistung des Großhirns. Sie muss ergänzt werden durch Zielsetzung, Biographie und Umfeld des Patienten.

Insbesondere Handlungsfähigkeit und Rationalität weisen auf eine weitere Dimension der Zurechnungsfähigkeit hin, auf das nämlich, was wir als Schuldfähigkeit verstehen. Es geht nicht um

die juristische Komponente des Tatbestandes, sondern um die moralische Dimension, ob der, der die Handlung oder Entscheidung getroffen hat, auch die Verantwortung dafür übernimmt. Sehr bedeutsam ist die Feststellung, dass Autonomie ein Recht bzw. Menschenrecht ist und keine Leistung.¹⁴ Man kann den theologischen Vergleich wagen, dass Autonomie ein Geschenk der Beziehung ist und nicht das Ergebnis formaler Emanzipation.

Zurechnungsfähigkeit ist je nach Einstufung der Fähigkeit des Betroffenen zu Selbstbestimmung und Einsicht von Fall zu Fall zu bewerten. Je kleiner diese Fähigkeiten, desto größer die Garantenpflicht der betreuenden Personen und Therapeuten, bzw. je größer diese Fähigkeiten, desto kleiner die Fürsorgepflicht. Autonomie – und das ist das Neue in der Interpretation des Begriffs¹⁵ – korrespondiert insofern ausnahmslos mit der Verpflichtung zu Schutz und Sorge, die im folgenden Punkt spezifiziert werden kann. Die sog. ethics of care wird der situations- und kontextlosen Autonomieforderung entgegengesetzt.

5. Ergänzende Perspektiven der Zurechnungsfähigkeit

Als das Ethik-Konsil einberufen wurde, stand der skizzierte Fall unter Zeitdruck. Häufig entschieden wir uns für mehrere Sitzungen, um eine Beratung durchzuführen. Die Entscheidung dieses Konsils musste jedoch sofort getroffen werden, weil der Patient und seine Frau die Entlassung schnell beschlossen haben wollten und eine Aufschiebung keinen Sinn gemacht hätte. Wegen dieses Zeitdrucks konnten wir nur einen kleinen Teil der im Folgenden angeschnittenen Fragen stellen, die im Allgemeinen von folgenden drei Optionen bestimmt wurden:

1. Narration

Anhänger der sprechenden Medizin berichten gern von dem Arzt, der seinen Patienten, der über seine Krankheit viel zu erzählen weiß, mit dem Stethoskop abhört und ihm sagt: Please be quiet.

I can't hear you. Mit Fug und Recht kann man daraus ableiten, dass Konflikte, wie in dem vorhin angeführten Fall – dazu gehören natürlich auch und gerade Wertkonflikte – nur lösbar sind, wenn man ihre Geschichte kennt.¹⁶ Wichtig ist auch die Wahrnehmung, dass Zurechnungsfähigkeit auf „einer gemeinsamen Suche nach Gründen und Haltungen, die akzeptabel, angemessen und überzeugend erscheinen“,¹⁷ basieren muss.

In diesem bereits erwähnten Zeitdruck haben wir versucht, die Geschichte zu rekonstruieren, die zu dem Entscheidungskonflikt geführt hat. Zurechnungsfähigkeit war ein Moment in dieser Geschichte – „ein Moment“, d. h. auch: nicht das allein wichtige Moment in dieser Geschichte.

Dem Patienten und seiner Frau waren folgende Dinge wichtig:

- Lebensqualität nicht aufs Spiel zu setzen, um Lebenszeit zu verlängern,
- Entscheidungen immer gemeinsam zu treffen, weil sie beide Partner angehen, und
- niemals Handlungen zu akzeptieren, welche die Lebensgeschichte eines der Partner durcheinanderbringen.

Das haben wir im Gespräch mit den beiden deutlich gespürt. Ob der Patient autonom dachte oder nicht, spielte für uns eine untergeordnete Rolle.

2. Fokus der Lebensgeschichte

Der wenig bekannte Schweizer Arzt und Philosoph Ignaz Paul Vitalis Troxler (1780 – 1866), in der Nachfolge von Schelling und Jacobi, betonte, „dass es die Krankheit ist, die uns den Zusammenhang des ganzen Menschen erkennen lässt“.¹⁸ Je wichtiger uns dieser Zusammenhang wird, desto wichtiger ist die Interpretation der Lebenssituation und ihres Kontinuums mit anderen Situationen. Gleich ob damit ein Zusammenhang mit der Steinerschen Anthroposophie besteht oder nicht, wichtig ist der Zusammenhang zwischen aktueller Krankheits-situation und Biographie des Patienten,¹⁹ welche die psychosomatische Medizin zum zentralen Gesichtspunkt gemacht hat.

In Ethik-Beratung und Fallanalyse kommt natürlich auch dieses Moment zum Tragen. Einige zentrale Fragen können dabei hilfreich sein:

- Was waren die kreativen Momente in der Lebensgeschichte des Patienten? In welcher Weise ist die aktuelle Krankheitssituation davon betroffen?
- Was sagt „mir“ die Krankheit?
- Was sind die Präferenzen in der Lebensgeschichte des Patienten und ihre Begründung?

3. Ansatz der Sorge

Am stärksten betonte der amerikanische Bioethiker Reich bereits in der 1970er Jahren die Care-Ethik als Alternative zur Prinzipienethik, als deren wichtigstes Prinzip das der Autonomie galt.²⁰ Sorge, falls das die richtige Übersetzung von Care ist, besteht in einer Perspektivenumkehr. Nicht an erster Stelle steht die Zurechnungsfähigkeit, also der Patient und seine Bedürfnisse, die niemals wirklich und ganz erkannt sind, auch wenn sie natürlich keineswegs ausgeblendet werden dürfen und absolute Priorität haben, sondern die Verantwortung für eine angemessene Behandlung, also v. a. der Arzt und das gesamte Team der Station, die die Garantie für die Behandlung des Patienten übernehmen.

6. Zurechnungsfähigkeit und das Inkognito der Person

Ziehen wir das Fazit aus diesen Überlegungen: Zurechnungsfähigkeit ist eine Variable der Person.²¹ Dieser Begriff kennzeichnet die handelnde und entscheidende Person, aber was Person letzten Endes ist, bleibt im Unklaren, ausgespannt zwischen den realen Möglichkeiten der Person und ihres Kontextes. Genau darin liegt jedoch die positive Wendung des Autonomieproblems, die vor allem auf dem Hintergrund der Gesprächspsychotherapie beruht.

Dieser Rekurs auf die Person bedeutet dreierlei:

1. Person: Bedingung der Moralität

Die Gültigkeit einer Norm steht und fällt mit den Ressourcen der Person. Wir verzichten auf die Diskussion der Frage, was Person eigentlich ist und worin die Termini Person, Selbst und Ich sich unterscheiden. Für unser Thema ist bedeutsam, dass Person die Vernetzung verschiedener Bereiche im Menschen ist, wir denken an Triebstruktur, Wahrnehmung, Rationalität und Gefühl. Person ist ihr Zusammenklang, erst das – und kein separater Anteil im Menschen – macht die ethische Bindekraft einer Verpflichtung aus. Es wäre demnach zu kurz gedacht, Rationalität – davon wird leider sehr oft ausgegangen – als Grundlage einer autonomen Entscheidung anzusehen.

Im besprochenen Fall wurde deutlich, dass der Patient eine zwar eingeschränkte rationale Entscheidungsfähigkeit besaß, aber sehr viel Wert auf die Unterstützung durch seine Frau legte. Dieses Zusammenspiel war die von beiden kontinuierlich präferierte Interaktion, m. E. deren Art von Zurechnungsfähigkeit. Ideale wie Zurechnungsfähigkeit gehen leicht über die Ressourcen der Person hinaus und haben dann keine Bindekraft.

2. Verzicht auf eindeutige Festlegungen

In der philosophischen Anthropologie Plessners²² gibt es sogar die Bezeichnung des *homo absconditus*, ähnlich dem Begriff des *deus absconditus*, dessen Konturen niemals – auch nicht die der Zurechnungsfähigkeit – definiert werden können. Es geht nicht um eine systematische Geschichte einer Anthropologie der Verborgenheit des Menschen, wohl aber um die ständige Erinnerung an dieses Inkognito des Menschen und um eine Praxis, die auf Dogmatik verzichtet.

Der Hintergrund dieser Behauptung liegt in dem Zitat aus dem Markusevangelium (Mk 2, 27): „Der Sabbat ist um des Menschen willen da und nicht der Mensch um des Sabbats willen.“ Die Jesuanische Kritik am Gesetz kommt daher, dass Gesetze Lebenshilfe sein sollen, und wenn sie das nicht sind, verlieren sie ihre Normativität. Gilt das nicht auch

für das bioethische Prinzip der Autonomie?

In unserem Fall: Auf die Autonomie der Entscheidung des Patienten zu pochen, kann leicht den Zweck des Prinzips verfehlen. Zweck ist Lebenshilfe, nicht sein dogmatischer Status.

3. Normativität der Außenwelt

Personalität beruht auf Quellen, die nicht im Menschen als einer in sich ruhenden Einheit liegen. Sie wird bestimmt von der Welt um den Menschen herum.

In der Anthropologie des vermeintlich atheistischen Philosophen Ludwig Feuerbach – ob atheistisch oder nicht, ihm geht es um die wesentliche Perspektive des Menschen – wurde für den Ich-Mitmensch-Welt-Austausch des Menschen die Metapher der Porosität²³ benutzt. Mit anderen Worten und auf unser Thema bezogen: Autonomes Handeln und Entscheiden ist nicht nur nach außen gerichtet, sondern streng genommen ist Zurechnungsfähigkeit nicht nur, aber auch das Problem der Welt des Patienten. Der Theologe Karl Rahner, der Feuerbach öfter zitiert, sieht darin die Menschwerdung des Menschen und Nähe zum Geheimnis.²⁴ Bezug zu seiner Welt, deren Gestaltung und die Kommunikation mit seinen Mitmenschen – z. B. Martin Buber beruft sich mehrfach auf ihn – sind Punkte in diesem Programm.

Kommen wir zurück zu unserem Fall. Der Patient sagte zu seiner Frau „... Du hast mir doch immer geholfen.“ Die gute Beziehung zwischen den beiden war die dialogische Form der Zurechnungsfähigkeit und nicht deren Verwässerung. Wichtig war auch die Aussage der Ärztin, dass die Lebensqualität des Patienten bedeutender war als das Prinzip, keine Behandlung ohne die formal intakte Zustimmung des Patienten abzubrechen.

Dank an meinen Kollegen PD Dr. Joachim Boldt für seine vielfältige Unterstützung bei der Abfassung meines Beitrags.

Referenzen

- 1 Beier K. et al., *Understanding collective agency*, in: *Bioethics. Medicine, Health Care, and Philosophy* (2016); 19(3): 411-422, siehe Ref. 12
- 2 Berghmanns R., Dickenson D., Ter Meulen R., *Mental Capacity: In Search of Alternative Perspectives*, *Health Care Analysis* (2004); 12: 251-263), hier S. 253
- 3 Rebock Th., *Personsein in Grenzsituationen. Anthropologische Kritik der Medizin und Medizinethik*, *Ethik in der Medizin* (2011); 23: 15-24
- 4 Haker H., *Narrative Bioethik – Ethik des biomedizinischen Erzählens*, in: Joisten K. (Hrsg.), *Narrative Ethik. Das Gute und das Böse erzählen*, Sonderband der Deutschen Zeitschrift für Philosophie, Verlag Humboldt, Berlin (2007), S. 271
- 5 vgl. Keller M., *Aufklärung und Informed Consent: Grenzen der Selberbestimmung*, in: Illhardt F. J. (Hrsg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Kritik eines bioethischen Prinzips*, Verlag LIT, Münster (2008), S. 21-34
- 6 Diese Diagnosegruppen bis auf die letzte Fallgruppe werden als vulnerables bezeichnet. Fast süffisant klingt der Einwand: Wer ist schon nicht vulnerabel? Vulnerabilität ist nicht definierbar, darum ist sie kein Attribut einer besonders schützenswerten Gruppe. Das mag zutreffen, aber es gibt Patienten, die nicht aus eigener Kraft ihre Entscheidung durchsetzen können und darum auf die Fürsorge vor allem des therapeutischen Teams und anderer angewiesen sind, die mit der Wahrung ihrer Interessen betraut sind. Was gerade in der Autonomiediskussion leicht vergessen wird, ist die Verantwortung der Behandler. Autonomie trifft daneben, wenn nicht deren Verantwortung und Sorge garantiert ist.
- 7 Marks S. G., *Human rights*, in: Post S. G. (Hrsg.), *Encyclopedia of Bioethics*, Vol 3, Macmillan and Thomson, New York etc., S. 1221-1227
- 8 Arendt H., *Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft: Antisemitismus. Imperialismus. Totale Herrschaft*, Verlag Piper, München (1991), S. 603
- 9 Miller B. I., *Autonomy*, in: Post S. G. (Hrsg.), *Encyclopedia of Bioethics*, Vol 2, Macmillan and Thomson, New York etc., S. 246-251
- 10 SAMW (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften), *Medizin-ethische Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*, S. 10: Kommentar ad 2.1. Urteilsfähiger Patient (www.lebensende.ch/richtlinien/samw/lebensende, letzter Zugriff am 23.7.2016). Bei dem Wort „maßgebend“ wurde die unterschiedliche schweizerische Rechtschreibung übernommen.

- 11 Kindt H., *Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Arzt-Patient-Beziehung als Dialog*, in: Illhardt F. J. (Hrsg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Kritik eines bioethischen Prinzips*, Verlag LIT, Münster (2008), S. 177-188
- 12 vgl. Beier K. et al., siehe Ref. 1, S. 414 f.
- 13 Fallada H., *Jeder stirbt für sich allein*, Aufbau Taschenbuch (2012), S. 339
- 14 Johnson L., Erikson S., *Autonomy is a right, Not a Feat: How Theoretical Misconceptions have Muddled the Debate on Dynamic Consent to Biobank Research*, *Bioethics* (2016); 30(7):471-478. In diesem Zusammenhang kommt es auf das Problem der undeutlichen Unterscheidung an.
- 15 Beever J., Morar N., *The Porosity of Autonomy: Social and Biological Constitution of the Patient in Biomedicine*, *American Journal of Bioethics* (2016); 16(2): 34-45
- 16 Haker H., siehe Ref. 4, S. 253-271
- 17 Boldt J., *Wie lässt sich Selbstbestimmung fördern? Anspruch und Wirklichkeit des Instruments Patientenverfügung*, in: Steger F. (Hrsg.), *Bedroht Entscheidungsfreiheit Gesundheit und Nachhaltigkeit? Zwischen notwendigen Grenzen und Bevormundung*, Verlag mentis, Münster (2014), S. 91
- 18 Hilmer B., *Auf der Suche nach der Mitte. Ignaz Paul Vital Troxler und seine Philosophie des ganzen Menschen*, *Neue Zürcher Zeitung*, 5.3.2016 (Internationale Ausgabe), S. 23
- 19 vgl. Fischer J., *Krankheit und Sinn: Zur religiösen Wahrnehmung von Krankheit und ihren ethischen Implikationen*, *Ethmed* (2011); 23(1): 53-61
- 20 Dieser Ansatz gilt bis heute, vgl. Reich W. T., *Contemporary ethics of Care*, in: Post S. G. (Hrsg.), *Encyclopedia of Bioethics*, Vol 2, Macmillan and Thomson, New York etc. (2004), S. 367-375
- 21 vgl. Kreß H., *Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz, Selbstbestimmungsrechte, heutige Wertkonflikte*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2. Aufl., (2009), S. 24
- 22 Plessners Anthropologie wird leider sehr oft unterschlagen, siehe seine bioethische Relevanz bei Hilt A., *Der verborgene Mensch – Helmut Plessners ethische Skizzen*, in: Illhardt F. J. (Hrsg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Kritik eines bioethischen Prinzips*, Verlag LIT, Münster (2008), S. 125-138
- 23 vgl. Illhardt F. J., *Das „poröse Ich“ – Sinnlichkeit und Gemeinschaft, Die Philosophie Ludwig Feuerbachs und die Herausforderung der Demenz*, *ThG* (2007); 50: 279-285
- 24 Zur theologischen und anthropologischen Relevanz vgl. Fischer K., *Der Mensch als Geheimnis. Die Anthropologie Karl Rahners*, Verlag Herder, Freiburg usw., S. 314-324 als auch die Beobachtung, dass Martin Buber in seiner dialogischen Anthropologie Feuerbach mehrfach zitiert. Vgl. die Belege Ref. 23