

# Imago Hominis

BAND V/Nr. 4 • 1998 • PREIS ATS 120

EDITORIAL ..... 233

## AUS AKTUELLEM ANLASS

J. ZAHRL

*Das neue Ärztegesetz 1998* ..... 235

E.M. CECH

*RU 486 und Österreich – Geschichte eines Rückziehers* ..... 237

## FOCUS

E.H. PRAT

*Autonomie in der Arzt-Patient-Beziehung* .... 241

## SCHWERPUNKT

*Autonomie des Arztes und des Patienten*

G. PÖLTNER

*Autonomie des Patienten – Ethik der Fürsorge* 253

L. JUZA

*Aufklärung, Vertrauen und Wohlwollen in einer Medizin der Person* ..... 261

M. MEMMER

*Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten und Patientenautonomie* ..... 275

## TAGUNGSBERICHT

*„Altern als Schicksal?“* ..... 284

NACHRICHTEN ..... 286

*Das Gespenst von der Überbevölkerung der Erde schwindet ♦ Euthanasie im US-Bundesstaat Michigan abgelehnt ♦ Die französische Regierung präsentiert einen Plan für palliative Pflege ♦ Ein US-amerikanischer Organ-Händler wurde in Italien verhaftet ♦ Bedenken gegen Fortpflanzungshilfen ♦ Italiens Kliniken für Fortpflanzungshilfen mit Vorbehalten konfrontiert ♦ Kindesmord ♦ Das Schattenreich – Geheimnisse, Lügen und Zeugungshilfen*

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL ..... 290

BUCHBESPRECHUNGEN ..... 293

IMPRESSUM ..... 303



DVR: 002987(017)

**IMABE**

QUARTALSSCHRIFT DES INSTITUTS  
FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN ISSN 1021-9803

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo (seitenverkehrt).

# Imago Hominis

## Herausgeber

Johannes BONELLI  
Enrique H. PRAT DE LA RIBA

## Schriftleitung

Notburga AUNER

## Wissenschaftlicher Beirat

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)  
Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)  
Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)  
Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)  
Oswald JAHN (Arbeitsmedizin, Wien)  
Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)  
Friedrich KUMMER (Innere Medizin, Wien)  
Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)  
Theo MAYER-MALY (Bürgerl. Recht, Salzburg)  
Günther PÖLTNER (Philosophie, Wien)  
Hugo RAINER (Onkologie, Wien)  
Mohammed RASSEM (Soziologie, Salzburg)  
Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)  
Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)  
Dieter SCHWEIZER (Genetik, Wien)  
Franz SEITELBERGER (Neuropathologie, Wien)

Das *IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das *IMABE-Institut* veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

**IMABE**

QUARTALSSCHRIFT DES  
INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK • WIEN ISSN 1021-9803



Für nicht wenige Ärzte ist kaum verständlich, daß sich in den letzten Jahrzehnten die Arzt-Patient-Beziehung erheblich geändert hat. Sie ist wesentlich komplexer geworden. Die allgemein zunehmende Verwicklung in Haftungsprobleme spricht allerdings eine eindeutige Sprache. Viele empfinden die neue Situation als ungerecht und sogar entwürdigend. Sie fragen sich verwundert: Ist das ärztliche Ethos so abgesunken, daß es gerechtfertigt ist, die ärztliche Arbeit unter derartige Kontrollen und Drohungen zu stellen? Oder ist es nur der Vormarsch der Apparatedizin, die zwischen Arzt und Patient den Keil der technischen, unpersönlichen Abläufe eingezwängt und damit die Notwendigkeit geschaffen hat, betrieblich übliche Qualitätskontrollen und die entsprechenden Pönalen einzuführen? Hat man dabei nicht die Selbständigkeit und Mündigkeit der Patienten überzogen und die des Arztes so stark eingeschränkt, daß der Heilauftrag de facto behindert wird? Gehen wir nicht in die Richtung einer Medizin als Selbstbedienungsladen?

Wie auch immer diese Fragen beantwortet werden, die Autonomie des Arztes und des Patienten entwickelt sich immer mehr in zwei entgegengesetzte Pole, die in der Arzt-Patient-Beziehung ein Spannungsverhältnis erzeugen.

Seit mehr als 200 Jahren erleben wir eine zunehmende Gewichtung der Autonomie des Individuums, allerdings nicht ohne wesentliche Akzentverschiebung. I.KANT, der Erstformulierer des Begriffes der Privatautonomie (im Gegensatz zum antiken, primär politischen Begriff der Autonomie als Selbstgesetzgebung), würde das gängige Autonomieverständnis unserer Tage nicht wiedererkennen. Für ihn lag die Autonomie der praktischen Vernunft darin, daß sie den menschlichen Willen durch ihr Gesetz – das Sittengesetz – dazu verpflichtet,

dem unbedingt Gesollten den Vorrang vor dem naturwüchsigen Gewollten zuzuerkennen. Er sah darin „den Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Kreatur“. Diese Autonomievorstellung hat nur mehr wenig mit jenen Postulaten gemein, die in der gegenwärtigen bioethisch-rechtlichen Diskussion vom selben Begriff abgeleitet werden. Autonomie wird hinlänglich als uneingeschränkte Wahlfreiheit verstanden, als die Möglichkeit, unter allen Optionen wählen zu können. Die Entscheidung soll ohne Beeinflussung innerer oder äußerer Zwänge zustande kommen. Die Wahl des Patienten steht daher über allem. Das geht so weit, daß die Willensfreiheit auch über andere Güter, wie beispielsweise fremdes oder eigenes Leben gestellt wird. Zwei Beispiele aus der Alltagsdiskussion bringen die Sache auf den Punkt: Eine Frau, die sich, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage fühlt, ihrer Mutterschaft zuzustimmen, habe das Recht, ihr Kind abtreiben zu lassen. Niemand dürfe sie dieser Möglichkeit berauben. Oder ein Kranker, der sein Leiden nicht weiter ertragen möchte, müsse Anspruch auf eine Tötungsspritze haben, wenn er die Suizidhandlung nicht selbständig durchführen will oder kann. Freilich müssen mehrere Bedingungen erfüllt sein: das Leiden muß unheilbar sein, die Bitte müsse mehrmals und freiwillig ausgesprochen worden sein, es darf keine Alternativbehandlung mehr unausgeschöpft bleiben. Werden aber alle Voraussetzungen erfüllt, dann habe der Arzt keine andere Wahl, als diesem Wunsch des Patienten nachzukommen, weil es sein freier Wille ist! In ihrem Gewissen habe die Frau im ersten Beispiel oder der unheilbar Kranke im anderen Beispiel entschieden, und keine Instanz stehe mehr darüber.

Es mag Ärzte geben, die sich von derartigen Erwägungen überzeugen lassen, die Mehrheit

allerdings hat Schwierigkeiten, das zu verstehen. Auch der Arzt, als Mensch, verfügt über Autonomie, und er hat ein Gewissen. Auch er muß darauf achten, was ihm sein Innerstes zu handeln aufträgt. Was tun, wenn sich seine Entscheidung mit der des Patienten nicht deckt? Denn für den Arzt kann es sein, daß in seiner Werteskala das Leben über jenem des freien Patientenwillens steht, zumal er ja durch seinen Beruf einen genau definierten Handlungsauftrag hat, nämlich zu heilen oder zu lindern; keinesfalls jedoch zu töten. Abtreibung oder Beihilfe zum Selbstmord ist für viele Ärzte unethisch und mit ihrem Gewissen unvereinbar, selbst dann, wenn Patienten ausdrücklich darum bitten. Konflikte scheinen vorprogrammiert. Ein kurzer Blick auf die Geschichte der letzten Jahrhunderte bestätigt die Tatsache, daß die Hervorhebung der Autonomie (ohne ihre Berechtigung in Abrede zu stellen) auch nicht in der Lage war, den Menschen insgesamt zu einem friedlicheren Zusammenleben zu verhelfen.

Die Lösung der Frage, wie einerseits wirksam die legitime Patientenautonomie geschützt und andererseits ein unethisches Vorgehen verhindert werden kann, muß zum Neu-Überdenken menschlichen Verhaltens führen. Es ist eine Tatsache, daß die Freiheit den Menschen zu einem sittlichen Subjekt macht. Erst wenn er bewußt handelt, können diese Taten bewertet werden. Ohne Freiheit gibt es weder gut noch böse, oder Verantwortlichkeit. Allein die Tatsache der Freiheit einer Handlung sagt noch nichts über ihre Sittlichkeit aus. Objekt, Absicht und Ziel und die konkreten Begleitumstände müssen ins Treffen geführt werden, um eine moralische Wertung vornehmen zu können. Die Autonomie des Individuums ist auf die Sittlichkeit ausgerichtet. Den Rahmen der Sittlichkeit anzuerkennen und ihn sich zu ei-

gen zu machen stellte für KANT, wie oben angeführt, die große Leistung der Vernunft dar. Wer die Patientenautonomie als Synonym für Willkür gebraucht, leistet ihr einen schlechten Dienst. Er führt den Menschen in neue Abhängigkeiten und verhindert damit letztlich die wahre Ausübung der Freiheit.

Als Motto für unsere letzte Ausgabe dieses Jahres haben wir die Autonomie des Patienten einerseits, aber auch die des Arztes andererseits gewählt. Im Schwerpunkt sollen einige Aspekte in diesem Zusammenhang zur Sprache kommen: Der Patientenautonomie müsse eine Ethik der Fürsorge entgegenstehen, so erläutert G. PÖLTNER in seinem Beitrag, die Person in den Mittelpunkt aller Überlegungen stellend findet L. JUZA Antwort auf die bestehende Probleme in der Arzt-Patient-Beziehung, und M. MEMMER bringt von juristischer Seite interessante Überlegungen zur Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Der Focus steht ganz im Zeichen der Autonomie-Begriffsklärung. Richtig verstanden kommt es kaum mehr zu wirklichen Reibungspunkten.

Mit diesem Jahr können wir bereits ein bescheidenes Jubiläum feiern: *Imago Hominis* gibt es schon seit 5 Jahren, insgesamt 20 Hefte zu den unterschiedlichsten bioethischen Themen sind erschienen. Es ist nur billig und recht, daß wir uns an dieser Stelle für die zahlreichen Mitarbeiter bedanken, die stets mit Rat und Tat zur Seite standen. Ein herzliches Danke gilt aber auch den Lesern, und all jenen, die uns mit Aufmunterung oder auch Kritik zum Weitermachen motiviert haben. Zum bevorstehenden Weihnachtsfest die besten Wünsche, und halten Sie uns auch im nächsten Jahr die Treue!

Die Herausgeber

## Das neue Ärztegesetz 1998

Johannes ZAHRL

Nach langen und intensiven Vorbereitungsarbeiten wurde am 10.11.1998 das neue österreichische ÄrzteG 1998 im Bundesgesetzblatt kundgemacht. Folgende Regelungsschwerpunkte stehen im Mittelpunkt des neuen Gesetzes:

- Umfassende Neuorganisation der Ärztekammern
- Berufsrechtliche Regelungen für künftige Absolventen der Studienrichtung „Zahnmedizin“
- Schaffung eines ärztlichen Disziplinarverfahrensrechtes
- Neuregelung der ärztlichen Verschwiegenheits- und Anzeigepflicht

### Allgemeines

Das ÄrzteG 1998 besteht in formaler Hinsicht aus 7 Hauptstücken: Ärzteordnung, Kammerordnung, Disziplinarrecht, Aufsichtsrecht, sonstige Bestimmungen, Strafbestimmungen, Schluß- und Übergangsbestimmungen. Aufgrund der umfassenden Neuregelungen in den Bereichen Kammerrecht und Disziplinarrecht kam es zu einem Zuwachs von über 100 Bestimmungen gegenüber dem ÄrzteG 1984.

In der Ärzteordnung finden sich Berufsumschreibungen und Berufszugangsvoraussetzungen für den allgemeinärztlichen, den fachärztlichen sowie für den zahnärztlichen Bereich. Ein weiterer Abschnitt der Ärzteordnung enthält berufsrechtliche Vorschriften, die alle Ärzte gleichermaßen betreffen (Berufspflichten, Ärzteliste, etc.).

### Reform der Ärztekammern

Wichtigstes Anliegen der Kammerreform war es, die Ärzteschaft entsprechend ihren spezifischen be-

ruflichen Interessen als angestellter Arzt, niedergelassener Arzt oder Zahnarzt in drei Kurien zu gliedern. Diesen drei Kurien kommen weitgehende autonome Kompetenzen zu.

Die Zuordnung zur entsprechenden Kurie von Ärzten, die sowohl im Rahmen eines Dienstverhältnisses als auch freiberuflich tätig sind, orientiert sich grundsätzlich daran, welcher Tätigkeitsbereich schwerpunktmäßig ausgeübt wird: Bei Ärzten, die neben ihrem Anstellungsverhältnis eine Ordination führen, wird auf die Wochenstundendauer des Anstellungsverhältnisses abgestellt. Sind sie lediglich teilzeitbeschäftigt (was nach dem jeweiligen Dienstrecht zu beurteilen ist), so sind sie der Kurie der niedergelassenen Ärzte zuzuordnen. Haben sie eine Privatordination oder Verträge mit höchstens zwei kleinen Kassen, so können sie sich freiwillig der Kurie der angestellten Ärzte anschließen. Haben sie neben der Teilzeitbeschäftigung allerdings Verträge mit der GKK bzw. mit drei kleinen Kassen, so können sie nicht in die Kurie der angestellten Ärzte optieren. Bei vollzeitbeschäftigten Ärzten ist es genau umgekehrt: Sie werden grundsätzlich der Kurie der angestellten Ärzte zugeordnet, können sich allerdings, sofern sie einen GKK-Vertrag oder Verträge mit drei kleinen Kassen haben, der Kurie der niedergelassenen Ärzte zuordnen.

Die Angelegenheiten der Kurien werden von Kurierversammlungen besorgt, denen eine weitgehende Autonomie zukommt.

Diese Kurienstruktur setzt sich auch auf der Ebene der Österreichischen Ärztekammer fort, wo die jeweiligen Landeskurienversammlungen in je einer Bundeskurie der angestellten Ärzte, der niedergelassenen Ärzte und der Zahnärzte vertreten sind.

### Zahnärzte

In Übernahme zwingender EU-rechtlicher Vorgaben wurde durch das Universitätsstudiengesetz

(UStG) das Studium für Zahnmedizin eingerichtet, daß mit der Promotion zum Doctor medicinae dentalis (Dr. med. dent.) abgeschlossen wird. Das ÄrzteG 1998 schafft nun die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die Absolventen dieses neuen Studiums, als Zahnärzte in Österreich tätig werden zu können.

## Disziplinarrecht

Das ÄrzteG 1984 sah für das ärztliche Disziplinarrecht nur äußerst rudimentäre Verfahrensregelungen vor. An Stelle spezifischer Regelungen wurde auf die Strafprozeßordnung 1975 verwiesen. Dieser Verweis führte in der Praxis zu massiven Problemen und wurde daher wiederholt in Kritik gezogen.

Das ÄrzteG 1998 sieht daher in den §§ 135 ff ein eigenes Disziplinarverfahren vor, wobei sich die Regelungen weitgehend am Bundesgesetz über das Disziplinarrecht der Rechtsanwälte und Rechtsanwaltsanwärter (Disziplinarstatut 1990) orientieren.

## Ärztliche Anzeigepflicht

Die in der politischen Diskussion am heftigsten umstrittene Änderung betrifft die bisher in § 27 ÄrzteG 1984 vorgesehene ärztliche Anzeigepflicht. Diese wird nun – thematisch richtig – als Ausnahmetatbestand von der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht geregelt.

§ 54 Abs 4 ÄrzteG 1998 ermächtigt den Arzt, persönlich Betroffenen, Behörden oder öffentlichen Dienststellen Mitteilung über einen Verdacht zu machen, daß durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die Körperverletzung eines Menschen herbeigeführt oder ein Minderjähriger oder sonst eine Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, mißhandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell mißbraucht worden ist. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß das In-

teresse an der Mitteilung das Geheimhaltungsinteresse überwiegt.

In den Fällen, in denen sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht ergibt, daß durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod eines Menschen herbeigeführt worden ist, hat er – wie auch schon nach der bisherigen Rechtslage – unverzüglich Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten (§ 54 Abs 5 ÄrzteG 98).

Diese Anzeigepflicht gilt grundsätzlich auch beim Verdacht, daß eine schwere Körperverletzung eines Patienten durch eine gerichtlich strafbare Handlung herbeigeführt worden ist. Eine Ausnahme sieht das neue Gesetz aber für jene Fälle vor, in denen die Anzeige eine therapeutische Tätigkeit beeinträchtigen würde, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf. Diesfalls hat der Arzt die betroffene Person lediglich über bestehende anerkannte Opferschutzeinrichtungen zu informieren. Es wurde somit eine Harmonisierung mit § 84 StPO hergestellt. Mit dieser Norm stand § 27 ÄrzteG 1984 in einem nur schwer auflösbaren Konflikt.

Die neue Regelung stellt auch den Schutz des Kindeswohls in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen, übersieht aber nicht, daß es in der Praxis Fälle gibt, in denen eine Anzeige unter Umständen sogar kontraproduktiv ist. In diesen Fällen wurde nunmehr die ärztliche Anzeigepflicht durch eine Meldepflicht an den Jugendwohlfahrtsträger ersetzt. Diesem obliegt es sodann, im Rahmen des § 84 StPO zu beurteilen, ob neben therapeutischen und jugendwohlfahrtsrechtlichen Maßnahmen auch eine Anzeige an die Sicherheitsbehörde vorzunehmen ist.

*Mag. Johannes ZAHRL  
Österreichische Ärztekammer  
Weihburggasse 10-12  
A-1010 Wien*

## RU 486 und Österreich Geschichte eines Rückziehers

*Edel M. CECH*

**E**nde August dieses Jahres teilte die französische Firma „Exelgyne“ mit, sie werde in acht EU-Ländern, darunter auch Österreich, den Antrag stellen, ein Zulassungsverfahren nach den neuen EU-Regeln für das „Medikament“ RU 486 (mit neuem Namen „Mifegyne“) einzuleiten.

Zunächst wurden interessante Hypothesen aufgestellt, wie: „Medikament‘ RU 486 könnte bereits Anfang 1999 unter dem neuen Namen ‘Mifegyne‘ auch in Österreich erhältlich sein“; „RU 486 wird sicher kommen“ und „Abtreibungspille kann von Österreich nur schwer abgelehnt werden.“

Ein umstrittenes Thema war nach sechs Jahren plötzlich wieder in aller Munde und führte zu Schlagzeilen und Leitartikeln, was nicht ohne Wirkung blieb. Denn bereits zwei Monate nach der Ankündigung (am 29.10.) las man in einer österreichischen Tageszeitung: „Die Abtreibungspille Mifegyne kommt NICHT nach Österreich“, was vom Gesundheitsministerium bestätigt wurde.

### Was führte zu dieser so plötzlichen Wende?

Einige sprechen von „Ängsten der Abtreibungsgegner“, die „ins Leere gingen“. Andere meinen, der Widerstand habe sich gelohnt. Sicher ist, daß eine Diskussion in Gang kam, die nicht nur beim Wort blieb, sondern auch zu Taten führte.

Die Lebensschutzbewegung „Jugend für das Leben“ (JFDL – mit Hauptsitz in Linz) rief bereits am Tag der Ankündigung in einer Presseerklärung zum Widerstand gegen das „Tötungspräparat“ auf. Die „Aktion Leben“ mel-

dete sich ebenfalls am selben Tag zu Wort: Die geplante Einführung der Abtreibungspille in Österreich sei ein „Skandal“. 1992/93 waren binnen weniger Monate 80.000 Unterschriften gegen RU 486 gesammelt worden. Der damalige Gesundheitsminister hatte die Diskussion beendet, indem er sich dezidiert gegen das Tötungsmittel aussprach.

Auch der Katholische Familienverband der Erzdiözese Wien (KFVW) schaltete sich ein und warnte vor einer „Verharmlosung der Abtreibung“. Es sei beschämend, im zehntreichsten Land der Welt „ungeborene Kinder mit Pillen töten zu wollen – und das unter dem Deckmantel der Humanität“ (Kathpress 25.8.98).

### Lebensschutzbewegungen wie kirchliche Institutionen appellieren an Regierung und Bevölkerung.

Sowohl KFVW als auch „Aktion Leben“ und JFDL richteten dringende Appelle an die Gesundheits- und Sozialministerin, sich neuerlich dezidiert gegen die Zulassung von Mifegyne in Österreich auszusprechen. JFDL rief die Bevölkerung oft und eindringlich dazu auf, Protestbriefe an die Ministerin und an Regierungsvertreter in Österreich sowie an Pillenhersteller SAKIZ zu schreiben. JFDL verbreitete weiters 100.000 Flugblätter, in denen grundlegende Informationen über RU 486 (Mifegyne) erteilt und ebenfalls zu Protestbriefen aufgefordert wurde.

Diözesan- und Familienbischof Klaus KÜNG (Feldkirch), appellierte an die Bevölkerung,

„die Zulassung der Abtreibungspille Mifegyne in Österreich aus ethischen Überlegungen zu unterbinden“ (Kathpress 26.8.). Der Gesetzgeber sei verpflichtet, für den Schutz des menschlichen Lebens Sorge zu tragen. Es widerspräche einem in der Verfassung grundlegenden Auftrag, wenn er sogenannte „Heilmittel“ oder „Medikamente“ zulässt, die zur Tötung von Menschen entwickelt wurden und für die Abtreibung verwendet werden. Die Einführung der Abtreibungspille würde – so KÜNG – den „Druck auf die Frauen, die neben den abgetriebenen Kindern die ersten Leidtragenden sind, weiter erhöhen.“

### **Das kirchliche Lehramt meldet sich zu Wort.**

Indes hatte die „Aktion Leben“ ihre Unterschriftenaktion gestartet und hoffte, wie im Jahr 1992, auf breite Unterstützung. Kardinal SCHÖNBORN sowie Kardinal KÖNIG unterzeichneten die Liste öffentlich im Wiener „Club Stephansplatz 4“. Beiden Kardinälen ging es dabei wie sie vor Journalisten betonten – um ein „Ja zum Leben“. „Ein Medikament darf kein ‚Mordikament‘ sein“, so sagte SCHÖNBORN schon zuvor gegenüber einer Tageszeitung in einem Interview.

### **Die Ärzteschaft bestätigt: Ein Medikament soll helfen und nicht schädigen.**

Ähnlich wie Kardinal SCHÖNBORN argumentierte auch die Ärzteschaft. Johannes BONELLI, gab in einem Interview mit der FURCHE (1.10.) zu bedenken: Bisher habe man bei der Einführung von Medikamenten immer darauf geachtet, daß Medikamente „helfen und nicht schädigend sind“. Mit „Mifegyne“ würde hingegen erstmals ein „Tötungsmittel“ eingeführt werden und könne demnach nicht als „Medikament“ bezeichnet werden. „Schwangerschaft ist

ja keine Krankheit, und der Embryo kein Geschwür, sondern ein Lebewesen.“

Auch im Rahmen einer Stellungnahme der Ethikkommission des von ihm geführten IMA-BE-Instituts wurde der unbedingte Schutz des menschlichen Lebens, „unabhängig von seiner Qualität oder seinem Entwicklungsstadium“ (Gesamtwortlaut siehe *Imago Hominis* 3/98).

Juristisch gesehen wäre eine Zulassung der Abtreibungspille rechtswidrig, betonte der Salzburger Rechtswissenschaftler Theo MAYER-MALY. Nach den Paragraphen 96 und 97 des geltenden österreichischen Strafgesetzbuches sei der „Schwangerschaftsabbruch“ grundsätzlich rechtswidrig und nur unter den als „Fristenlösung“ etikettierten Voraussetzungen straffrei. Unter diesen scheint die Einnahme eines pharmazeutischen Präparates jedoch nicht auf.

### **Die plötzliche Meldung: Der Antrag wird nicht gestellt.**

Bis Ende Oktober kehrte dann scheinbar wieder Ruhe in die Medienwelt ein. Das Thema Abtreibungspille verschwand förmlich von der Bildfläche, bis die Meldung von der Antragsunterlassung kam und neuen „Staub“ aufwirbelte – diesmal jedoch sehr zur Freude der Lebensbefürworter: Statt wie ursprünglich geplant in acht, würde der Antrag nur in fünf EU-Ländern gestellt werden. Nicht mehr dabei wären Italien, Deutschland und Österreich.

### **Das Leben hat zu jedem Zeitpunkt unantastbare Würde.**

Fest steht – und das haben die Aktionen der vergangenen Monate gezeigt, daß es den Österreichern nicht egal ist, was in ihrem Land vor sich geht, daß die Bevölkerung sehr wohl bereit ist, Position zu beziehen, wenn es darum geht, das Leben zu verteidigen. Sicher ist auch, daß in

jedem Fall – ob es nun zu einer Einführung kommt oder nicht – der Mensch von der Empfängnis bis zum natürlichen Tod geschützt werden muß, weil er eine unantastbare Würde besitzt. Das bekundeten auch die Vertreter von elf Lebensschutz-Bewegungen bzw. Institutionen. „Wir sind gegen jede Form des Tötens von unschuldigen Menschen“, heißt es darin abschließend, „folglich auch gegen jede Erweiterung, wie etwa die Einführung der Abtreibungspille Mifegyne.“

Im Rahmen ihrer jüngsten Tagung Anfang November hat auch die österreichische Bischofskonferenz in einer Erklärung erneut mit Nachdruck ihre Stimme zum Schutz des menschlichen Lebens erhoben. Die Bischöfe begrüßten es, daß die Herstellerfirma der Pille

derzeit von einem Ansuchen um Zulassung dieses Präparates in Österreich absieht. Zugleich wird aber betont: „Die Österreichische Bischofskonferenz wird sich niemals mit der sogenannten Fristenlösung abfinden, weil das menschliche Leben ab dem Augenblick der Empfängnis bis zum natürlichen Tod zu schützen ist.“

Und das meinen nicht nur die Vertreter der Kirche und der Lebensschutzbewegungen – das bezeugen auch Tausende von Unterschriften.

*Mag. Edel M. CECH*  
*IMABE-Institut*  
*Landstraßer Hauptstraße 4/13*  
*A-1030 Wien*



## FOCUS

---

# Autonomie in der Arzt-Patient-Beziehung

Enrique H. PRAT

### ZUSAMMENFASSUNG

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

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

### ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

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

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

## II. Was ist Autonomie?

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

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

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

### III. Autonomie: Grundfreiheit und Wahlfreiheit

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

### IV. Autonomie und Personalität

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

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

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

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

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

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

## V. Entscheidungen erster und zweiter Ordnung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Welche Entscheidungen trifft der Patient?

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

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

*Man kann zwischen zwei verschiedenen Vertrauensarten unterscheiden*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Referenzen

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



## SCHWERPUNKT

---

# Autonomie des Patienten – Ethik der Fürsorge

Günther PÖLTNER

### ZUSAMMENFASSUNG

*Individualisierung der Lebensgestaltung, Gefühl der Bevormundung, Schutz vor medizinischen Machbarkeiten sind u.a. Gründe für den Wandel des Arzt-Patientenverhältnisses vom 'Paternalismus' zur 'Patientenautonomie'. Diese wird jedoch meist individualistisch verstanden: Infolgedessen wird Autonomie-Anspruch zu Heteronomie-Zumutung, zum Druckmittel für erwünschte medizinische Machbarkeiten und führt zu Entsolidarisierung. Voraussetzungen des individualistischen Autonomiebegriffs sind u.a. die Gleichsetzung von Abhängigkeit mit Unfreiheit und die Verdrängung des dem Menschen Unverfügblichen. Der Situation von Not und Hilfe entspricht eine Ethik der Fürsorge, integriert in eine Ethik der umfassenden Daseinsannahme.*

**Schlüsselwörter: Autonomie, Fürsorgeethik, Paternalismus, Arzt-Patient Beziehung**

### ABSTRACT

*Life style individualization, a feeling of non-emancipation, protection against medical practicabilities and many others are the reasons for the change in the medical doctor/patient relationship from "paternalism" to "patient autonomy". The latter is, however, mostly individualistically understood and therefore the "autonomy demand" becomes a "heteronomy imputation" and a means of pressure to attain the desired medical practicabilities which leads to non-solidarity. Suppositions for the individualistical autonomy conception are, among others, the equivalency of dependency with lack of freedom and the repression of that which is non-disposable for a human being. The situation of need and helping suits well an ethic of care and alleviation, integrated into an ethic of existential acceptance.*

**Keywords: Autonomy, ethic of care, paternalism, medical doctor/patient relationship**

*Anschrift des Autors: Univ. Prof. Dr. Günther PÖLTNER, Institut für Philosophie Wien  
Grund- und Integrationswissenschaftliche Fakultät  
Universitätsstraße 7, A-1010 Wien*

## I. Gründe für den Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Der Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses wird als Übergang vom Paternalismus zur Patientenautonomie, vom Ethos der (väterlichen) Fürsorge zum Ethos der Patientenautonomie<sup>1</sup> beschrieben. Als paternalistisch gilt ein ärztliches Handeln, „das sich ohne und gegebenenfalls auch gegen die Einwilligung des Kranken an dessen bestem Interesse orientiert.“<sup>2</sup> Galt traditionellerweise in den Heil- und Pfllegeberufen der Grundsatz ‚salus aegroti suprema lex‘, so soll jetzt in erster Linie gelten: ‚voluntas aegroti suprema lex‘. Der Wandel beinhaltet eine Veränderung der Legitimationsbasis und des Sinnzieles ärztlichen Handelns. Dieses ist nicht primär durch das Wohl, sondern durch die Zustimmung des Patienten legitimiert. Die unmittelbare Folge der Primärstellung der Patientenautonomie ist die hohe Bedeutung der Aufklärung als Voraussetzung für eine wirksame Behandlungseinwilligung.

Es lassen sich mehrere Gründe für den Wandel vom Paternalismus zur Patientenautonomie namhaft machen: (1) Die Auflösung patriarchalischer Gesellschaftsstrukturen hat eine „zunehmende Privatisierung und Individualisierung“ der Lebensgestaltung, vor allem in den Industriegesellschaften westlichen Musters im Gefolge<sup>3</sup>. (2) Im Zuge dieser Individualisierung wird Fürsorge als eine Bevormundung und Entscheidung über die Köpfe der Betroffenen hinweg empfunden. Ärztliche Fürsorge sieht sich dem Ideologieverdacht ausgesetzt. Nach A. Pieper hat „die Diskussion der Patientenautonomie deutlich gemacht, daß sich die Attitüde des Paternalismus in einer Gesellschaft überlebt hat, die patriarchalische Strukturen nicht mehr als selbstverständliche Normen hinnimmt, sondern als Formen eines Androzentrismus durchschaut, der unter dem Deckmantel wohlwollender Fürsorglichkeit Machtinteressen verbirgt, die in der Verfügungsgewalt über andere befriedigt werden.“<sup>4</sup> In dieser extremen Sicht ist Fürsorge gleichbe-

deutend mit Ignorierung und Verletzung von Autonomieansprüchen: Das Fürsorgeprinzip gerät in Konflikt mit dem Autonomieprinzip. (3) Autonomie wird als Schutz gegen medizinische Machbarkeiten erfahren. Der Einsatz medizinischer Mittel kann als sinnlos empfunden werden (z.B. Lebensverlängerung um jeden Preis). Das Machbare dient nicht automatisch dem Wohl eines Menschen – eine Tatsache, die gerade angesichts des medizinisch noch Möglichen besonders schwer wiegt und die Forderung nach Respektierung anders lautender Patientenentscheidungen verständlich macht.

Das Problem paternalistischen Handelns liegt einerseits in der Schwierigkeit, das für den Patienten Beste wissen zu können, und andererseits in der Gefahr einer Subjektvergessenheit: Man vergißt, es mit einem kranken Mit-Menschen und nicht mit einem ‚Behandlungsobjekt‘ zu tun zu haben. Die Grenze zwischen Hilfsbereitschaft, echter Fürsorge einerseits und (unbewußter) Manipulation andererseits ist nicht leicht einzuhalten, und die Spannung zwischen Heilungsauftrag und Forschungsinteresse kann rasch zugunsten des letzteren abgebaut werden.

## II. Individualistisches Autonomieverständnis

### 1. *Der genuine Sinn von Autonomie*

Dem genuine Wortsinn nach bedeutet Autonomie Selbstgesetzgebung, d.h. die Fähigkeit des Menschen, sich selbst dazu zu bestimmen, das sittlich Gesollte und nicht das bloß naturhaft Erstrebte zu tun. Autonom ist, wer das als gut Erkannte tut und in diesem Sinne Urheber seiner Handlungen ist. Versteht man unter Gewissen die Fähigkeit der praktischen Vernunft, unter Berücksichtigung aller relevanten Gesichtspunkte und Umstände das hier und jetzt moralisch richtige Handeln zu bestimmen, dann heißt autonom handeln so viel wie nach dem

Gewissen handeln. Und das kann gegebenenfalls heißen, in stellvertretender Entscheidung fürsorglich handeln. Fürsorge bedeutet eo ipso nicht schon Einschränkung der Patientenautonomie, so daß sie von vornherein als deren Verletzung rechtfertigungspflichtig wäre. Fürsorge und recht verstandene Autonomie bilden keinen Gegensatz, sondern entsprechen einander.

## 2. Die individualistische Umdeutung des Autonomiebegriffs und seine Folgen

Die öffentliche Debatte um die Patientenautonomie versteht allerdings unter Autonomie meist etwas anderes<sup>5</sup>. Sie steht im Zeichen einer individualistischen Umdeutung dieses Begriffs in Richtung alleiniger Selbstverfügung und Freiheit von sittlicher Selbstverpflichtung. Sie verwechselt sittlich begründete Selbstbestimmung mit Wunscherfüllung. Utilitaristische Positionen sind hier eine Stütze. Für den Präferenzutilitarismus ist nicht die Existenz eines Hilfsbedürftigen, sondern dessen Interessenlage von moralischer Relevanz. Es sind die Interessen der Beteiligten gleich zu werten und nach dem obersten Prinzip der Maximierung von Lust- und Wunschbefriedigung und Minimierung von Unlust zu berücksichtigen. Angesichts der Schwierigkeit der Beurteilung von Fremdwünschen ist nach dieser Position jede Entscheidung zu akzeptieren, die rational, d.h. auf der Basis ausreichender Information getroffen wird.

Eine individualistisch verstandene Autonomie hat schwerwiegende medizin-ethische Folgen: (1) Der Autonomie-Anspruch schlägt um in Heteronomie-Zumutung. Die im Heil- und Pflegeberuf Tätigen werden zu Ausführungsorganen von Patientenwünschen. Wie aber jedes Handeln unterliegt auch die Realisierung von Interessen Dritter sittlichen Maßstäben. Die Forderung nach Respektierung von Patienteninteressen darf nicht auf ein Handeln gegen das Gewissen Dritter verpflichten. Vor der Berücksichtigung von Interessen geht es um deren Beurteilung nach ethischen Gesichtspunkten (Vorrang der ‚Ethi-

sierung‘ vor der Befriedigung von Wünschen). (2) Autonomie als Schutzmittel vor ungewünschten medizinischen Machbarkeiten wird zum Druckmittel für erwünschte medizinische Machbarkeiten. ‚Autonome‘ Wünsche und Machbarkeitsangebote bilden eine willkommene Ergänzung<sup>6</sup>. (3) Der Autonomie-Anspruch führt zu Entsolidarisierung und damit schließlich zu einer Überforderung des Patienten. Er untergräbt die Vertrauensbasis des Arzt-Patient-Verhältnisses. Die Respektierung der Patientenautonomie wird zum Deckmantel der Flucht in Verantwortungslosigkeit – so wie sich Machtinteressen als Paternalismus maskieren können. Geraten Rat und Hilfe unter den Verdacht von Bevormundung und unzulässiger Beeinflussung, muß der Verzicht darauf zur willkommenen Entlastung werden. Das ärztliche Aufklärungsgespräch – Voraussetzung für sinnvolle Patientenentscheidungen – wird – nicht zuletzt wegen befürchteter rechtlicher Konsequenzen – zur Totalaufklärung im Sinne bloßer Sachinformation. Sie läßt den Patienten mit den lebenspraktischen Folgen alleine, statt mit der sachlichen Mitteilung eine existenzielle Entscheidungshilfe zu verbinden, die der Patient mit Recht erwarten darf. Rückhaltlose Offenheit wird zu Rücksichtslosigkeit, die den kranken Mitmenschen als Wesen bloßer Zweckrationalität betrachtet.

## III. Arzt-Patienten-Verhältnis und individualistisches Autonomieverständnis

### 1. Die Situation von Not und Hilfe als Grund der Fürsorge

Beim Arzt-Patienten-Verhältnis handelt es sich um eine ganz bestimmte Form des Miteinanderseins von Menschen: um die Situation von Not und Hilfe. Wie jede Handlungssituation besitzt auch diese von sich aus einen Anrufcharakter, d.h. hier: die Not zu beheben bzw. so gut es geht zu lindern. Quelle des Sol-

lens ist schlicht und einfach die Existenz des in Not geratenen und hilfsbedürftigen Mitmenschen. Das ärztliche und pflegerische Handeln ist die Antwort auf diese Ursituation. Es entspringt ihr und bleibt an sie trotz aller Technisierung der modernen Medizin zurückgebunden. Sein Ethos ist von seinem Ursprung her ein Ethos der Fürsorge.

Dementsprechend ist das Arzt-Patienten-Verhältnis eine besondere Form eines Vertrauensverhältnisses. Indem der Patient auf eine seiner Notsituation entsprechende Hilfe baut, vertraut er (1) auf die sachliche Kompetenz des Arztes, d.h. auf eine Behandlung *lege artis*, und (2) auf seine mitmenschliche Kompetenz. Er vertraut, daß ihm als kranken Mitmenschen geholfen wird, d.h. daß der Arzt ein guter Arzt ist. – Nur wenn diesem zweifachen Vertrauen entsprochen wird – wozu umgekehrt der Patient ebenfalls beizutragen hat – besteht die Möglichkeit, das für den Patienten Beste zu finden. Die sachliche und mitmenschliche Kompetenz des Arztes ist zu unterscheiden, nicht aber zu trennen, und muß je nach der Situation verschieden gewichtet werden. (Die Palette kann von der bloßen Serviceleistung im Sinne eines Vertragsmodells bis zu langjähriger Begleitung reichen.)

Das Besondere des Arzt-Patienten-Verhältnisses liegt in einer Verbindung von Gleichrangigkeit und Ungleichheit. Es herrscht Gleichrangigkeit, weil Arzt und Patient einander als Mitmenschen gegenüberstehen. Der Patient ist in erster Linie nicht ein Krankheitsfall, sondern ein – wenn auch kranker – Mitmensch, dem als solchem Anerkenntnis geschuldet wird. Diese Anerkenntnis gebührt demnach unabhängig vom Lebensalter, faktischen Zustand und von augenblicklich verfügbaren Fähigkeiten des Patienten. Gleichzeitig herrscht Ungleichheit, weil es sich um eine Abhängigkeitssituation der Hilfe und Schwäche handelt. Ihr entspricht insbesondere das Mitleid i.S. von fürsorgender Anteilnahme und Mittragen – was nicht mit Bemitleiden, d.i. jener Sentimentalität zu verwechseln ist, die im Augenblick gerührt ist, aber keine Ta-

ten setzt und nicht mit-tragen will. Das individualistische Autonomieverständnis mißinterpretiert die Ungleichheit in der Vormeinung, Hilfeleistung sei primär Fremdbestimmung, die das Recht der Selbstverfügung über den eigenen Leib beschneidet.

Die Grundsituation von Not und Hilfe bestimmt das Ziel des ärztlichen Handelns: es ist das für den Patienten Beste (*salus aegroti suprema lex*). Das Problem, die Selbstbestimmung des Patienten zum obersten Grundsatz zu erheben (*voluntas suprema lex*), liegt bekanntlich im Begriff der Patientenkompetenz, d.i. in der Frage, wo die Grenzen des Selbstbestimmungsvermögens liegen, wie sie erkannt werden können und in welchem Ausmaß sie zu berücksichtigen sind. Die situationsgerechte Bestimmung dieser Grenze ist ein je neu zu lösendes Problem medizinischer Praxis. Dazu kommt die Nichtanwendbarkeit des Selbstbestimmungsgrundsatzes im Falle einer notwendigen stellvertretenden Entscheidung (Ungeborene, Unmündige, Zustimmungsunfähige). Das Beharren auf der Selbstverfügung als oberstem Grundsatz wäre gegebenenfalls eine Mißachtung der Schwäche, des Nicht-Entscheidenskönnens oder -wollens des Patienten. Nicht immer ist das Entscheidenmüssen das für den Patienten Beste. Hier bedarf es der gewissenhaften Selbstprüfung im Hinblick auf das dem Patienten Zumutbare.

Inhalt sowie Art und Weise der Ermittlung des Patientenwohls sind naturgemäß jeweils verschieden. Im Normalfall wird es das Gespräch mit dem Betroffenen sein. Beide Partner werden sich – jeder auf seine Weise – auf den gemeinsamen Weg begeben müssen. Der Arzt wird dies tun in echter Anteilnahme unter Einschluß der notwendigen therapeutischen Distanz, der Patient in der Bereitschaft, sich raten und helfen zu lassen, beides in einem Klima gelebten Vertrauens. (Auch der Arzt muß vertrauen dürfen, daß man ihm glaubt)<sup>7</sup>. Bei alledem dürfen die typischen Schwierigkeiten bei der Findung des Patientenwohls nicht übergangen werden.

Es ist der Einfluß der Krankheit auf die Grundverfassung des Patienten zu berücksichtigen. Auch gibt es so etwas wie Selbsttäuschung und existenzielle Verirrung, einen Unterschied zwischen Gesprochenem und in Wahrheit Gemeintem, also verschwiegene Wünsche. Es kann zu einer Diskrepanz zwischen faktisch geäußertem Eigeninteresse und wahrem Eigeninteresse kommen. Diese Diskrepanz im Sinne eines individualistischen Autonomieverständnisses ignorieren, wäre nicht Hilfe für den Patienten, sondern Beihilfe zu dessen Selbstschädigung. In solchen Situationen muß die Feinfühligkeit und das Gewissen des Arztes entscheiden. Eine selbstschädigende Gewissensentscheidung des Patienten ist zu respektieren, wenn sie nicht Dritte zwingt, gegen ihr Gewissen zu handeln. – Patientenverfügungen sind zu beachten, doch können sie nur relative Bedeutung haben. Eines ist es, sich in gesunden Tagen Entscheidungen in Krankheitssituationen vorzustellen, ein anderes ist es, in der eigenen Krankheitssituation im Ernst Entscheidungen treffen zu müssen. Es gehört zur Achtung der Hilfsbedürftigkeit des Patienten, gegebenenfalls dessen vertrauensvoll geäußerten Wunsch, der Arzt möge das für ihn Beste wählen, nicht vorschnell als Flucht vor Eigenverantwortung zu disqualifizieren. Es bleibt zu fragen, ob es ernsthaft Erkrankten jedesmal um die selbstbestimmte Wahl der Behandlungsart und um die Selbstverfügung über ihr Leben geht, oder ob sie im Ernst nicht etwas anderes erwarten.

## 2. Voraussetzungen des individualistischen Autonomieverständnisses

### a) Gleichsetzung von Abhängigkeit mit Unfreiheit

Die individualistische Umdeutung von Autonomie samt ihren medizinisch-ethischen Folgen wurzelt in einem primär negativen Autonomiebegriff. Dieser wiederum ist mit dem für die

neuzeitliche Wissenschaft bestimmenden Gedanken der Beherrschbarkeit der Natur verbunden. Für die Medizin hat das die viel diskutierte Ausblendung des Menschen als des Subjekts der Krankheit sowie die – inzwischen freilich fragwürdig gewordene – Dominanz eines funktionalistischen Krankheits- und Gesundheitsverständnisses zur Folge gehabt. Die Berufung auf (individualistische) Patientenautonomie ist gekoppelt mit der Überzeugung, das menschliche Leben sei eine Sache der Planung und Verfügung. Sie nivelliert (bewußt oder unbewußt) den Unterschied von Handeln und Herstellen. Handeln gilt als eine besondere Form des Machens. Das Unverfügbare ist verfügbar zu machen – und wo das nicht geht, müssen wenigstens die Umstände seines Eintritts machbar sein.

Wird Autonomie primär negativ konzipiert, d.h. Selbstbestimmung und Fremdbestimmung in ausschließender Disjunktion einander gegenübergestellt, wird die Beherrschbarkeit zum bestimmenden Erkenntnisinteresse. Der Disjunktion entspricht die Gleichsetzung von Abhängigkeit mit Unfreiheit (Fremdbestimmung) und von Unabhängigkeit mit Freiheit (Selbstbestimmung). Auf diese Weise kommt es aber zu einer inhumanen Dialektik.

Steht nämlich die Selbstbestimmung in einem bloß negativen Verhältnis zur Fremdbestimmung, ist diese eo ipso mit Unfreiheit identisch und wird von vornherein zur Beschränkung von Selbstbestimmung. Jede Form von Andersheit wird konsequenterweise zur Quelle unfreimachender Bedrohung, die ausgeschaltet werden muß. Das andere erscheint primär nicht als das positiv andere, sondern als das Negative, das im Zeichen der zu behauptenden Selbstbestimmung beherrscht werden muß. Beherrscht ist etwas in dem Maße, als es gemacht (rekonstruiert) werden kann. Damit wird nicht nur die Natur zum Gegenstand der Beherrschung, sondern auch das zwischenmenschliche Verhältnis. Steigende Naturbeherrschung wird mit Freiheitszuwachs und Zuwachs an Humanität

parallelisiert. Freiheit begreift sich als Selbstbehauptung und damit primär als Kampf gegen Abhängigkeit.

Dabei wird freilich übersehen, daß Abhängigkeit von vornherein keineswegs mit Unfreiheit identisch ist. Abhängigkeit von der Natur bedeutet in erster Linie nicht Einschränkung, sondern positive Ermöglichung von Freiheit. Die ursprüngliche Form der Abhängigkeit ist denn auch die freigebende Abhängigkeit. Schließlich verdanken wir ihr es, daß wir überhaupt da sein können. Wäre uns nicht ein Mindestmaß an freigebender Abhängigkeit zuteil geworden, hätten wir niemals in unsere Existenz treten können. Dasein ist wesentlich ein Dasein in ursprünglich positiver Abhängigkeit und Bezogenheit. Nicht die Befreiung aus Abhängigkeiten ist das Primäre, sondern das Freiwerden in ihnen.

#### *b) Verdrängung des Unverfügbaren*

Der negative Autonomiebegriff deutet jedes ‚Nicht‘ in ein prinzipielles ‚Noch-nicht‘ um: Das sich der menschlichen Verfügungsmacht Entgegenstellende, das Unverfügbare wird als etwas prinzipiell Verfügbares angesehen. Das vom Menschen Nicht-Gemachte und das Nicht-Beherrschbare wird von vornherein als das prinzipiell Machbare und das Noch-nicht-Beherrschte verstanden. (Es wird die Hypothek auf den Fortschritt der Wissenschaft aufgenommen.) Diese Umdeutung nivelliert die für das menschliche Miteinanderleben und insbesondere für die Ursituation von Not und Hilfe höchst bedeutsame Differenz zwischen dem, was der Mensch kann und dem, was er prinzipiell nicht kann, was gleichwohl aber ein unauslöschliches Moment seiner Existenz ausmacht. Keiner kann sich selbst sein Dasein geben, vielmehr verdankt er es anderen, keiner entkommt seinem Sterben und seinem Tod. Das negative Autonomieverständnis macht blind für das Geheimnis des Anfangs und des Todes, in das jeder von uns hineingenommen ist.

Wörter wie Schicksal oder Fügung geraten zugunsten der Utopie eines leidfreien Lebens außer Kurs. Sie gehören nicht mehr zum Sprachschatz, und mit dem Wort wird die Sache verdrängt. Schicksalslosigkeit wird umstandslos zum Kriterium von Lebensqualität. Das erlaubt es aber nicht mehr, wesentliche Grunddimensionen menschlichen Lebens ernstzunehmen und auch anzunehmen – das Sterben-Müssen und den Tod, der genauso unverfügbar ist, wie es unser Dasein-Können selbst ist. Das kann Auswirkungen auf das Selbstverständnis ärztlichen Handelns haben und zur Verkehrung seines Sinnzieles führen: statt in Heilung und Linderung wird das Ziel im Kampf gegen die Übermacht des Todes erblickt. Hier ist ethische Wachsamkeit geboten: Wenn der Tod zum Leben gehört (*media vita in morte sumus*), kann eine Medizin, deren oberstes Gebot der Kampf gegen den Tod ist, leicht zum Kampf gegen das Leben – gegen das ohnmächtige oder vom Tode bedrohte Leben werden.

Die Dialektik des individualistischen Autonomiebegriffs gilt es zu durchschauen, andernfalls verliert eine ärztliche Ethik ihren Boden unter den Füßen. Es ist jeweils zu prüfen, welcher Vorbegriff von Autonomie leitend ist, wenn auf sie rekurriert wird. Der ethischen Verunsicherung, die aus der Individualisierung der Wert- und Lebensanschauung erwächst, kann mit einer ebensolchen Individualisierung der Patientenentscheidung kaum beigegeben werden. Die dadurch gewonnene Entlastung des Arztes vom Entscheidungsdruck ist ethisch gesehen ein Schein – weil dieser seiner Fürsorgepflicht dadurch nicht enthoben wird und um die Frage nach der ethischen Vertretbarkeit des vom Patienten Gewollten nicht herumkommt.

#### **IV. Ärztliche Ethik als Ethik der umfassenden Daseinsannahme**

Zwecks Vermeidung des individualistischen Mißverständnisses von Autonomie wäre es rat-

sam, die Alternative von Paternalismus – Patientenautonomie aufzuheben und von einer ärztlichen Ethik fürsorgender Anteilnahme zu reden. Individualisierung führt zur Entsolidarisierung. Was geschieht mit denen, die selbst nicht entscheiden können – zeitweise nicht oder auf Dauer nicht? Hier geht es um anteilnehmende Fürsorge. Die ethische Herausforderung der Krankheit liegt letztlich in der Konfrontation mit den Erscheinungsformen des dem Menschen Unverfügblichen. Jede Krankheit ist ein Bote des Todes – nicht erst eine solche mit tödlichem Ausgang. Es braucht wohl nicht betont zu werden, daß sich niemand eine Erkrankung oder Behinderung wünscht. Allein was tun, wenn etwas Nicht-Gewolltes dennoch eintritt, wenn das Unabwendbare da ist? Wie sich zu dem Unverfügbaren verhalten und dabei als Mensch bestehen können?

Eine Ethik ärztlichen Handelns wäre in eine Ethik umfassender Daseins-Annahme einzubinden. Der Titel, den unsere europäische Tradition hierfür bereit hält, lautet: Gelassenheit. Sie ist die Haltung, die dem Unverfügbaren entgegengebracht wird, und zwar dergestalt, daß das Unabänderliche, schicksalhaft Betreffende als sinnvolle Grenze des eigenen Handelns bejaht und in dieses aufgenommen wird. Freilich: Was wir nicht ändern können, geschieht – ob wir das wollen oder nicht. Aber eben deshalb sollen wir uns zu ihm in ein lebbares Verhältnis setzen und es annehmen. Denn ohne solche Annahme können wir uns selbst nicht annehmen, ohne Bejahung unserer selbst in allen Dimensionen, die unser Leben bestimmen, gibt es kein gutes Leben.

Gelassenheit ist nicht mit fatalistischer Resignation zu verwechseln, vielmehr gehört zu ihr ein gesunder Realismus. Wenn nämlich das Unabänderliche aktiv hingenommen werden soll, so muß es als Unabänderliches manifest werden. Das aber bedeutet, die Grenzen des sinnvoll Änderbaren zu ermitteln, das Mögliche nicht unversucht lassen. Freilich: Die Ermittlung der Grenzen muß von der Bereitschaft getragen sein,

sie dann auch anzunehmen. Gelassenheit ist deshalb weder Fanatismus, der meint, Sinn sei herstellbar, noch Zynismus, der mit Untätigkeit antwortet und grinsend im vermeintlichen Besserwissen zuschaut. Gewiß gibt es Fälle allerschwerster Behinderung, schrecklichen Leidens. Aber aus Extremfällen lassen sich grundsätzlich keine moralischen Regeln ableiten. Was zu tun ist, muß vielmehr immer im Einzelfall beurteilt werden – nach bestem Wissen und Gewissen. Wer meint, Extremfälle ließen Regeln gewinnen, hebt in Wahrheit schrittweise die Ethik auf.

Das Ja-Sagen zu sich selbst ist eingebunden und getragen vom Ja-Sagen der anderen. Eines bedingt das andere in Wechselseitigkeit. Jeder erwacht an dem zuerst gesprochenen Ja der anderen zu sich selbst. Es ist dies die Urform der Fürsorge. Ihr verdankt er seine Existenz. Deshalb ist die Ethik fürsorgender Anteilnahme die adäquate Antwort in der Situation von Not und Hilfe.

#### Referenzen

1. U. EIBACH, Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997), 215 - 231.
2. H.P. WOLFF, Arzt und Patient, in: (H.M. Sass (Hg.). Medizin und Ethik, Stuttgart 1989, 184 - 211, 201.
3. EIBACH a.a.O. 215.
4. Art. 'Autonomie' (Lexikon der Bioethik).
5. Ähnliches läßt sich zuweilen auch bei der Berufung auf das Gewissen beobachten, wenn etwa die Tötung auf Verlangen mit dem Hinweis auf das Gewissen des Verlangenden gefordert wird.
6. „Das Autonomieprinzip gerät selten mit den Interessen von Medizinerinnen in Konflikt, solange sich die Bedürfnisse der Patienten mit den Angeboten der Medizin decken. Neue therapeutische Angebote finden immer auch Interessengruppen. Im Zuge der Individualisierung der Lebensauffassungen rechtfertigt man fast alle neuen Angebote mit dem Argument, daß man diese Verfahren ... den interessierten Menschen nicht vorenthalten dürfe, zumal ja niemand genötigt werde, sie in Anspruch zu nehmen.“ (EIBACH, a.a.O. 217).
7. Auf nähere Differenzierungen muß hier verzichtet werden. Siehe Verf., Ethische Probleme ärztlicher Aufklärung, in: *Imago Hominis* 3/96, 173 - 178.



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 beschreiben<sup>1</sup>, 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 Praxis<sup>2</sup> nicht Rechnung oder bieten kein tragfähiges, weil für beide Seiten verbindliches Kriterium an<sup>3</sup>.

### 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 Beliebiges. 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 undurchschaute 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 Grundlagenreflexion<sup>4</sup> 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*<sup>5</sup>. Diese Verkürzung fällt auch nicht weiter auf, ja trifft auf breite Zustimmung. Denn sie entspricht der zum Gemeingut gewordenen Auffassung von Autonomie: je unbemerkter und diffuser sie ist, umso wirksamer prägt sie die Erwartungen und bleibt von Kritik verschont.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup>

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 Handelns<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup>

Inhaltlich betrifft die *Selbstbestimmung des Kranken* zum einen sein Verhältnis und Verhalten zum Kranksein<sup>12</sup>, 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.<sup>13</sup> 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, wengleich 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 übersehen<sup>14</sup>.

### 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.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup>

## 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.<sup>17</sup> 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 Aufklärung<sup>18</sup> als solche einen Platz im ärztlichen Handeln zukommt.

Drei Begründungen bieten sich an:

- (1) Das Recht auf Unversehrtheit fordert sie als Bedingung vernünftiger Einwilligung.<sup>19</sup> 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.<sup>20</sup>
- (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.<sup>21</sup> 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 spezifischen 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 unbekanntem 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 unbekanntem 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 Wohlwollen<sup>22</sup> begegnet, d.h. daß er es einfach „gut meint mit mir“<sup>23</sup>, durch seine fachliche Qualifikation und Erfahrung<sup>24</sup>, dadurch, daß er genau und gut arbeitet<sup>25</sup>. 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 Sinn-dimension 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 Individuums<sup>26</sup> 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 Person<sup>27</sup>. 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 Heilmittelmethoden.

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 irr tümlicherweise 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 zuschreiben 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 un-bedingt (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 *naturhaften 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



SCHWERPUNKT

---

## Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten und Patientenautonomie

Michael MEMMER

### ZUSAMMENFASSUNG

*Mit der Würde des Menschen ist die Selbstbestimmung untrennbar verbunden. Jeder Patient muß selbst bestimmen, ob und in welchem Maß er behandelt werden will. Wenn ein Patient aber mangels Einsichtsfähigkeit nicht mehr selbst medizinische Maßnahme annehmen oder verneinen kann, unterliegt er notwendigerweise einer Fremdbestimmung. In den letzten Jahren werden zunehmend die Vorsorgevollmacht und die Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten diskutiert. Dieser Beitrag widmet sich deshalb den Grundlagen im österreichischen Recht, den Vorteilen und den Nachteilen eines Stellvertreters in Gesundheitsangelegenheiten. Diese Erörterung veranschaulicht die Bedeutung der Stellvertretung für die Verwirklichung der Selbstbestimmung und für die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung.*

**Schlüsselwörter:** Selbstbestimmung des Patienten, Fremdbestimmung, Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten, Vorsorgevollmacht, Würde des Menschen, Vertrauensperson, Arzt-Patient-Beziehung

### ABSTRACT

*Self determination is inseparably linked to human dignity. Each patient has to decide by himself, whether or not and in which way he wants to be treated. If a patient, through lack of competence, is not able to accept or to deny a medical therapy by himself, heteronomy takes place. In the last years durable powers of attorney in health care and health care agents have been discussed more and more. This article considers the legal authority and the pros and cons of health care agents. The discussion demonstrates the importance of proxy for the realization of self determination and for the doctor-patient relationship.*

**Keywords:** Patient's self determination, heteronomy, health care agents/health care proxies, durable power of attorney in health care, human dignity, person of confidence, doctor-patient relationship

*Anschrift des Autors:* Univ.-Prof. Dr. Michael MEMMER  
Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Wien  
Schottenbastei 10-16, A-1010 Wien

## I. Selbstbestimmung – Fremdbestimmung

Die Autonomie des Patienten ergibt sich aus seiner personalen Würde, die es verbietet, ihm im Rahmen der Behandlung die Rolle eines bloßen Objekts zuzuweisen. Damit postuliert das Selbstbestimmungsrecht des Patienten die Pflicht für andere, Entscheidungen, die der Patient gemäß seinen Wertvorstellungen getroffen hat, nicht einzuschränken. Die Zentralnorm im österreichischen Recht stellt § 16 ABGB dar: „Jeder Mensch hat angeborene, schon durch die Vernunft einleuchtende Rechte, und ist daher als eine Person zu betrachten“. Demnach sind dem einzelnen Individuum subjektive Rechte eingeräumt, die mit seiner Existenz als Mensch untrennbar verbunden sind und die Persönlichkeitsrechte genannt werden. Zu diesen angeborenen Rechten zählt jedenfalls der Schutz der Rechtsgüter Leben, Gesundheit, körperlich-geistige Unversehrtheit und (Willensbildungs-) Freiheit.

In Ausübung dieser Persönlichkeitsrechte steht es jedem selbstbestimmungsfähigen Patienten frei, in einem von ihm bewußt erlebten Bedarfsfall medizinische Maßnahmen in Anspruch zu nehmen oder abzulehnen. Ein Kranker darf nur in dem Ausmaß und nur so lange ärztlich versorgt werden, als er es will (§ 8 Abs 3 KAG). Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten bildet eine absolute Behandlungsgrenze, die strafrechtlich durch den Tatbestand der „eigenmächtigen Heilbehandlung“ (§ 110 StGB) abgesichert ist.

Die personale Würde ist auch nach dem Wegfall der Einwilligungsfähigkeit zu respektieren. Ist der Patient nicht mehr in der Lage, über sich selbst zu bestimmen, muß freilich ein Dritter an seiner Stelle die notwendigen Entscheidungen treffen. Wer krankheitsbedingt die Einsichtsfähigkeit verliert bzw. in einen Zustand gerät, in dem er seinen Willen nicht mehr artikulieren kann, unterliegt somit zwangsläufig einer Fremdbestimmung. Bei einer länger andauernden Einsichts- und Postulationsunfähigkeit ist

ein Sachwalter zu bestellen. Wenn wegen der Dringlichkeit der medizinischen Maßnahme für eine Sachwalterbestellung keine Zeit verbleibt, ist der mutmaßliche Patientenwille ausschlaggebend. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, bei seiner Therapieentscheidung zu prüfen, ob der konkrete Patient in Kenntnis der Gesamtsituation der medizinischen Maßnahme zugestimmt hätte; er muß den mutmaßlichen Patientenwillen aufgrund einer sorgfältigen Abwägung aller Umstände des Einzelfalls ermitteln. Dem Arzt stehen aber im modernen Klinikalltag nur sehr begrenzte Erkenntnismöglichkeiten zur Verfügung, diesen Patientenwillen zu ergründen. Die Entscheidung wird sich oftmals notgedrungen an allgemeinen Wertvorstellungen und am objektiv verstandenen Interesse des Patienten orientieren, was im Einzelfall dazu führen kann, daß ein etwaiger anderslautender Patientenwille unbeachtet bleibt.

## II. Vorsorgevollmacht – Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten

Viele Menschen befürchten, in eine Situation zu geraten, in der sie fremdbestimmt in einer Weise behandelt werden, die sie bei uneingeschränkter Entscheidungsfähigkeit nicht wollen bzw. gewollt hätten. Gerade im Bereich der Einwilligung in eine ärztliche Behandlung ist es den meisten Menschen wichtig, daß ihre persönlichen Werte und ihre Vorstellungen zu bestimmten medizinischen Methoden berücksichtigt werden. Aus der Angst vor einer Fremdbestimmung heraus wollen sie vorsorgen, daß ihre persönlichen Vorstellungen nach dem Verlust der Einwilligungsfähigkeit beachtet werden; sie wollen sich gegen die ungewollte Einmischung nicht autorisierter Personen absichern.

Eine Möglichkeit hierzu wird in der Einsetzung eines Stellvertreters gesehen. Die sogenannte „Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten“ bezeichnet die (idR schriftliche<sup>1</sup>) Bevollmächtigung einer Person durch den (späteren)

Patienten, an seiner Stelle die Entscheidungen zu treffen, die im Rahmen einer medizinischen Behandlung erforderlich sind. Ihrem Zweck nach soll die Stellvertretung grundsätzlich nur für den Fall gelten, daß der Patient selbst nicht mehr zur aktuellen Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts in der Lage ist; die Entscheidungsbefugnis wird pro futuro übertragen. Solange und soweit der Patient über die Vornahme medizinischer Behandlungsmaßnahmen entscheiden kann, hat er aufgrund seines Selbstbestimmungsrechts selbst die Einwilligung zu geben oder zu verweigern.

Da es sich bei der Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten um ein Gestaltungsinstrument für die Besorgung der Angelegenheiten nach dem Verlust der Handlungsfähigkeit bzw. natürlichen Einsichtsfähigkeit handelt, wird die Stellvertretung insbesondere dort ihren Platz haben, wo Entscheidungen zu fällen sind, die im Zeitpunkt der Bevollmächtigung noch nicht abschätzbar waren. Denkbar ist eine Bevollmächtigung vor schwerwiegenden Operationen, damit der Stellvertreter über eine Operationserweiterung und andere medizinische Maßnahmen entscheiden kann<sup>2</sup>. Der Hauptanwendungsbereich der Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten wird jedoch die Altersvorsorge sein. Ältere Menschen werden für den Fall, daß sie selbst infolge der Krankheit oder einer notwendigen Medikation nicht mehr entscheidungsfähig sind, eine Vertrauensperson mit der Wahrnehmung ihrer Interessen betrauen<sup>3</sup>. Damit wird in den nächsten Jahren immer öfter ein Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten über medizinische Maßnahmen im terminalen Krankheitsstadium eines Patienten entscheiden.

### III. Juristische Grundlagen der Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten

Die Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten hat in der österreichischen Praxis bisher – sicherlich auch mangels einer entsprechenden

Bewußtseinsbildung – keine Rolle gespielt. Deshalb verwundert es nicht, daß sich die juristische Literatur erst in den letzten Jahren diesem Thema zugewandt hat<sup>4</sup>.

Die Zulässigkeit einer Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten ist zunächst wiederholt mit dem Hinweis auf die körperliche Integrität als höchstpersönliches Rechtsgut verneint worden: Die Disposition über die körperliche Integrität könne keinem anderen überlassen werden, die Einwilligung in die Heilbehandlung sei ein höchstpersönliches Recht und deshalb unübertragbar<sup>5</sup>. In der jüngsten Zeit wird diese ablehnende Meinung zunehmend in Zweifel gezogen und die Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten als zielgerichtetes Instrument für die Zeit nach dem Verlust der Geschäftsfähigkeit als zulässig erachtet<sup>6</sup>. Die Fähigkeit zur Selbstbestimmung enthält für den Vertretenen nämlich auch die Möglichkeit, eine andere Person zu autorisieren, für ihn verbindliche Regelungen zu treffen. Der Patient will keinesfalls auf eine mögliche Selbstbestimmung verzichten und sich höchstpersönlicher Rechte begeben. Die Bevollmächtigung des Stellvertreters in Gesundheitsangelegenheiten stellt keine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts, sondern vielmehr eine Möglichkeit zur Verwirklichung desselben dar. Mit der Bevollmächtigung will der Patient im vorhinein Einfluß darauf nehmen, wer bei einer unausweichlichen Fremdbestimmung für ihn entscheiden soll.

Auch ist im Sachwalterrecht anerkannt, daß der Betreffende durch die Bevollmächtigung eines Vertreters rechtzeitig für die Besorgung seiner Angelegenheiten<sup>7</sup> Vorsorge treffen und damit die Bestellung eines Sachwalters verhindern kann (§ 273 Abs 2 ABGB). Dieses Prinzip der Subsidiarität eröffnet die Möglichkeit, bereits im Vorfeld einer Erkrankung oder des Zustandes der Entscheidungsunfähigkeit die eigenen Angelegenheiten in einer Vorsorgevollmacht zu regeln und eine Vertrauensperson zum Stellvertreter zu küren. Rechtlich ausreichend ist nach § 273 Abs 2 ABGB eine Vollmachtserteilung in

„gesundem“ Zustand bei nachfolgendem Verlust der Handlungsfähigkeit des Machtgebers<sup>8</sup>. Jede andere Ansicht würde das Prinzip der Subsidiarität der Sachwalterschaft unterlaufen und die staatlich angeordnete Fremdbestimmung über die Selbstverwirklichung des einzelnen stellen.

Jene Autoren, die eine Zulässigkeit der Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten bejahen, finden schon heute weitgehend<sup>9</sup> die Möglichkeit zur Einsetzung eines Stellvertreters in Gesundheitsangelegenheiten eröffnet. Die Vorsorgevollmacht stellt ja kein eigenes Rechtsinstitut dar; es handelt sich um eine Vollmacht, die bezüglich ihrer Erteilung und ihrer Rechtsfolgen den allgemeinen Regeln des ABGB unterliegt. Da sich eine Vollmacht auch auf nicht vermögensrechtliche Rechtshandlungen beziehen kann, ist die Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten bereits geltendes österreichisches Recht. Somit kann der Stellvertreter nach heute wohl überwiegender Lehre im Namen des Patienten Entscheidungen in Gesundheitsangelegenheiten treffen; seine Erklärungen sind für den Arzt in gleichem Maße rechtsverbindlich wie wenn der Patient selbst sie abgegeben hätte.

#### IV. Einbindung von Vertrauenspersonen in den Entscheidungsprozeß

Im heutigen Krankenhausalltag nimmt die „Vertrauensperson“ eine wichtige Stellung ein. Viele Krankenhauspatienten suchen Unterstützung bei Personen, zu denen sie ein besonderes Vertrauen aufgebaut haben, sie sprechen über ihre Krankheit und die in Aussicht genommenen Therapien und beziehen diese Vertrauenspersonen als Ratgeber in den Meinungsbildungsprozeß ein. Der Bundesgesetzgeber hat dem bereits Rechnung getragen, indem er die „Vertrauensperson“ in § 5a KAG („Patientenrechte“)<sup>10</sup> nennt. So sind die Träger von Krankenanstalten durch die Landesgesetzgebung zu verpflichten, daß „auf Wunsch des Pflinglings

ihm oder Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden“ (Z 3), daß „ausreichende Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt bestehen und Vertrauenspersonen des Pflinglings im Fall einer nachhaltigen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes auch außerhalb der Besuchszeiten Kontakt mit dem Pflingling aufnehmen können“ (Z 4), und daß „ein würdevolles Sterben sichergestellt ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können“ (Z 9).

Den Angehörigen des Patienten oder anderen Vertrauenspersonen steht jedoch prinzipiell kein Entscheidungsrecht zu, auch wenn der Patient selbst nicht mehr zur Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts fähig ist. Nur durch eine Bevollmächtigung kann der Vollmachtgeber seine Angehörigen oder andere Vertrauenspersonen in einen späteren Entscheidungsprozeß einbinden, ihnen einen rechtlich durchsetzbaren Anspruch auf Auskunftserteilung und die freie Entscheidungsbefugnis einräumen.

Der (spätere) Patient kann jede geschäftsfähige Person mit der Wahrnehmung seiner Gesundheitsangelegenheiten betrauen. Die Stellvertretung stärkt aber nur dann die Selbstbestimmung des Betroffenen, wenn bei der Auswahl des Vertreters einige wichtige Kriterien beachtet werden: Die Grundlage für die Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten ist das (idR schon über einen längeren Zeitraum bestehende) Vertrauensverhältnis zwischen dem Vollmachtgeber und dem Bevollmächtigten. Als Vertreter darf sinnvollerweise nur eine Person gewählt werden, die den Vollmachtgeber, seine Lebensgeschichte, seine persönlichen Vorstellungen und konkreten Wünsche gut kennt und ihn deshalb entsprechend vertreten kann. Der Vertreter wird in aller Regel vom Patienten zu einem früheren Zeitpunkt genaue Instruktionen erhalten haben oder aus den gemeinsamen Gesprächen von diesen Vorstellun-

gen wissen; nur das fortgesetzte Gespräch wird es dem Stellvertreter ermöglichen, den Willen des nunmehr Entscheidungsunfähigen zu re-präsentieren. Der Stellvertreter sollte sich ferner in die Situation des Vertretenen einfühlen können, was ein gewisses Maß an Lebenserfahrung verlangt. Schließlich muß die Vertrauensperson die Fähigkeit besitzen, engagiert und couragiert den Willen des Machtgebers gegenüber dem Arzt, dem Pflegepersonal und gegebenenfalls gegenüber dem Gericht oder einem Sachwalter zu vertreten.

Die Vollmacht bedeutet ein rechtliches Können. Sie wirkt im Außenverhältnis, dh im Verhältnis zum Dritten, dem gegenüber der Vertretungsakt gesetzt wird; im Fall der Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten ist dies der behandelnde Arzt. Sie begründet jedoch keine Verpflichtung zum Handeln. Deshalb genügt zur Bevollmächtigung die einseitige Willenserklärung des Machtgebers; eine Zustimmung des Bevollmächtigten ist nicht notwendig. In der Praxis wird aber das Bestellen einer Vorsorgevollmacht für sich nicht ausreichen. Die Vertrauensperson muß vom Vollmachtgeber über dessen Vorhaben informiert werden und die Übernahme der Vertretung akzeptieren. Dieser zwischen dem Vollmachtgeber und dem Bevollmächtigten geschlossene Auftragsvertrag begründet die Verpflichtung des Stellvertreters zum Tätigwerden; erst aus diesem Auftragsverhältnis heraus darf die Wahrnehmung der Stellvertretung erwartet werden. Darüber hinaus können im Rahmen dieses Auftragsverhältnisses Weisungen für die künftige Besorgung der Angelegenheiten (etwa die Art der Betreuung, Pflege, Behandlung etc) erteilt und derart die Vertretung gestaltet werden.

## V. Aufgaben des Stellvertreters in Gesundheitsangelegenheiten

Die „gewillkürte Stellvertretung“ beruht auf dem Willen des Machtgebers. Deshalb bestim-

men sich Inhalt und Umfang der Befugnisse sowie die Handlungsfreiheit des Stellvertreters nach dem Grundsatz der Privatautonomie. Die inhaltliche Ausgestaltung der Vollmacht obliegt dem Vollmachtgeber; der Patient kann die Vollmacht mehr oder weniger ausgestalten. Es ist allein Sache des Betroffenen, wieviel Rechtsmacht er seinem Bevollmächtigten einräumen will, ob er den Bevollmächtigten im Innenverhältnis durch Weisungen, wie oder nach welchen Kriterien dieser in bestimmten Situationen entscheiden soll, binden oder ob er ihn anderweitigen Beschränkungen unterwerfen will.

Der Stellvertreter ist immer mit einer konkreten Behandlungssituation konfrontiert. Er kann der Komplexität von Krankheitsgegebenheiten und Therapiemöglichkeiten Rechnung tragen und in Wahrnehmung der Interessen des Vertretenen flexibel auf unvorhergesehene Situationen reagieren. Der Stellvertreter kann genau das tun, was der Patient täte, wenn er in der Lage wäre, selbst zu handeln. Wesentlich ist, daß der Stellvertreter nach entsprechender Aufklärung durch den behandelnden Arzt agiert. Die Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten steht unter dem Gebot der Zusammenarbeit von Arzt und Stellvertreter; der Bevollmächtigte kann und muß anstelle des einsichtsunfähigen Patienten mit dem Arzt kooperieren.

## VI. Vorteile der Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten

Es liegt in der freien Entscheidung eines jeden Menschen, ob er sich der Personensorge eines Sachwalters oder den Überlegungen eines Arztes anvertraut oder ob er eine Person bevollmächtigen und damit andernfalls eingreifende Mechanismen ausschalten will. Schon die Überlegung, wer im Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit Behandlungsentscheidungen treffen soll, ist in höchstem Maße von der Persönlichkeit des Patienten abhängig. Der Patient, der ei-

nen Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten mit seiner Vertretung betraut hat, will sich darauf verlassen können, daß er nicht zum „hilflosen Opfer“ der Entscheidungsfindung anderer – sei es durch einen Sachwalter oder durch den Arzt – wird.

Der „gewillkürte Stellvertreter“ wird zumeist besser als ein von staatlicher Seite zu bestellender Sachwalter befähigt sein, die Persönlichkeit des Kranken zu repräsentieren, die Vorstellungen des Patienten darzulegen und seine Wünsche zu formulieren. Bei einem gerichtlich bestellten Vertreter kann nur erhofft oder vermutet werden, daß dieser das Vertrauen des Betreuten besitzt, wogegen bei einem „gewillkürten Vertreter“ in Gesundheitsangelegenheiten davon ausgegangen werden kann, ja davon ausgegangen werden muß, daß sich der Patient für eine Person entschieden hat, zu der er einen sehr guten Kontakt gehabt hat und die er für kompetent erachtet, der ihr übertragenen Aufgabe in seinem Sinne gerecht zu werden – kurz gesagt: die sein uneingeschränktes Vertrauen genießt. Mit der Benennung eines Vertreters in Gesundheitsangelegenheiten hat es der Patient auch in der Hand, bestimmte Personen – aus welchen Gründen auch immer – vom Entscheidungsprozeß auszuschließen, in den sie vielleicht durch eine gerichtliche Bestellung zum Sachwalter oder im Rahmen der Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens eingebunden würden.

Für alte und/oder kranke Menschen wird es grundsätzlich leichter sein, eine selbstgewählte Vertrauensperson als Vertreter zu akzeptieren als sich der staatlichen Fürsorge in der Person eines Sachwalters zu unterwerfen. Schon die Bestellung eines Sachwalters und die Befragung durch einen Fremden mögen dem alternden Menschen, dem das fortschreitende Nachlassen seiner geistigen Fähigkeiten oft über lange Phasen schmerzlich bewußt ist, vielfach als stärkere Einmischung in seine „höchstpersönlichen Angelegenheiten“ erscheinen als etwa die Zustimmung seiner Vertrauensperson zur Notwendigkeit von Bettgitter und Sitzgurt<sup>11</sup>.

Bei der Einsetzung einer Vertrauensperson als Stellvertreter kann der Patient sicher sein, daß seine persönlichen Vorstellungen in der Entscheidungssituation berücksichtigt und nicht durch die Überlegungen außenstehender Dritter ersetzt werden. Durch die Stellvertretung werden die Ängste und Sorgen eines Patienten, daß gegen seine Vorstellungen zuviel oder zuwenig getan wird, verringert. Er weiß, daß sein Wille über den Verlust seiner natürlichen Einsichtsfähigkeit hinaus beachtet wird. Dieses Wissen, auf die Therapie doch noch Einfluß zu haben, wenn man ganz ausgeliefert erscheint, kann emotional entlastend wirken.

Durch die Bevollmächtigung eines Stellvertreters kann zudem sichergestellt werden, daß die Wünsche des Patienten nicht nur gehört werden, sondern daß eine Person bereitsteht, die notfalls diese Wünsche durchsetzen kann. Der Stellvertreter wird darauf achten, daß Ärzte oder Familienmitglieder nicht die persönlichen Vorstellungen und Wünsche des Patienten übergehen. Mit dem Stellvertreter „ist während des gesamten Ablaufs der medizinischen Fürsorge als Stimme des Patienten zu rechnen“<sup>12</sup>.

## VII. Risiken der Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten

In der Diskussion um die Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten nehmen Überlegungen zu möglichen Risiken eine zentrale Stellung ein<sup>13</sup>. Oftmals wurde der Einwand erhoben, es bestehe bei einer Entscheidungsfindung durch einen Stellvertreter immer die Gefahr, daß sich dieser irrt und dann gerade nicht dem Willen des Patienten entsprechend handelt. Die Wünsche und Vorstellungen des Patienten können sich im Lauf der Zeit ändern, ohne daß dies dem Vertreter bekannt wird, sodaß dieser in der aktuellen Situation u.U. eine Entscheidung trifft, die nicht mehr dem gegenwärtigen Willen des Patienten entspricht. Dieser Einwand überzeugt nicht: Ein derartiger Irrtum kann

mit gleicher oder sogar noch größerer Wahrscheinlichkeit einem Sachwalter oder dem Arzt bei der Erforschung des mutmaßlichen Patientenwillens unterlaufen.

Ein mögliches Risiko ist die persönliche Inkompetenz des Stellvertreters, die nicht vorherzusehen war. Es kann im Einzelfall auch das einstmals gute Verhältnis gestört worden oder gar zerbrochen sein, ohne daß der Patient die Konsequenz hieraus gezogen und die Vollmacht widerrufen hätte. Es sind auch Situationen denkbar, in denen unlautere Motive in die Entscheidung des Stellvertreters einfließen. All diesen Befürchtungen ist entgegenzuhalten, daß die Wahrscheinlichkeit, sich in einem Menschen zu täuschen, dem man eine derartig wichtige Aufgabe anvertraut, gering sein dürfte. Ob der Vertreter des ihm entgegengebrachten Vertrauens würdig ist, wird der Vollmachtgeber im Vorfeld der Bevollmächtigung abgeklärt haben. Darüber hinaus scheint die Gefahr eines Mißbrauchs durch einen „gewillkürten Stellvertreter“ in Gesundheitsangelegenheiten jedenfalls nicht größer als bei einem gerichtlich bestellten Sachwalter.

Risiken sind letztlich nie ganz auszuschließen. Sie können aber dadurch vermindert werden, daß der Patient im Auftragsverhältnis bzw. in seiner Vollmacht die grobe Richtung der erwarteten Entscheidung als Hilfe für den Stellvertreter und für den behandelnden Arzt vorgibt.

Darüber hinaus kann sich ein Vollmachtgeber im Rahmen der Privatautonomie gegen eine inkompetente oder mißbräuchliche Ausübung der Vollmacht absichern, indem er mehrere Personen zu Gesamtvertretern macht. Der Vollmachtgeber wird etwa für schwerwiegende Entscheidungen (wie zB jene über einen Behandlungsabbruch) Kollektivvertretung durch zwei (oder mehrere) Bevollmächtigte anordnen, deren Vertretungsakte nur dann wirksam sind, wenn sie diese Akte zusammen setzen.

Schließlich eröffnet bereits das geltende Recht mit der Einsetzung eines Sachwalters

eine wirksame Möglichkeit der Mißbrauchsabwehr. Sollten im Einzelfall Anhaltspunkte für unsinnige oder gar schädliche Entscheidungen des Vertreters bestehen, kann diesen dadurch begegnet werden, daß vom Gericht aufgrund einer Mitteilung des Arztes ein Sachwalter nach § 273 ABGB für den Patienten bestellt wird, der die Vollmacht des Stellvertreters kündigen kann und der sodann aus seiner Pflicht zur Personensorge heraus die nötigen Entscheidungen in Gesundheitsangelegenheiten zu treffen hat.

### VIII. Juristische Entlastung des Arztes

Die Zusammenarbeit von Arzt und Stellvertreter einerseits und die Bindungswirkung der aufgeklärten und verstandenen Stellvertreterentscheidung andererseits machen die Stellvertretung zu einem wirksamen Weg, den Arzt bei seinem Handeln auch juristisch zu entlasten. Der Arzt ist nicht auf die sich möglicherweise sogar widersprechenden Angaben von Angehörigen angewiesen, er muß nicht rätseln, was sein Patient für eine Behandlung gewünscht hätte. Die stellvertretend erklärte Einwilligung bzw. Verweigerung hat dieselbe Wertigkeit wie eine vom Patienten selbst abgegebene Erklärung. Die Zustimmung bzw. Behandlungsverweigerung des Stellvertreters, der im Namen des bewußtlosen Patienten auftritt, sichert den behandelnden Arzt in bezug auf seine haftungsrechtliche Verantwortung weitestgehend ab. Der Arzt ist nicht dem Vorwurf der eigenmächtigen Heilbehandlung oder bei Entscheidungen im Bereich von Leben und Tod dem Vorwurf der schuldhaften Tötung und möglichen Schadenersatzansprüchen ausgesetzt<sup>14</sup>.

### IX. Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses

Im Fall einer unausweichlichen Fremdbestimmung erscheint es sinnvoll, eine Stellver-

tretung in Gesundheitsangelegenheiten zu ermöglichen und zu fördern. Die „gewillkürte Stellvertretung“ ist die selbstbestimmte Einsetzung eines Vertreters<sup>15</sup>, sie kommt deshalb dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten unzweifelhaft mehr entgegen als jede andere Lösung (Berufung auf ein stellvertretungsfeindliches Persönlichkeitsrecht, das in der Praxis zu einer Verstärkung der Fremdbestimmung führt) bzw Konstruktion (Sachwalter, Entscheidung durch das Gericht). Die „gewillkürte Stellvertretung ist der Selbstbestimmung des Patienten nahe“<sup>16</sup>.

Die Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten bringt auf der einen Seite eine Stärkung der Patientenautonomie, auf der anderen Seite klärt sie die heute oftmals gestellte Frage nach der Haftung des Arztes. Sie ist damit ein wichtiges Mittel zur Gestaltung und Verbesserung der späteren Arzt-Patient-Beziehung.

#### Referenzen

1. Die Schriftlichkeit sowie die Beiziehung eines Notars oder von Zeugen sind nicht zwingend vorgeschrieben, in der Praxis aber von großer Wichtigkeit, da der Arzt, der auf die Richtigkeit der Vollmacht vertrauen soll, einer Absicherung bedarf.
2. Zum Fall der Operationserweiterung vgl LG Göttingen VersR 1990, 1401.
3. Die Vollmachtserteilung kann etwa im Zuge eines bereits einsetzenden geistigen Verfalls, angesichts des drohenden Verlustes der Geschäftsfähigkeit, erfolgen; sie kann aber auch ohne eine konkrete Befürchtung für den Fall vorgenommen werden, daß es zu einem späteren Zeitpunkt zum Verlust der Geschäftsfähigkeit kommen sollte.
4. MALECZKY, Unvernünftige Verweigerung der Einwilligung in die Heilbehandlung, ÖJZ 1994, 681 (682); KOPETZKI, Unterbringungsrecht II (1995) 850 f; BERNAT, Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille, RdM 1995, 51 (60 f); BERNAT/KOCH/MEISEL, Das „Patiententestament“ und der „Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten“, JRE 4 (1996) 445 (460 f); KOPETZKI, Grundriß des Unterbringungsrechts (1997) Rz 663; SCHAUER, „Vorsorgevollmacht“ für das österreichische Recht? RiZ 1998, 100 (105 f); KNEIHS, Grundrechte und Sterbehilfe (1998) 456 ff; KERSCHNER, Arzthaftung bei Patientenverfügungen, RdM 1998, 131 (133); MEMMER, „Patiententestament“ und „Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten“, in KOPETZKI (Hrsg), Das Patiententestament (in Druck).
5. EDLBACHER, Körperliche, besonders ärztliche Eingriffe an Minderjährigen aus zivilrechtlicher Sicht, ÖJZ 1982, 365 (368 f); MALECZKY, ÖJZ 1994, 682; RESCH, Die Einwilligung des Geschädigten (1997) 107, 140.
6. KOPETZKI, Unterbringungsrecht II 850 f; BERNAT/KOCH/MEISEL, JRE 1996, 460 f; KOPETZKI, Grundriß Rz 633; KNEIHS, Grundrechte und Sterbehilfe 456 f; KERSCHNER, RdM 1998, 133; MEMMER in KOPETZKI (Hrsg), Das Patiententestament (in Druck); vorsichtig bejahend SCHAUER, RiZ 1998, 105. Zur Diskussion und zum umfangreichen juristischen Schrifttum in Deutschland (mit weiteren Nachweisen): UHLENBRUCK, Vorab-Einwilligung und Stellvertretung bei der Einwilligung in einen Heileingriff, MedR 1992, 134 (138 f); LANGENFELD, Vorsorgevollmacht, Betreuungsvollmacht und Patiententestament im neuen Betreuungsrecht (1994); UHLENBRUCK, Die Altersvorsorge-Vollmacht als Alternative zum Patiententestament und zur Betreuungsvollmacht, NJW 1996, 1583; DERS, Selbstbestimmtes Sterben durch Patienten-Testament, Vorsorgevollmacht, Betreuungsvollmacht (1997) 326 ff; RÖVER, Einflußmöglichkeiten des Patienten im Vorfeld einer medizinischen Behandlung (1997); EISENBART, Die Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten, MedR 1997, 305; DIES, Patienten-Testament und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten (1998).
7. Zu diesen „Angelegenheiten“ zählen im Rahmen der Fürsorge für die eigene Person auch ärztliche Heilbehandlungen und operative Eingriffe. Vgl PICHLER in Rummel, ABGB I<sup>2</sup> Rz 2 zu § 273; MALECZKY, ÖJZ 1994, 684 f; SCHLEMMER in Schwimann, ABGB I<sup>2</sup> Rz 3 zu § 273.
8. Vgl nur SCHAUER, RiZ 1998, 102 f (mit Nachweisen).
9. Bei isD UbG untergebrachten Patienten ist kein Raum für eine „gewillkürte Stellvertretung“; nach § 36 Abs 2 UbG kommt nur dem gesetzlichen Vertreter oder dem Erziehungsberechtigten eine Entscheidungsbefugnis in Behandlungsfragen zu. S KOPETZKI, Unterbringungsrecht II 851, und DERS, Grundriß Rz 663.
10. Eingeführt durch KAG-Novelle 1993 (BGBl 1993/801).
11. Vgl EISENBART, MedR 1997, 308 und 310.
12. FÜLLMICH, Der Tod im Krankenhaus und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (1990) 92 f.
13. Vgl RÖVER, Einflußmöglichkeiten des Patienten 173 f; EISENBART, MedR 1997, 306; DIES, Patienten-Testament und Stellvertretung 208 ff; MEMMER in KOPETZKI (Hrsg), Das Patiententestament (in Druck).
14. Zum strafrechtlichen und zivilrechtlichen Risiko vgl KERSCHNER, RdM 1998, 131 f.
15. Vgl KERSCHNER, RdM 1998, 133: „Selbstbestimmung eines Sachwalters in Gesundheitsfragen“.
16. KNEIHS, Grundrechte und Sterbehilfe, 458.



## „Altern als Schicksal?“

*Notburga AUNER / Ivan DRMIC*

Die 2. Wiener Geriatrietage, die vom 4. - 7. November 1998 im Geriatriezentrum am Wienerwald abgehalten wurde, standen unter dem Motto: „Altern als Schicksal? Prävention - Intervention - Palliation“. Die zahlreiche Teilnahme läßt schon darauf schließen, daß die speziellen Fragen der geriatrischen Medizin zunehmend an Bedeutung gewinnen. So spiegeln die Themenschwerpunkte wohl die großen Problemfelder der medizinischen Altenbetreuung wider: Demenz, Palliativmedizin, Schmerztherapien, Ernährung im Alter, Flüssigkeits- und Nahrungssubstitution, ethische Fragen etc.

In Österreich allein gibt es zur Zeit an die 140.000 Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Die Zahlen der Neuerkrankungen zeigen eine deutliche Tendenz der Steigerung, und dies allein macht schon deutlich, daß an neuen Strategien der Frühdiagnose und der Therapie gearbeitet werden muß. Unterschieden wird zwischen Vorboten (Interesselosigkeit, Vitalitätsverlust, sozialer Rückzug, Ermüdbarkeit, Affektabilität, depressive Verstimmung, Merkfähigkeitsstörungen für Zahlen oder Namen, Delegation von Amtsgeschäften, Telefonaten usw.) und der bereits beginnenden Demenz (geistige Leistungsminderung, Persönlichkeitsabbau, Schwierigkeiten im Alltag). Eine große Schwierigkeit besteht in der Früherkennung, weil den Patienten wohl auch das Recht eingeräumt werden muß, zu Zeiten noch Entscheidungen bezüglich der Zukunft zu treffen. In diesem Zusammenhang sind die verschiedenen frühdiagnostischen Tests interessant. In der Therapie müssen stets mehrere Faktoren zusammenspielen: die richtige Medikation muß

vom gezielten Training der kognitiven Fähigkeiten unterstützt und der Fürsorge der Angehörigen (soziales Umfeld) begleitet werden. Die Vorstellung des „Demenzstation“-Projektes im Geriatriezentrum, wo in der nächsten Zeit eine eigene Abteilung für Demenzkranke geschaffen wird, die ganz speziell auf die Bedürfnisse der alten Menschen und ihre geänderten Lebensgewohnheiten eingeht. Die Räumlichkeiten werden, farblich abgestimmt, auf „Wachzone“ und „Ruhe- bzw. Schlafzone“ aufgeteilt, sogar ein eigener Garten mit speziell gestalteten Wegen wird errichtet.

Der Palliativmedizin wurden eine ganze Reihe von Vorträgen und Workshops gewidmet. Schmerztherapie und Symptomkontrolle nehmen einen vorrangigen Stellenwert ein. Die Schmerzursachen im Alter sind vornehmlich auf chronische, nicht reparable Funktionsstörungen, wie Abnützungserkrankungen von Wirbelsäule und Gelenken, Knochenbrüche, maligne Tumoren, Insultfolgen, neurogene Schmerzen (Herpes, Trigeminusneuralgie, Fantomschmerzen), Immobilität, Ischämien etc. zurückzuführen.

Die Palliativmedizin stellt sich aber auch die Frage, ab wann ein Patient sterbend ist, und somit jede weitere Therapie anstelle der Leidensverminderung eine unnötige Lebensverlängerung darstellt. Einige Grundsätze wie „Dehydratation ist Bestandteil des Sterbens“, „Sterben ist keine Krankheit“, „Sterben (selbst) braucht keine Therapie“, sollen die Ärzteschaft zu neuem Bewußtsein bringen und vor therapeutischem Übereifer schützen. Infusionstherapien in der Terminalphase des Lebens schaffen Probleme wie Herzinsuffizienz, Ödeme,

Schmerzen, vermehrtes Bronchialsekret, Harnkatheter usw. und erfordern unnötige zusätzliche Therapiemaßnahmen.

Die ethischen Fragen, die sich gerade in der Geriatrie notwendigerweise stellen, wurden ebenfalls in einigen Vorträgen und Workshops zur Sprache gebracht. Oftmals wurde die Patientenautonomie und die Schwierigkeit, daß gerade bei alten oder dementen Patienten diese kaum noch beachtet werden, genannt. Die Rolle der Angehörigen als Interessensvertreter wird stark hervorgekehrt, obwohl in vielen Fällen gerade das soziale Umfeld versagt. Vom Arzt wird mehr Sensibilität für das Wertbild

des Patienten gefordert, um nach Möglichkeit immer in seinem Sinn entscheiden zu können. Ein Vortragender bemühte sich auch, deutlich zu machen, was vor einigen Jahren durch eine Studie in den USA belegt werden konnte. In der Liste der „Ängste“ stehen nicht die Schmerzen obenan, sondern die Machtlosigkeit, das Ausgeliefertsein und Alleingelassenwerden, während die Furcht vor den Schmerzen erst an der neunten Stelle rangiert.

Die Veranstalter haben mit Sicherheit die wichtigen und aktuellen Probleme in der Geriatrie herausgegriffen. Lösungsansätze sind da, es bleibt aber viel Arbeit für die Zukunft.

**Das Gespenst von der Überbevölkerung der Erde schwindet**

Nachdem jahrzehntelang von der Gefahr der „Überbevölkerung“ die Rede war, zeigen die letzten Jahre, daß das demografische Wachstum an Stärke verloren hat und daß die gefürchtete „Explosion“ nicht stattfinden wird. Selbst der Bevölkerungsausschuß der Vereinten Nationen erkennt dies an, ein Organismus, der sich traditionell in katastrophalen Voraussagen erging, um die Geburtenkontrolle voranzutreiben. In seinem Jahresbericht 1998 über den Stand der Weltbevölkerung bestätigt er, daß das demografische Wachstum zwischen 1960 und 1997 weltweit von 2 auf 1,4 % im Jahr gesunken ist, ebenso die Zahl der Kinder je Elternpaar von 6 auf 3. Das wird auch in den nächsten Jahrzehnten anhalten. Die Weltbevölkerung wird sich um die Mitte des kommenden Jahrhunderts oder früher von gegenwärtig etwa 6 Mrd. auf etwa 8 Mrd. bis 9 Mrd. Menschen stabilisieren.

Der Bevölkerungsausschuß weist auf ein Spezifikum in der demografischen Entwicklung hin: Auf der einen Seite eine starke junge Generation – in allen Kontinenten außer in Europa – als Ergebnis der vorangegangenen starken Wachstumsraten (1997 gab es über 1 Mrd. Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren) und auf der anderen Seite durch den medizinischen Fortschritt einen starken Anteil von Menschen über 65 Jahren.

Eine zahlreiche Jugend kann eine Chance für die Entwicklungsländer sein. Das Humankapital, das in einer aktiven Bevölkerung steckt, ist eine hervorragende Basis für einen Wirtschaftsaufschwung, wie es in den asiatischen Staaten, z.B. in der

Republik Korea, funktioniert, und wird erlauben „die Last einer wachsenden Bevölkerung von Alten zu erleichtern“. Dieser positive Effekt ist jedoch von mehreren Komponenten abhängig, wie eine entsprechende Erziehung und Gesundheitsvorsorge, Arbeitsplätze und produktionsbedingte Wohlstandsentwicklung.

Trotzdem empfiehlt der Bevölkerungsausschuß – wie die Bevölkerungskonferenz in Kairo zeigte, den Jugendlichen weiterhin Einrichtungen der „reproduktiven Gesundheit“ anzubieten, d.h. Geburtenkontrolle. Der nordamerikanische Millionär Ted TURNER, Gründer des Fernsehkanals CNN und Co-Präsident von Time-Warner spendete dem Bevölkerungsausschuß der Vereinten Nationen 8 Mio. Dollar zur Förderung von Programmen für die „Reproduktive Gesundheitsvorsorge“, d.h. Aktivitäten zur Verteilung von Antikonzeptiva und zur Erleichterung der Abtreibung. Eine weitere Spende in der Höhe von 1 Mrd. Dollar ist angekündigt. So wurde ein Alfabetisierungsprogramm für eingeborene Frauen in Landwirtschaftsgebieten Boliviens entwickelt, das eine „Erziehung über ihre sexuellen und reproduktiven Rechte“ einschließt. Auch andere US-Millionäre, übergaben große Summen an Stiftungen, die Geburtenkontrolle fördern.

Auf der anderen Seite steht das Problem der wachsenden Überalterung der Bevölkerung in Europa, Nordamerika, Japan und Australien, das in Zukunft große Anstrengungen im öffentlichen Sektor – insbesondere im Gesundheitssystem – und in der Sozialversicherung erfordern wird.

*Aceprensa 121/98*

**Euthanasie im US-Bundesstaat Michigan abgelehnt**

Die Bürger des US-Bundesstaates Michigan haben sich deutlich gegen die Euthanasie ausgesprochen. Mehr als zwei Drittel der Wähler stimmten bei einer gleichzeitig mit den Kongreßwahlen durchgeführten Volksbefragung gegen die Möglichkeit, einen ärztlich begleiteten Selbstmord zuzulassen. Bereits Anfang September war in dem Bundesstaat ein Gesetz zum Verbot der Euthanasie in Kraft getreten. Danach werden Verstöße mit einer Höchststrafe von bis zu fünf Jahren Gefängnis sowie einer Geldbuße von umgerechnet mehr als 150.000 Schilling bestraft. Dennoch waren die Bürger Michigans aufgerufen, über einen Gesetzestext abzustimmen, der die Möglichkeit lebensbeendender Maßnahmen unter bestimmten Umständen erlaubt hätte.

Das Gesetz war unter anderem gegen die Aktivitäten des als „Selbstmord-Doktor“ bekannten US-amerikanischen Arztes Jack KEVORKIAN eingebracht worden. Der Arzt hat nach eigenen Angaben seit 1990 etwa 100 Menschen beim Selbstmord medizinisch unterstützt. Derzeit ist Sterbehilfe in den USA nur im Bundesstaat Oregon unter bestimmten Bedingungen erlaubt.

*Kathpress Nr. 257, 5.11.1998*

**Die französische Regierung präsentiert einen Plan für palliative Pflege**

„Ein neues Ritual für das Ende des Lebens“ ist das Ziel eines kompletten Entwurfes zur Ausweitung der palliativen Pflege, den die französische Regierung soeben bekanntgab.

Unter anderen Maßnahmen werden sich in den nächsten drei Jahren die Einrichtungen für palliative Behandlungen verdoppeln, und darüber hinaus werden Programme entwickelt, um das Pflegepersonal für die Schmerzbehandlung und die Pflege von terminalen Patienten besser auszubilden. Weiters wird ein „Pflegeurlaub“ vorgeschlagen, damit Angestellte ihre engsten Angehörigen am Sterbebett begleiten können. Bei der Vorstellung des Planes unterstrich der Staatssekretär für Gesundheitswesen, Bernhard KOUCHNER – Gründer der Ärzte ohne Grenzen – daß die palliative Medizin und nicht die Euthanasie die angemessene Antwort auf das Leiden der Terminalpatienten ist.

Die Regierung wird 10 Mio. FF zur Verfügung stellen, um in drei Jahren die Anzahl der Einrichtungen für palliative Pflege zu verdoppeln (derzeit verfügen von den 95 französischen Departments 40 über keine derartige Einrichtung). Diese Einrichtungen gewähren den Terminalpatienten alle Spitalsdienste. Angehörige und freiwillige Helfer können die Patienten begleiten, und Seelsorger stehen zur Verfügung, um jene, die es wollen, geistlich zu betreuen.

Weiters wird das Studium der Palliativmedizin in die Studienpläne der medizinischen Fakultäten und in die Ausbildungspläne für das Pflegepersonal aufgenommen.

Die Regierung wird dem Wirtschafts- und Sozialrat, in welchem Unternehmer und Gewerkschafter vertreten sind, vorschlagen, Voraussetzungen für den Pflegeurlaub zur Sterbebegleitung zu schaffen. Es ist nicht logisch, erklärte KOUCHNER in *Le Monde* (24-IX-98), daß „jemand Urlaub erhält, um seine Mutter zu beerdigen, jedoch nicht, um ihr die Hand zu reichen, wenn sie stirbt: Das ist eine Sache, die mich empört.“

*Acepresa 133/98*

### **Ein US-amerikanischer Organ-Händler wurde in Italien verhaftet**

Laut Medien haben zwei Transplantations-Chirurgen der Universität von Rom am 6. Oktober 1998 der Polizei geholfen, einen namentlich nicht genannten US-Amerikaner festzunehmen, der mit menschlichen Organen handelte, was in Italien eine ungesetzliche Aktivität ist.

Der Mann wurde zunächst über die Internet-Site „Jim Cohen & Associates“ kontaktiert, die menschliche Organe anbot. Er wurde nach Rom gelockt, um die Bezahlung für eine Transplantationsniere entgegenzunehmen. Zwei *Carabinieri*, die als Ärzte auftraten, nahmen den Händler – den die Presse „Jim, der Menschenfresser“ nannte – fest, nachdem er die Bezahlung entgegengenommen und medizinische Grundlagen für den Verkauf weiterer Organe vorgelegt hatte.

In Italien wurden keine von dem festgenommenen Händler ermittelten Organe verwendet, und es ist unklar, wer die Spender sind, wo die Organe entnommen und eingepflanzt wurden und durch wen. Die italienische Presse jedoch spekulierte darüber, welche Länder hier involviert sein könnten.

Wie immer diese Affäre rechtlich ausgehen mag, jedenfalls erwarten die Transplantations-Experten eine vorübergehende Reduktion der (legalen) Organspenden in Italien, wie es zu geschehen pflegt, sobald schockierende Nachrichten über Organ-Handel in den Headlines der Medien erscheinen.

*The Lancet, Vol 352, October 17, 1998*

### **Bedenken gegen Fortpflanzungshilfen**

Der Einführung von Medikamenten gehen streng geregelte und sehr aufwendige Tests erst an Tieren,

dann an Menschen voraus. Keine Regeln dagegen gibt es für die Einführung von Fortpflanzungshilfungsverfahren. Ein Beispiel ist die „intracytoplasmische Sperma-Injektion“ (ICSI), eine Methode der Fortpflanzungstechnik, welche die evolutionsbedingten Selektionsbarrieren umgeht, 1992 eingeführt wurde und als echter Durchbruch in der Behandlung von Unfruchtbarkeit des Mannes gilt. Keinerlei Experimentierphase ging der Einführung voraus; doch immer mehr wird die ICSI zur Standardmethode der In-vitro-Befruchtung. Bereits 1995 müssen – weltweit – mehrere 10.000 ICSI-Kinder geboren worden sein.

Gleichzeitig wurde Besorgnis laut, hinsichtlich der potentiellen Langzeitriskos, wie Genschäden, cytoplasmische Veränderungen, Spermaverunreinigungen u.a. Nun haben Untersuchungen von J. BOWEN (Australien) und M. BONDUELLE (Belgien) erstmals auf subtile Langzeiteffekte durch ICSI hingewiesen. Diese Untersuchungen gehen von der Gegenüberstellung des „Mental Development Index“ (MDI) von natürlich (bzw. nach konventioneller IVF) gezeugten Kindern gegenüber ICSI-Kindern im Alter von 1 bzw. 2 Jahren aus. Während in Australien der MDI von ICSI-Kindern signifikant niedriger als jener der anderen Kontrollgruppe ist, zeigt sich in Belgien das genaue Gegenteil: ICSI-Kinder haben einen außergewöhnlich hohen MDI für Kinder von 22-26 Monaten (112). Übereinstimmend ist bei beiden Forschergruppen, daß ICSI-Knaben einen wesentlich niedrigeren MDI als Mädchen aufweisen. Generell werden beide Untersuchungsergebnisse als noch nicht konklusiv angesehen.

Auf der Basis von Tierversuchen wurden auch Bedenken über die Entwicklung von Kindern aus tiefgefrorenen Embryos laut. Unterschiede in Gehör und Sprachver-

mögen gegenüber natürlich Gezeugten wurden festgestellt.

Das generell höhere kognitive Defizit von Knaben gegenüber Mädchen hat man schon lange als Konsequenz von X-Chromosom-Mutationen festgestellt. Daher stellt sich die Frage, ob die ICSI-Technik selbst die vor allem bei Männern festgestellte Beschädigung der X-Chromosome verursacht, weil das einzelne X-Chromosom nicht von einem Partner „beschützt“ wird. Eine andere Möglichkeit ist die Substandardqualität der injizierten männlichen Keimzelle. Eine weitere Auswertung des väterlicherseits auf ICSI-Mädchen übertragenen X-Chromosoms erwartet man von Untersuchungen der nächsten Generation.

Aus psychologischer Sicht könnte man argumentieren, daß sich ICSI-Kinder von den anderen Kontrollkindern durch den Stimulus ihrer Eltern unterscheiden, die unter Streß stehen, weil sie unfruchtbar sind. Allerdings, diese Erklärung gilt nicht für den Unterschied in der geistigen Entwicklung zwischen Knaben und Mädchen.

Aus obigen Gründen sind Schlußfolgerungen auf Basis der BOWEN-Studie verfrüht. Bestätigende Untersuchungen bei späteren Altersgruppen und in anderen Ländern sind erforderlich. Dasselbe gilt für Kinder aus tiefgefrorenen Embryos. Weil sich Tiefkühlmittel möglicherweise in ihrer Auswirkung auf Frühembryos unterscheiden, müssen auch diese Schutzmittel in die Studien einbezogen werden.

Von grundsätzlicher Bedeutung ist, daß die bisherigen Untersuchungsergebnisse, besonders jene von BOWEN, eine ernste Warnung enthalten. Das Manipulieren von menschlichen Keimzellen oder Embryos und der Eingriff in den natürlichen Vorgang der Zeugung dürfte heikle, komplizierte und

weitreichende Veränderungen im genetischen Material der Nachkommen und vielleicht auch auf die nächste Generation verursachen. Bevor Fortpflanzungshilfen als Routinebehandlung der Unfruchtbarkeit eingeführt werden, sollte diese ausführlich mittels Tier- und Embryoforschung und dann nach klinischen Versuchen, verbunden mit Langzeitbeobachtungen der Kinder, beurteilt werden. Wissenschaftler und Regierungen sollten sich überlegen, wie die Einführung von Fortpflanzungshilfen geregelt werden soll.

*The Lancet, Vol 351, May 1998*

#### **Italiens Kliniken für Fortpflanzungshilfen mit Vorbehalten konfrontiert**

In Italien hat vergangene Woche die Gesetzesvorlage bezüglich medizinisch unterstützter Fortpflanzung die letzte Hürde vor der parlamentarischen Billigung passiert. Die Debatte nach einer vermeintlich möglichen Hepatitis-C-Virus-Infektion in einem Befruchtungszentrum hat das legale „no-man's land“, in dem die italienischen Zentren für Unfruchtbarkeitsbehandlung operieren, ins Schlaglicht gebracht. Die Gesetzesvorlage definiert Unfruchtbarkeit als Krankheit und führt Behandlungsregulationen ein. Zusätzlich zu Verheirateten gewährt man auch heterosexuellen Unverheirateten – allerdings nur solchen in mehr als 2-jährig „stabilen“ Beziehungen – Unfruchtbarkeitsbehandlung, was zu einigen Kontroversen geführt hat. Die Verwendung von Samenspenden für In-vitro-Fertilisation ist erlaubt. Diese Möglichkeit wird sowohl in öffentlichen als auch in privaten Kliniken angeboten. Nur freiwillige und unbezahlte Samenspenden werden akzeptiert. Alle privaten Samenbanken werden durch öffentliche ersetzt. Die Ge-

setzesvorlage schließt jede künstliche Schwangerschaft von Alleinstehenden (Witwen inkludiert) oder von Frauen über 52 Jahren aus. Die Ablehnung der Vaterschaft – im Nachhinein – durch die Väter, die eine Unfruchtbarkeitsbehandlung verlangt haben, wird verboten. Das Gesetz verbietet auch Experimente und Handel mit menschlichen Embryos und Samen. Die Forschung am Klonen von Menschen ist endgültig verboten und keineswegs nur einem Moratorium unterworfen; Gesetzesübertreter müssen mit Gefängnisstrafen rechnen. Diese Gesetzgebung würde daher jeden Nutzen medizinischer Art von legitimer Forschertätigkeit ausschließen.

*The Lancet, Vol 351, June 1998*

#### **Kindesmord**

Berichte über Eltern, die ihre Kinder töten, datieren zurück bis in die Anfänge der Geschichtsschreibung. Noch im frühen 19. Jahrhundert wurde jedes dritte Kind von seinen Eltern getötet oder ausgesetzt. Heute werden in den USA etwa 9 pro 100.000 Kinder getötet. OVERPECK und Kollegen haben die Hintergründe von Kindesmord untersucht. Weil die Dunkelziffer darin nicht erfaßt wird, wurde in einer zweiten „National Incidence Study“ nichttödliche Kindesvernachlässigung und – mißbrauch untersucht. Denmanch wurden in den USA 1986 6 pro 1000 Kinder unter 2 Jahren schwer vernachlässigt oder mißbraucht. Die dritte Studie zeigte (1986-91) ein Ansteigen von Kindesmord und –mißbrauch. Risikokinder sind Frühgeburten, Kinder von unverheirateten, ungebildeten Müttern sowie von Stadtmüttern. Wir müssen uns davor hüten, nur unterprivilegierte Bevölkerungsgruppen zu beobachten. Rassistische Zugehörigkeit und Einkommensunterschiede

sind weniger verantwortlich.

OVERPECK plädiert für genauere Ursachenforschung durch vollständige Todeszertifikate und deren Kontrolle; ebenso ist an der ärztlichen Betreuung vieles zu verbessern: Hausbesuch bei einkommensschwachen, alleinstehenden Müttern; Aufdecken von Jugendlichen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen; Erkennen von Mißhandlungen wegen der ungewünschten Schwangerschaft; vermehrte Aufmerksamkeit auf den emotionellen Zustand von Müttern vor und nach der Geburt. Für diese Aufgaben müssen bessere Schulungen von Krankenhauspersonal und Mittel zur Verfügung gestellt werden. Kindesmord ist ein wesentlich größeres Problem, als die Statistik aussagt.

*The New England Journal of Medicine, Vol. 339, Nr. 17, Okt. 98*

### **Das Schattenreich – Geheimnisse, Lügen und Zeugungshilfen**

Die meisten Amerikaner begrüßen die neuen technologischen Möglichkeiten, unfruchtbaren Eltern zu Kindern zu verhelfen. Mit diesen Zeugungshilfen sind rechtliche Probleme entstanden, hinsichtlich Identität von Mutter und Vater, der Durchsetzbarkeit von vertraglichen Vorvereinbarungen, Inhalt von qualifiziertem Konsens und die Verfügung über tiefgefrorene Embryos. Nachdem die klinische Behandlung von Unfruchtbarkeit zur Multimillion-Dollar-Indu-

strie angewachsen ist, stellte die „New York State Task Force on Life and the Law“ fest, daß die derzeitige Praxis die Interessen der Patienten und der Kinder ungenügend schützt.

Zwei Gerichtsurteile waren dafür auslösend: In Kalifornien hat 1998 ein Gericht entschieden, daß ein Kind mit 6 potentiellen Eltern nach dem Gesetz elternlos ist. Die Wunscheltern stimmten einer In-vitro-Fertilisation zu; die Identität der genetischen Samen- und Eispender-Eltern wurde geheim gehalten, die austragende Leihmutter verleugnete – nach Scheidung – jedes Interesse am Kind; das Berufungsgericht entschied (nach kalifornischem Recht, wo ein Vater, der einer künstlichen Befruchtung seiner Frau zustimmt, gesetzlicher Vater wird, und die Eltern eines mittels Leihmutter ausgetragenen Kindes vor dem Gesetz die Eltern sind), daß die Wunscheltern letztlich die Eltern des Kindes sind.

In New York entschieden sich Wunscheltern zur IVF und Leihmutterausrtragung mit der Auflage, daß ihre tiefgefrorenen „Pre-Zygoten“ dem IVF-Programm für Forschungszwecke freigegeben werden, sollten sie selbst kein weiteres Interesse an IVF haben. Die IVF blieb 10 mal erfolglos, die Eltern wurden geschieden. Die Mutter beantragte gerichtlich Sorgerecht für die verbliebenen tiefgefrorenen Embryos zwecks neuerlicher IVF. Der Exmann legte sich quer. Das Erstgericht entschied zugunsten der Mutter, das Berufungsgericht

zugunsten der Freigabe zur Forschung. Das Höchstgericht gab 1997 dem Erstgericht recht und begründete den Entscheid mit dem früher beidseitig festgelegten Konsens für das Kind, entgegen dem später einseitigen väterlichen Einspruch.

Wesentlich mehr als Vertragsrecht steht auf dem Spiel: Die Gerichte entscheiden über Status von Embryos und Forschung, die Interessen von Kindern, Identifizierung und Verantwortung von Eltern, Recht (auf Geheimhaltung) von Spendern oder auch Leihmüttern vor den Kindern. Die Gerichte sehen sich konfrontiert mit 3 verschiedenen Ausdrücken für dasselbe: Embryo, befruchtete Eizelle, Pre-zygote.

Ein nationales Beratungsgremium ist gefordert, einheitliche nationale Regeln festzulegen, hinsichtlich: Voraussetzungen für Eizellen- und Spermaspender; Inhalt von „qualifiziertem“ Konsens; Bekanntgabe der Identität von genetischen Eltern und Leihmüttern; Forschung an Embryonen; Zeitgrenzen für Embryo-Vorratslagerung; Verwendung vom Sperma Verstorbener; Aufnahme von Embryonen, Sperma und Eizellen in die Liste menschlicher Zellen, mit denen nicht gehandelt werden darf. Es bedarf USA-weiter Aktion, das Interesse der Kinder ins Zentrum der Überlegungen im Befruchtungsgeschäft zu bringen.

*The New England Journal of Medicine, Vol. 339, Nr. 13, Sept. 98*

- RdM RECHT DER MEDIZIN: Wien, Zeitschrift in Deutsch Jahrgang Heft 5, 1998
- Ferdinand KERSCHNER: Arzthaftung bei Patientenerfüllungen
- Georg GAISBAUER: Zur forensischen Beurteilung von Nervenläsionen bei der zahnärztlichen Leitungsanästhesie
- Thomas RADNER: Die Ausübung medizinischer Tätigkeiten durch MTD, MTF, SHD und Hilfspersonen iS des ÄrzteG (I)
- Neues aus Gesetzgebung und Verwaltung: Diätendienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst; Lebens- und SozialberaterInnen-Befähigungsnachweisverordnung; Befähigungsnachweis für das Gewerbe des Großhandels mit Arzneimitteln und Giften; Orale Substitutionsbehandlung von Suchtkranken; Einwilligung Minderjähriger in eine Knochenmarkspende; FührerscheinG-GesundheitsV, Begutachtung durch sachverständige Ärzte in Fahrschulen; Verordnung betreffend Einbeziehung bestimmter Personengruppen in öffentliche Schutzimpfungen gegen übertragbare Kinderlähmung; Entwurf eines Heilmasseurgesetzes (HmG); Entwürfe eines EWR-Psychologengesetzes und einer EWR-Psychologenverordnung; Entwürfe eines EWR-Psychotherapiegesetzes und einer EWR-Psychotherapeutenverordnung; Novelle zum Strahlenschutzgesetz; Kundmachung von Rechtsvorschriften; Rechtsprechung: Unterhaltspflichten nach heterologer Insemination LGZ Graz 30.4.1998, 1 R 164/98i (rechtskräftig); Aufklärung bei Operation OGH 14.4.1998, 10 Ob 137/98i; Behandlung an Universitätsklinik - Arzthaftung OGH 24. 11. 1997, 6 Ob 324/97 h; Werbung für Zahnambulatorium OGH 25. 11. 1997, 4 Ob 319/97 h; Forum
- Buchbesprechungen
- REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA. Santiago de Compostela, Spanien
- Quartalschrift in Spanisch
- Vol. IX, No. 34, 2a 1998
- Tema de estudio: Dilemas éticos en la práctica clínica;
- M. MARTINÓN, I. MARTÍNEZ, F. MARTINÓN, A. RODRÍGUEZ: Reflexiones sobre la asistencia clínica al niño en coma;
- MORALES, E. CIPRIANI THORNE: Aspectos éticos en el cuidado de pacientes con enfermedad terminal. Estudio comparativo sobre opiniones de médicos oncólogos y los de otras especialidades;
- Fermín GARCÍA MARCOS: Ética en el tratamiento de pacientes con cáncer;
- Félix J. MARTÍN GALLARDO: Límites en el esfuerzo terapéutico: capacidad discriminativa de los scores de gravedad;
- Miguel Angel SILVA: Dolor y prescripción de analgésicos en un Hospital terciario. Implicaciones éticas;
- Pablo González BLASCO: Medicina y Persona Humana: el médico de familia;
- Justo AZNAR: Sida: transmisión y aspectos éticos;
- Manuel NÓVOA BLANCO: Cuidados paliativos y Bioética;
- Raquel CARO: Procedimiento en la práctica ético-clínica;
- Colaboraciones:
- PEÑA, I. de TELLITU, A. ILARRI, C.Ma. POMAR, S. PENAS, D. GONZÁLES, M. SOUTULLO: Un nuevo enfoque de salud: la salud pública;
- Ma. Luz CASAS: Conocer y amar: vocación médica;
- C.V. RODRÍGUEZ, P. NEIRA, M.J. PUIALTO, M.A. FERNÁNDEZ, R. AN-
- TOLÍN: Valores y motivación de los estudiantes en sus inicios a la Enfermería;
- Fundamentación: Orlando D. GARCÍA: La unidad de la persona y su fundamentación neurológica;
- Farmacía: Gloria Ma. TOMÁS: La aportación del farmacéutico en los Comités de Ética Asistencial;
- Derecho: J.L. HERNÁNDEZ-ARRIAGA, J.R. RAZO-CELAYA, G. CORTÉS-GALLO: Utilización de cadáveres de recién nacidos para la enseñanza de la intubación endotraqueal. Aspectos éticos y legales;
- María J. ROCA: ¿Resarcimiento de daños por el hijo nacido tras una esterilización?
- Derecho y genoma humano: Salvador D. BERGEL: La Declaración Universal de la UNESCO sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos;
- Ma. Dolores VILA-CORO: La protección del Genoma Humano
- Panorama International
- Medicina, salud y ética
- Congresos, seminarios y cursos
- Bibliografía recibida
- AEBI: Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Noticias
- ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.
- Bimestrale Zeitschrift in Deutsch. Band 10, Heft 3, 1998
- Editorial: Gisela BOCKENHEIMER-LUCIUS: Akademie für Medizin in den Medien gegründet;
- Originalarbeiten: Wolfram HENN: Der DNA-Chip - Schlüsseltechnologie für ethisch problematische neue Formen genetischen Screenings?; Christian NETZER: Führt uns die Präimplantationsdiagnostik auf eine Schiefe Ebene?; Dirk

LANZERATH, Ludger HONNEFELDER, Ulrich FEESER: Regionaler Bericht der europäischen Befragung; „Doctors' views on the management of patients in persistent vegetative state (PVS)“ im Rahmen des Forschungsprojekts „The moral and legal issues surrounding the treatment and health care of patients in persistent vegetative state“; Fall und Kommentare: Gisela FISCHER, P. G. LIVIO: Das Bedürfnis nach Gesundheitsleistungen – eine Frage zur Verantwortung des Arztes und des Patienten; Kontroverse: Ralf KAUTHER, Michael MULLER: Lieber geklont als gar nicht? Argumente einer Debatte um die Reproduktion des eigenen Erbguts; Informationen Tagungsberichte

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD.

Organ der Akademie für Ethik in der Medizin, in Deutsch und Englisch.

Band 10, Supplement 1, 1998

Preface: Elie WIESEL

Editorial: Andreas SCHAPOWAL: Ärztliches Handeln zwischen Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit;

Derek YACH: Health and illness: the definition of the World Health Organization; Frank NAGER: Der Arzt angesichts Sterben und Tod; Li WEIXIONG: Family planning in China; Marc GERMOND: Ethical problems in medically assisted procreation; H. SCHNEIDER: Schwangerschaftsabbruch, pränatale Diagnostik und intrauterine Therapie; Thomas GUTMANN: Medizinische Ethik und Organtransplantation; Hans-Peter SCHREIBER: Gentechnologie, Genomanalyse und Ethik; T. LENARZ, A. LESINSKI-SCHIEDAT: Ethische Probleme bei der Therapie von Kopfhals-Tumoren; Cai JINGFENG: A historical overview of traditional Chinese medicine and ancient Chinese medical ethics; G. GRESSER: Medizi-

nische Ethik bei Hildegard von Bingen; O. GOLDSCHMIDT: Historische Betrachtung zur Qualitätssicherung und Ethik medizinischer Behandlung; Avraham STEINBERG: Medical ethics in an interreligious comparison: Judaism; Lama Gonsar RINPOCHE: Medical ethics in Buddhism.

#### MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch. 1998/4

Editoriale: L'Università, la ricerca scientifica e la pioggia;

A. BIGNAMINI: Limits and challenges of the ICH GCP requirements;

D. BERTO, M. PERONI, S. MILLERI, A. G. SPAGNOLO, Valutazione della comprensibilità dei fogli informativi ai fini del consenso negli studi con volontari sani;

PREZIOSI, La valutazione del protocollo di sperimentazione;

A. CONTI, B. MARNIGA, Implicazioni etiche e medico-legali nell'utilizzo di placebo nella sperimentazione clinica;

C. CASINI: Considerazioni in merito alla interpretazione dell'art. 9 della legge 194/78 sulla obiezione di coscienza alla interruzione volontaria della gravidanza;

Notizie flash

Documentazione

Dal Magistero del Santo Padre

Il Santo Padre: Quando il „male del secolo“ bussa alla porta di una persona o di una famiglia, accanto a consulenze mediche occorre un supporto psicologico e spirituale pronto e fraterno;

Il Papa: La famiglia è il „prisma“ attraverso il quale considerare tutti i problemi sociali: in particolare il lavoro, la sanità, la scuola;

GIOVANNI PAOLO II: Nessuno può determinare il valore della vita di un altro uomo e nemmeno della vita propria;

Dalla Santa Sede

Intervento di S.E. Mons. M. TAGLIAFERRI alla XXIX sessione della

Conferenza Generale dell'UNESCO : Educazione per tutti, diritto alla pace e protezione del genoma umano.

Dal Magistero Episcopale

Vescovi Presidenti delle Commissioni episcopali latino-americane per la famiglia: Dichiarazione finale della riunione preparatoria del II Incontro mondiale delle famiglie Vescovi USA: Dignità della persona e bene comune

Legislazione Italiana

Ministero della Sanità. Decreto 18 marzo 1998. Linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei Comitati etici;

Ministero della Sanità. Decreto 18 marzo 1998. Modalità per l'esenzione dagli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche;

Ministero della Sanità. Decreto 19 marzo 1998. Riconoscimento della idoneità dei centri per la sperimentazione clinica dei medicinali

Dai Centri di Bioetica

Italia. Centro di Bioetica. Università Cattolica del Sacro Cuore: Statuto (revisione del giugno 1997)

Notiziario

Convegno su „Il paziente oncologico tra accanimento terapeutico e abbandono“

Tavola rotonda di apertura del 42° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria su „Realtà e futuro delle politiche socio-sanitarie per l'anziano“

Recensioni

COSMACINI: L'arte lunga. Storia della medicina dal'antichità ad oggi (M. PENNACCHINI)

Segnalazioni Bibliografiche

Etica e ambiente

Medicina e Morale 1996-1998

#### ETHICS & MEDICINE

An International Christian Perspective on Bioethics

Illinois (USA), London (UK), Ede (NL)

Zeitschrift in Englisch

Vol 14:3 1998

Editorial

Commentary: Carl F. H. HENRY,  
Ph.D.

John S. GRABOWSKI, Ph.D.: Made  
Not Begotten: A Theological Ana-

lysis of Human Cloning;

Gerald R. FEULMER, M.a., M.Div.:  
Cochlear Implants in Children:

Ethical Considerations from the  
Perspective of a Christian Parent;

Emy LUCASSEN: Prenatal Genetic

Testing: The Need for Legislation;  
David KING: Eugenic Tendencies in

Modern Genetics;  
Book Reviews

**ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNGSPFLICHT  
UND HAFTUNG**

T. MAYER-MALY und E.H. PRAT (Hrsg.)

*Reihe Medizin und Ethik (Hrsg. J. BONELLI)*

Springer Verlag 1998

130 Seiten

ISBN-3-211-83230-0

Aufklärung und Haftung im ärztlichen Handeln haben in Europa und in den Vereinigten Staaten einen jeweils anderen Stellenwert. Grundsätzlich stimmt die Auffassung über die Patientenautonomie in der amerikanischen Theorie (Bioethik und Rechtslehre) und Praxis (klinischer Alltag) mit der europäischen nicht voll überein. Wahrscheinlich geht dieser Unterschied auf die besondere Prägung der amerikanischen Denkweise zurück, die, obwohl sie ihre Grundlage immer noch in der europäischen Philosophie hat, diese anders, nämlich radikal-liberal umsetzt. In Europa sitzt die philosophische und ideologische Tradition seit der Antike trotz Aufklärung stark im Knochenmark der Institutionen, was gewisse aufklärerische Forderungen, wie zum Beispiel die der Autonomie des Menschen, ins richtige Licht rücken läßt: Nur die autonome, also freie Handlung hat einen sittlichen Wert, d.h. sie ist gut oder schlecht, aber die Sittlichkeit der Handlung, d.h. ob sie gut oder schlecht ist, hat mit der Autonomie selbst, durch welche sie zustande gekommen ist, wenig zu tun. Amerika dagegen beginnt seine selbständige Geschichte mit der Aufklärung, die zu seiner Tradition wird, weil sie eigentlich kein voraufklärerisches Denken erlebt. Für den Liberalismus nach J.S. MILL, der die amerikanische Denkweise wesentlich prägt, ist das autonom Gewählte immer das Richtige. Autonomie wird somit zur Quelle der Sittlichkeit.

In den letzten Jahren häufen sich die Indizien dafür, daß auch in Europa der Trend in die Richtung der amerikanischen Praxis über

Aufklärung und Praxis geht. Dies untersuchen die Herausgeber des Buches im Rahmen eines interdisziplinären Diskurses mit namhaften Ärzten, Juristen und Ethikern, die zu einem Symposium eingeladen wurden. Die Aufsätze sind die Ergebnisse dieses Symposiums, das 1997 in Salzburg stattfand. Die Beiträge von G. PÖLTNER und E. PRAT zeigen, daß sich die Gewichte des Patienten und des Arztes in der modernen Arzt-Patient-Beziehung zwangsweise mit dem autonomen Menschenbild verändern. Eine liberalistisch-individualistische Auffassung von Autonomie führt zur Untergrabung der wesentlichen Grundlage der Arzt-Patient-Beziehung, nämlich des Vertrauens. Dieses muß heute bei den neuen Formen der Beziehung gestärkt werden. W. WALDHÄUSEL und J. KRAFT-KINZ beleuchten die derzeitige Situation aus der Sicht der medizinischen Praxis. Es zeigt sich, daß die heute praktizierten Regelungen zu stark die formale Korrektheit in den Vordergrund stellen. Der Fortschritt der Medizin hat zu einer weitreichenden Spezialisierung und Arbeitsteilung geführt, welche die Behandlungsprozesse die verschiedensten Formen und Abläufe annehmen läßt. Dabei kann die Erfüllung der Aufklärungspflicht unmöglich standardisiert werden, sondern man muß ihr die notwendige Flexibilität gewähren, damit sie der Singularität der Arzt-Patienten-Beziehung angepaßt werden kann.

E. DEUTSCH, T. MAYER-MALY und K. SCHMOLLER beschreiben die rechtliche Lage in Deutschland und Österreich. Es zeigt sich jedoch, daß in beiden Ländern Rechtsprechung und Praxis von der entsprechenden amerikanischen weit entfernt sind, obwohl in den letzten Jahrzehnten der Trend leicht in Richtung Stärkung der Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit geht. Auch zwischen Deutschland und Österreich gibt es Unterschiede in der Rechtslage und in der Rechtsprechung. In Deutsch-

land haben in der letzten Zeit die Haftungsklagen stärker zugenommen als in Österreich, wo die Prozesse eher gegen die Krankenträger als gegen die Ärzteschaft geführt werden. Die EU hat vor, die Arzthaftung zu verschärfen.

Ein Übersichtsbericht von J. MERAN über die aktuelle Diskussion zu den Patiententestamenten rundet die Darstellung des Themas ab. Diese neue Institution ist sicherlich ein weiteres Instrument der Patientenautonomie. Die Verbindlichkeit dieser zeitversetzten Willensäußerung wirft eine Reihe von Fragen auf, die weitere Diskussionen erforderlich machen.

Aus dem Diskurs dieses Buches kann geschlossen werden, daß eine gesetzliche oder berufsständische Regelung der Aufklärungspflicht und Haftung, die es ermöglicht, sie als Druckinstrument des Patienten bzw. seines Rechtsanwalts gegenüber den Ärzten zu verwenden, ein Hindernis für die richtige Kommunikation ist, weil sie einen Graben zwischen Patienten und Ärzteschaft aufreißt. Die Heilkunst droht in eine Defensivmedizin abzugleiten. Der Preis für die Gewährleistung des Selbstbestimmungsrechts und der Schutz vor ärztlichem Versagen wäre nicht angemessen, würde bei der Durchsetzung dieser Werte ein für die allgemeine Gesundheit bedrohlicher offener und direkter Konflikt zwischen Selbstbestimmungsrecht der Patienten und Haftungspflicht der Ärzte ausbrechen.

Das Wertvolle an diesem Buch ist, daß sich Ethiker, Mediziner und Juristen an einen Tisch gesetzt haben, um eine vielseitige Darstellung des Problems zu vermitteln. Natürlich hätte man viele andere Aspekte behandeln können, die im Buch etwas zu kurz kommen, aber die Lektüre dieses Buches wird sowohl für Patienten als auch für Ärzte und Krankenpflegepersonal einen großen Gewinn darstellen.

H. UFER

## TÖTEN ODER STERBENLASSEN? ZUR FRAGE DER PATIENTENVERFÜ- GUNG

H.B. WUERMELING

*Medizin - Ethik - Recht, Angermüller Gespräche  
Wissenschaftsverlag richard rothe, Passau 1997  
50 Seiten*

ISBN 3-927575-71-2

Zum Inhalt: Die Zeit, in der Ärzte sich mit Sterbenden beschäftigen, ist historisch gesehen eine erst sehr kurze. HIPPOKRATES hatte seinen Schülern verboten, sich mit Unheilbaren oder Sterbenden abzugeben, wo nichts zu heilen war, hatte der Arzt nichts zu suchen. In den Jahrhunderten, über das Mittelalter bis zur Neuzeit gab es wohl eine christliche Tradition in Hospitälern oder Hospizen, sich Unheilbarer und Sterbender anzunehmen, die aber von nicht ärztlichen Personen gepflegt wurden. Erst vor ca. 200 Jahren wandte sich die Schulmedizin den Sterbenden zu, indem erstmals Richtlinien erarbeitet wurden, wie der Umgang mit Sterbenden zu erfolgen habe. HUFELAND kritisierte 1824 diese Tätigkeit: Es wäre zwar gut, sich den Unheilbaren zu widmen, jedoch wäre die Versuchung nahe, statt des Leidens den Leidenden zu beseitigen, den Leidenden zu töten, damit das Leiden aufhört. Wäre dieser Grenzbereich einmal überschritten, dann wäre der Arzt der gefährlichste Mann im ganzen Staate. Ein Jahrhundert später traf die Vorhersage ein - Euthanasiebewegungen waren entstanden. „To be happy or not to be at all“ (BENTHAM). Die Lebensqualität bestimmt den Lebenswert. Jedoch gibt es auch eine zweite Entwicklung, die der ärztlichen Hinwendung zu dem Unheilbaren gefolgt ist: die Palliativmedizin, die nicht mehr auf Lebensverlängerung aus ist, sondern ein Erträglichmachen des verbleibenden Lebens erlangen will. Gerade in diesem Bereich wird ein Umdenken der Ärzte noch erforderlich sein, denn nach wie vor wird der Tod vom Arzt als Niederlage empfunden, als etwas, womit man nichts zu tun haben woll-

te. Noch vor 40 Jahren wurde beispielsweise in der Sowjetunion das endgültige Überwinden des Todes als Ziel der Medizin genannt!

Gerade die Intensivmedizin mit ihren zunehmenden Möglichkeiten des operativen Organersatzes tut sich schwer, diesen Mentalitätswandel mitzuvollziehen. Die Erklärung der Bostoner Kommission über den Hirntod war einer wertenden Entscheidung ausgewichen. In der Folge wurden nur jene Fälle eines irreversiblen Hirnausfalls „gelöst“, bei denen die Beatmung abgestellt und im gegebenen Fall die Organe zu Transplantationszwecken weiterverwendet werden können.

Die differenzierende Betrachtung des Rechtes auf Leben kann klärend wirken: im engeren Sinn ist unser Recht auf Leben ein Defensivrecht, ein Recht darauf, daß niemand mich töten darf. Die gesellschaftliche Antwort auf dieses Lebensrecht ist das Tötungsverbot. Recht auf Leben ist darüber hinaus auch ein Anspruchsrecht. In diesem Sinn verlangen wir, daß der eine für den anderen einsteht, und Hilfe bekommt, die notwendig ist, um leben zu können.

Diese Ansprüche sind verschieden – ob Säugling, Erwachsener, Greis. Die Antwort der Gesellschaft ist das Gebot der Solidarität, des Einstehens füreinander, das aber an die Grenzen der Ressourcen stößt. Diese Grenzen werden durch die Verhältnismäßigkeit bestimmt. Die Moralthologie hat wiederholt betont, daß der einzelne verpflichtet sei, für sich selber die *media ordinaria* zur Erhaltung von Gesundheit und Erlangung des ewigen Heiles anzuwenden, zu den *media extraordinaria* sei niemand verpflichtet. Papst Pius XII. hat in einer bedeutsamen Ansprache diese Regel wiederholt, indem er betonte, daß die Ärzte ab einem bestimmten Zeitpunkt, in dem ein Patient bereits im Sterben liege, die Bemühung um die Lebenserhaltung einstellen und den Patienten dem Sterben überlassen dürfe.

In der Folge bringt der Autor dann zwei konkrete Fälle, um näher zu erläutern, auf welchen Faktoren Verhältnismäßigkeit beruhe. Im Falle

des Erlanger Babys – eine schwangere Frau erlitt einen schweren Unfall und erlitt in der Folge den Hirntod – waren die Ärzte übereingekommen, einfache intensivmedizinische Maßnahmen – die Beatmung – aufrechtzuerhalten, um die Weiterführung der Schwangerschaft zu gewährleisten. Auf außerordentliche Intensivmaßnahmen wollte man im Falle von Komplikationen nicht übergehen – die wären nicht mehr verhältnismäßig gewesen. Der zweite Fall wurde ebenfalls der breiten Öffentlichkeit bekannt. Eine alte demente Frau, tief komatös nach einer erfolgreichen RA, mußte durch die PEG-Sonde künstlich ernährt werden. Der Hausarzt kam mit ihrem Sohn überein, daß die künstliche Ernährung einzustellen wäre. Daraufhin wurden beide verurteilt, in 2. Instanz jedoch freigesprochen, da man auf den mutmaßlichen Willen der Patientin zurückgreifen konnte, die viele Jahre zuvor anlässlich einer Fernsehsendung den Wunsch geäußert hatte, daß sie keine intensivmedizinischen Maßnahmen oder Pflege für ihr eigenes Lebensende möchte. Erst der Rückgriff auf diese Willensäußerung führte zur Entlastung von Arzt und Sohn. Die Ermittlung des Patientenwillens ist nicht immer so leicht. Einerseits finden sich manche Menschen in Situationen, in denen sie nicht mehr entscheiden können, andererseits sind Vorausentscheidungen praktisch nicht möglich, da man für sich selbst nur schwer wissen kann, wie man in konkreten Situationen entscheiden wird, die noch nicht eingetroffen sind. Im Anschluß stellt der Autor einen Patienten-Testament-Entwurf vor, der im Auftrag der evangelischen Landeskirche in Bayern erstellt wurde (nebenbei, das Formular ist im Gesangbuch der evangelischen Kirche abgedruckt). Die Konfrontation mit diesen Fragen führt die Menschen dazu, sich Gedanken über ihr eigenes Leben und Sterben zu machen. Empfohlen wird auch die Bestellung eines Vertreters, der dann im Falle der eigenen Unfähigkeit Entscheidungen treffen kann.

Zuletzt zeigt der Autor die laufenden Entwicklungen in Deutschland und in der Schweiz

auf. Die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaft hat Richtlinien entworfen, wann und bei welchen Patienten lebenserhaltende Maßnahmen eingestellt werden können.

„Unter lebenserhaltenden Maßnahmen verstehen die Schweizer die Anwendung der künstlichen Niere, die künstliche Beatmung, die künstliche Ernährung und sogar die künstliche Hydrierung, d.h. also, daß auch die Flüssigkeitszufuhr und nicht nur die Nahrungszufuhr und die Beatmung bei jenen Patienten eingestellt werden dürfen, bei denen ein Wiedererwachen aus dem vegetativen Status nicht mehr zu erwarten ist.“ (34)

„Wer sich dafür ausgesprochen hat, sieht sich dem Vorwurf ausgesetzt, Euthanasie zu wollen. Doch es geht darum nicht. Die Einstellung der Behandlung erfolgt ja nicht, um den Patienten zu töten, sondern die Einstellung der Behandlung erfolgt, weil eine Behandlung nicht mehr verhältnismäßig ist. Das, was mit dem Patienten getan wird, Aufwand und Belastung, entspricht nicht mehr dem, was dabei herauskommen kann.“ (34)

#### *Einige Anmerkungen:*

Der Autor beginnt mit einem interessanten historischen Rückblick der Medizingeschichte. Die Problematik des Umgangs mit den Sterbenden ist ein relativ junges Problem, die Fortschritte der Medizin, die uns in ehemals unbekannt Situationen führen, verschärfen die Konfrontation. Nur eine bewußte Weiterentwicklung der Palliativmedizin kann ein unmoralisches Abgleiten der Medizin in die Euthanasie verhindern. Für den Autor scheinen dabei zwei Elemente von eminenter Bedeutung zu sein. Einerseits müssen die Verhältnismäßigkeitskriterien ins Treffen geführt werden, wobei er jedoch den Maßstab schuldig bleibt. Was ist wann verhältnismäßig und wozu? Auf der anderen Seite muß der freie Wille des Patienten mehr Beachtung finden. Das Anliegen ist gut, doch die Grenzen bleiben undefiniert: auch der Patient, der die aktive

Tötung verlangt, tut dies aus freiem Willen. Dennoch kann die Tötungshandlung vom Arzt nicht ausgeführt werden. Die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen wie künstliche Beatmung, künstliche Niere aber auch künstliche Ernährung können nicht auf dieselbe Ebene gestellt werden. Während das eine – die Ernährung in der Mehrzahl der Fälle eine einfache pflegerische Maßnahme ist, ist künstliche Beatmung oder der Ersatz der Nierenfunktion an aufwendige intensiv-medizinische Maßnahmen geknüpft. Allein des unterschiedlichen Aufwandes wegen muß wohl auch hier die Verhältnismäßigkeit ins Spiel gebracht werden. Der freie Wille des Patienten kann daher wohl nicht das einzig entscheidende Zünglein an der Waage sein.

Das Büchlein ist dennoch lesenswert und ein wichtiger Anstoß, des weiteren auch ein Vorstoß zur vertieften Auseinandersetzung mit dem Behandlungsabbruch. Die Unüberwindbarkeit des Todes muß ins Bewußtsein gerückt werden, um Arzt und Patient vor therapeutischem Übereifer einerseits oder nihilistischer Verzweiflung andererseits zu bewahren. Ein Annehmen der Vergänglichkeit erleichtert die richtige Entscheidungsfindung.

N. AUNER

#### *LEBEN IN DER HAND DES MENSCHEN: Die Brisanz des biotechnischen Fortschritts*

Günter ALTNER

Darmstadt: Primusverlag, 1998

234 Seiten

ISBN 3-89678-077-8

Günter ALTNER, Dr.theol.Dr.rer.nat., ist Professor für evangelische Theologie an der Universität Koblenz-Landau und Gründungsmitglied des Freiburger Öko-Instituts. Angeleitet durch die Ehrfurcht vor allem Leben, vertritt er eine Bioethik, die sich ausnahmslos allem Leben verpflichtet fühlt und dabei wertphilosophische und – parallel dazu – theologische Gründe geltend macht. Die Maxime lautet: Es gibt kein le-

lebensunwertes Leben! Damit deklariert er eindeutig seine Position gegenüber einer utilitaristischen, aufgeklärten Bioethik eines Norbert HOERSTER oder Peter SINGER. Seine jüdisch-christliche Sicht verhilft dem Leser zu einem sicheren Fundament für eigene Antworten auf neuartige, kontroverielle und höchst brisante Ansichten, die unsere Welt fundamental verändern könnten.

Gentechnik, Organtransplantation, aktive Sterbehilfe und Euthanasie, Klonen und Patentieren neuer Lebensarten – die revolutionierende Entwicklung der Biotechnik – erörtert der Autor in umfassender Weise und stellt die gegensätzlichen Denkschulen der Bioethik, die jüdisch-christliche der aufgeklärt-pragmatischen gegenüber. Er geht dabei von der Verpflichtung zum bioethischen Diskurs aus. Dazu offeriert er konkrete Orientierungen für die gesellschaftliche Konsensfindung. Sein Buch ist deshalb außerordentlich informativ und nützlich, weil es zu höchst aktuellen Problemen den eigenen wie auch den konträren Standpunkt umfassend hinterfragt und argumentiert.

Teil I geht auf den Kern der Thematik:

Grundsatzfragen: „Das Verständnis der Evolution, der Menschenwürde und Kreaturwürde im Widerstreit der Meinungen.“

Das richtige Verständnis dieser Begriffe entscheidet über die ethischen Verhaltensnormen bezüglich aller neuen biotechnisch-revolutionären Entwicklungen.

Evolution oder Revolution? Prof. KRIMSKY plädiert für Revolution: „Den langsamen Evolutionsprozeß, der in höheren Organismen zu relativ abgegrenzten Arten geführt hat, durch Aufsprengung der Artengrenzen überholen“. „Die Umwelt durch gentechnische Neugestaltung an die menschliche Zivilisation anpassen“. Diesem Gentechnikutopisten stellt Altner – mit Ernst MAYER – die Evolution als nichtlinearen Prozeß der Selbstorganisation entgegen. Er weist – u.a. mit A. M. Klaus MÜLLER – auf die risikoträchtigen Folgewirkungen einer gentechnischen Artenveränderung zwecks Befriedigung von Nut-

zungs- und Profitabsichten hin. Ausführlich bietet er schöpfungstheologische Aspekte an: Die Evolution ist als Form immer wieder neu erfolgreicher Zuwendung Gottes zu verstehen. Es gibt daher kein lebensunwertes Leben.

Mit Kritik an der Bioethik-Konvention des Europarates entwirft der Autor elf Grundsätze, um Klarheit in die Diskussion zu bringen.

Der Ethik der Menschenwürde steht eine Ethik der Interessen gegenüber. Dem Ethos der Stärke und Selbstbestimmung wird die Befreiung durch das Kreuz entgegengehalten. Die beiderseitig beanspruchte Richtigkeit bedarf der Hinterfragung durch den Kontrahenten (tatsächlich Qualität gegen absolute Werte). So müßte, fordert der Autor, konkret über die praktische Gestaltung der Lebensbedürfnisse (Aussonderung oder Fürsorge) in den Grenzzonen menschlicher Existenz (ungeborenes Leben, Behinderte, Komatöse, Sterbende) gesprochen werden.

Die Kreaturwürde – so der Autor – ist eine noch gar nicht gefundene, geschweige denn anerkannte Qualität. Er zieht den Bogen der Entwicklung ethischer Begründungen von antropozentrischer (Ulrich KATTMAN, KANT), pathozentrischer, bewußtseinsorientierter, utilitaristischer (SINGER: manche Tiergattungen sind Personen, andere nicht.), holistischer (K.M. MEYER-ABICH), bis zu der vom Autor vertretenen biozentrischen Ethik. „Aus dem Gleichen (Lebenswillen z.B.) ergibt sich die Achtung vor dem Anderssein.“ Eine Liste von Kriterien für die Berücksichtigung artspezifischer Bedürfnisse unterstützt sein ethisches Verständnis für die Würde der Kreatur.

Im Teil II behandelt der Autor in „Aktuelle Problemhorizonte“ die brisanten Herausforderungen für die Würde von Mensch und Kreatur: Gendiagnose, Gentherapie, Gentechnik, Sterbeprozess und Organtransplantation, Aktive und passive Sterbehilfe und die Forderung der Euthanasie, Klonen und Patentieren von biotechnischen Verfahren, Produkten und deren Anwendung.

Der Autor begründet eugenische Gefahren der Gendiagnose und stellt eine „Leiter der gentechnischen Veränderungsmöglichkeiten“ bis hin zur Umkonstruktion des Menschen auf und fordert Verantwortung zwecks Einschränkung dieser unaufhaltsamen Entwicklung.

Sterbeprozess und Organtransplantation sind in Deutschland erst 1997 in Gesetzesform geregelt worden – unbefriedigend, wie der Autor betont. Denn kontrovers bleiben: das Hirntodkriterium und die Frage nach der Entscheidungskompetenz als Voraussetzung für die Organentnahme. Der Autor: die entscheidende Frage ist, wie unter Anerkennung der Menschenwürde als Fundamentalgarantie die Transplantationspraxis der Würde des Menschen (der Spender und Empfänger) entspricht.

In „Theoretische Aspekte“ formuliert der Autor konkrete Maßstäbe für die kritische Handhabung von Organtransplantationen. Schließlich behandelt er das Thema „Xenotransplantation“ (Übertragung von Organen über die Artengrenzen hinweg).

Zu „Aktive und passive Sterbehilfe und die Forderung der Euthanasie“ verweist der Autor auf die gefährliche Nähe der Grundmotive Peter Singers zum NS-Gedankengut, aber auch auf die grundsätzlichen Unterschiede der Zielsetzungen. Er stellt die gnadentheologisch begründete Gottesebenbildlichkeit einer Generalgarantie für jede menschliche Existenz – wie in der deutschen Bundesverfassung verankert – entgegen. Die Richtlinien der Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften, die er vollständig in sein Buch aufnimmt, hält er für eine tragfähige Grundlage für ärztliches Handeln.

Altner definiert „Klonierung“ und „Patentierung“ und listet denkbare Nutzüberlegungen. Ethische Maßstäbe ergeben sich aus den Kriterien der Würde von Mensch und Kreatur. Dazu fordert er – mit Anton LEIST – die Tradition der ganzheitlichen Begriffe Kosmos, Schöpfung, Leben neu auszulegen. In der von Altner vertretenen biozentrischen Ethik ist Natur nicht nur Molekularmaschine, sondern Geschichte, die

vom Menschen als Teilhaber und Gestalter wahrgenommen wird.

Dem Klonen von Tieren und pflanzlichen Organismen wird breiter Raum gegeben, die Gefahren werden aufgezeigt, und eine Stufenleiter der ethischen Handlungsvarianten wird aufgebaut.

In den „Perspektiven für eine geklonte Gesellschaft“ zitiert er Gründe, die zur Akzeptanz von Klontechnik auch bei Menschen führen wird (Patentrecht zum Schutz biotechnologischer Erfindungen, EU-Parlaments-Richtlinien). Nach Offenlegung potentieller Folgen nennt der Autor theologische Proteste gegen Patentierung: Katholiken und mehr als 80 protestantische, jüdische, moslemische, hinduistische und buddhistische Glaubensrichtungen erklären: „We believe that humans and animals are creations of God, not humans and as such should not be patented as human inventions.“

In Teil III entwickelt der Autor die Verpflichtung zum bioethischen Diskurs:

Das Transplantationsgesetz (Hirntod), die Bioethik-Konvention des Europarates (Forschung an Menschen auch ohne deren Zustimmung), die UNESCO-Bioethik-Deklaration (Zugriffsmöglichkeit auf das menschliche Erbgut), die Ethik-Empfehlungen der USA und der EU (Klonen von menschlichen Embryonen nicht auszuschließen) und die Patentierungsrichtlinien des EU-Parlaments (aus Menschen isolierte Gene unter Patentrecht), haben den Bürger spüren lassen, daß er keine Mitsprache in dieser fundamentalen biotechnischen Revolution hat. Der Autor fordert eine Bundes-Ethikkommission, die er konkret definiert.

Für die akribische Darstellung der biotechnischen Revolution, deren Folgen für ethische Probleme, für die konkreten Vorschläge zum ethischen Diskurs und – vor allem – für die in die Tiefe gehenden Begründungen ethischer Verhaltensnormen, gebührt dem Autor Dank und Anerkennung.

P. HARTIG

**ERSTER INTERNATIONALER PFLEGEKONGREß NÜRNBERG**

Jürgen OSTERBRINK (Hrsg.)

Verlag Hans Huber 1998

Seiten 407

ISBN 3-456-82976-0

Jürgen OSTERBRINK führt in seinen 407 Seiten die einzelnen Referate des internationalen Pflege theorienkongresses an.

In Summe werden 39, zum Teil englische Referate behandelt, welche theoretischer und praktischer Natur sind. Alle Beiträge reflektieren den immer stärker werdenden Aufbruch in das neue Krankenpflegezeitalter. Dies reicht über Selbstpflege, Pflege theorien und Pflegeforschung.

Nachfolgend sollen drei bemerkenswerte Abhandlungen herausgestrichen und angeführt werden.

„Vom Anfänger zum Experten: Der Weg zu einer differenzierten klinischen Welt in der Intensivpflege“ (P. BRENNER, C. TANNER, C. CHESLA und J. RUBIN). Dieser Beitrag zeigt den mit Steinen gepflasterten Berufsweg einer „frisch diplomierten“ Pflegeperson im Alltag. Es wird die Entwicklung vom Vertrauen auf die in der Ausbildung erlernten Prinzipien und Regeln bis hin zur praktischen Umsetzung des Erlernten beschrieben. Es erfolgt ein Wandel vom analytischen und regelgeschützten Denken zur Intuition. Die unterschiedlichen Kompetenzstufen in der klinischen Welt des Anfängers werden anschaulich dargestellt.

„Die Selbstpfledefizit-Theorie von Dorothea OREM“ (G. C. M. EVERS)

Die Theorie von Dorothea OREM besagt: „Selbstfürsorge ist die Ausübung von Handlungen, die der Mensch in seinem eigenem Interesse zur Erhaltung seines Wohlbefindens, seiner Gesundheit und seines Lebens ausführt oder anstrebt.“ Sie geht davon aus, daß jeder Mensch bestrebt ist, nach seinen Fähigkeiten für sich selbst zu sorgen. Je nach der Art des Defizits soll die Pflegeperson angemessen mit

Motivation, Anleitung, Unterstützung oder Übernahme von Tätigkeiten reagieren. Besonderer Wert wird dabei auf die Einbindung der Angehörigen des Pflegenden gelegt. Erst wenn beide den Anforderungen nicht gewachsen sind, greift die Pflegeperson fachgerecht ein. Pflege rische Handlungen ergänzen und unterstützen die Fähigkeiten des Menschen zur Selbstpflege, sollten ihn aber keinesfalls in seiner Selbständigkeit einschränken.

„Primary Nursing – die Voraussetzung zur Einführung eines Pflegemodells“ (R. TEWES)

„Primary Nursing“ wird mit Primärpflege oder Bezugspflege übersetzt. Es ist kein Pflegemodell, sondern eine Organisationsform von Pflege (= Pflegesystem).

Es gliedert sich in

- a) Verantwortlichkeit
- b) Kontinuität der täglichen Pflege
- c) direkte Kommunikation
- d) „Care giver as care planner“

Es stellt sich die Frage: „Welches Pflegesystem ist das geeignetste System?“

Ist dies geklärt, kommt es zur Einführung eines neuen Modells, was oft mit großen Veränderungen verbunden ist. Jeder Pflegenden macht dabei einen großen Lernprozeß durch. Die Wertungen, die bisher wichtig waren, verändern sich und gehen in eine neue Richtung.

In einem weiteren Schritt sollten die alten Überzeugungen reflektiert und analysiert werden, um sich davon bewußt zu verabschieden. Dies klingt alles sehr einfach, ist aber „Knochenarbeit“.

Zusammenfassend wird bemerkt, daß manche Beiträge sehr theoretisch und wenig praxisnahe gehalten sind. Die drei beschriebenen Referate sind aus dem Stationsalltag gegriffen. Sie verdeutlichen den derzeitigen Umbruch in der Krankenpflege. Sie motivieren und geben neue Denkanstöße bei der Arbeit am Patienten.

M. FILA



---



---

## HINWEISE FÜR AUTOREN

---

### 1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im PC-Schreibsatzverfahren auf Laserprinter gedruckt erbeten. Die Manuskripte sollen in dreifacher Ausfertigung eingereicht werden. Übersichten und Originalien sollten den Umfang von 10 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten. Zusätzlich soll eine Diskette MS-Dos geliefert werden.

Nach Abschluß des Begutachtungsverfahrens erhalten die Autoren die Manuskriptvordrucke und spezielle Anleitungen von der Redaktion mit einem Sonderdruckbestellzettel.

### 2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 - 10 Zeilen)  
3 bis 5 Schlüsselwörter
4. Englische Übersetzung der Zusammenfassung

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Fußnoten sind durchnummerieren. Sie werden immer an das Ende des Beitrages gestellt.

Tabellen und Abbildungen sind bereits vom Autor an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Zusätzlich werden von den Autoren für Strichabbildungen gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Da der sonst übliche Korrekturabzug zur Überprüfung entfällt, unterliegt die sprachlich einwandfreie Gestaltung der Arbeit der Verantwortung des Autors.

### 3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtlichen Autorennamen mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel unter Anführungszeichen
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit.

Beispiel: THOMAS H. , „Sind Handeln und Unterlassen unterschiedlich legitimiert?“, Ethik in der Medizin (1993), Bd. 4: S. 70 - 82

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsorte
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: HERRANZ, G. , „Philosophie des Lebendigen“, Suhrkamp, Frankfurt a. Main (1980), S. 25 - 28

---

HINWEISE

---

PUBLIKATIONEN DES IMABE INSTITUTS  
(können über das Institut bezogen werden)

## BÜCHER

*Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens* (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

*Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin* (1992) Hsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

*Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens.* (1995) Hsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN:3-211-82688-2

*Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung.* (1998) Hsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

## STUDIENREIHE

Nr. 1: W. RELLA (1994) *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts.* ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) *Transplantationschirurgie.* ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) *Sexualität und Verantwortung.* ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) *Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert HOERSTER'S „Abtreibung im säkularen Staat“.* ISBN: 3-85297-002-4

## IMABE – INFO (KURZINFORMATIONEN)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose,

1997: Nr. 1: Solidarität und Mißbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin, Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen  
 Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen  
 Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche  
 Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

---

VORSCHAU

---

Imago Hominis BAND VI/Nr. 1/99

## Schwerpunkt

BEHANDLUNGSABBRUCH

---

## IMPRESSUM

---

Herausgeber:  
Prim. Univ. Prof. Dr. Johannes  
BONELLI,  
Prof. Dr. Enrique H. PRAT DE LA  
RIBA  
Medieninhaber und Verleger:  
IMABE - Institut für medizinische  
Anthropologie  
und Bioethik,  
Landstraßer Hauptstraße 4/13,  
A-1030 Wien  
Telephon: +43 1 715 35 92  
Telefax: +43 1 715 35 93  
DVR-Nr. : 0029874(017)  
ISSN: 1021-9803  
Schriftleitung:  
Dr. Notburga AUNER  
Redaktion/Nachrichten:  
Dkfm. Peter HARTIG  
Mag. Edel M. CECH  
Anschrift der Redaktion:  
zugleich Anschrift des  
Herausgebers.

Grundlegende Richtung:  
Imago Hominis ist eine ethisch-  
medizinische, wissenschaftliche  
Zeitschrift, in der die aktuellen  
ethisch-relevanten Themen der  
medizinischen Forschung und  
Praxis behandelt werden.  
Layout, Satz, Graphik und  
Produktion: Alexander GUDENUS  
Herstellung:  
Druckerei ATLAS,  
Wienerstraße 35,  
A-2203 Großebersdorf  
Anzeigenkontakt:  
Mag. Edel M. CECH  
Einzelpreis:  
Inland ATS 120.-,  
Ausland ATS 150.-  
Jahresabonnement:  
Inland ATS 400.-,  
Ausland ATS 500.-  
Studentenabo ATS 250.-  
Fördererabo ATS 1.000.-

Abo-Service:  
Mag. Edel M. CECH  
Bankverbindung:  
CA-BV, Kto. Nr. 0955-39888/00  
Erscheinungsweise: vierteljährlich  
Erscheinungsort: Wien  
Verlagspostamt: 1033 Wien  
Postgebühr bar bezahlt.  
Leserbriefe senden Sie bitte an den  
Herausgeber.  
Einladung und Hinweise für  
Autoren:  
Das IMABE lädt zur Einsendung von  
Artikeln, die Themen der  
medizinischen Anthropologie und  
Bioethik behandeln, ein. Bitte senden  
Sie Ihre Manuskripte an den  
Herausgeber. Die einlangenden  
Beiträge werden dann von den  
Mitgliedern des wissenschaftlichen  
Beirates referiert.  
Kürzungen der Leserbriefe und  
Manuskripte behalten wir uns vor.

*IMABE*