

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 23 · Heft 4 · 2016

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Autonomie und
Beziehung**

Autonomy and Relationship

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Astrid Chirari (Anästhesiologie & Intensivmedizin, Wien)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Andreas Gruber (Neurochirurgie, Wien)
Johannes A. Hainfellner (Neuropathologie & Neurobiologie, Wien)
Thomas Sören Hoffmann (Philosophie, Hagen)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Reinhard Lenzhofer (Innere Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Marktl (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

IMABE • Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 als unabhängige wissenschaftliche Einrichtung in Wien gegründet, zeitgleich mit anderen wichtigen medizinethischen Instituten im deutschen Sprachraum. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz.

Von seiner Gründungsidee her arbeitet das Institut interdisziplinär, berufsübergreifend und fördert den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlich-humanistischen Menschenbildes.

Editorial	183	
Aus aktuellem Anlass	185	Brigitte Huber Zulassung fremdnütziger Forschung an nichteinwilligungsfähigen Personen – ein Zivilisationsbruch?
Schwerpunkt	189	Thomas Sören Hoffmann Zum Verhältnis von Autonomie, Selbstbestimmung und Willkürentscheidung
	199	Axel W. Bauer Der Autonomiebegriff im bioethischen Diskurs der 1990er Jahre
	213	Franz Josef Illhardt Einschränkung der Patientenautonomie und Zurechnungsfähigkeit
	223	Stefan Heuser Autonomie und asymmetrische Kommunikation in der Pflege
	235	Maria Kletečka-Pulker, Katharina Leitner Patientenverfügung vs. Vorsorgevollmacht – ein Erfahrungsbericht
Nachrichten	243	
Zeitschriftenspiegel	245	
Buchbesprechungen	247	
Imago Hominis	253	Jahresinhaltsverzeichnis des 23. Bandes (2016)

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4
eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des
Herausgebers.

Grundlegende Richtung: Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle
ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung
und Praxis behandelt werden.

Layout: Factor, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Feuchtnr

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH,
Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Feuchtnr

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand
Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,
Studentenabo € 20, Förderabo € 80
Abo-Service: Mag. Monika Feuchtnr

Bankverbindung:

UniCredit Bank Austria AG, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen
der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln.
Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die
einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen
Sachexperten begutachtet.

Redaktionsschluss: 24. November 2016

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des
Heftes.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die
gleichzeitige Verwendung männlicher und weib-
licher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Perso-
nenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

Autonom heißt aus philosophischer Perspektive, dass der Mensch die Fähigkeit hat, mit Hilfe des Verstandes und des freien Willens das Gute zu erkennen und auch das Recht hat, das Erkannte für sich zu wählen.

Vielfach wird Autonomie aber als reine Selbstgesetzgebung definiert, ohne auf das objektiv Gute zu reflektieren. Diese Abkoppelung der Autonomie vom objektiv Guten hat vielfach zu einer verfälschten Sicht des Selbstbestimmungsrechts geführt, das gerade in der Medizin negative Folgen zum Schaden der Patienten haben kann. Denn Autonomie ist nicht bloß Autonomie des Willens. Selbstbestimmung muss immer auch im Einklang mit der Vernunft stehen. Wenn nämlich der Sinn für die objektive Wirklichkeit verloren geht, wird der Patient unfähig, zwischen der Seriosität medizinisch wissenschaftlicher Standards und willkürlicher Scharlatanerie zu unterscheiden.

Heutzutage wird als oberstes Prinzip der Menschenwürde in erster Linie die Autonomie angesehen, ja Menschenwürde geradezu an Autonomie gekoppelt. Die Medizinethik ist zu einer ausschließlichen Autonomieethik geschrumpft. Das ist freilich eine unzulässige Verkürzung bzw. Einengung, denn diese Geisteshaltung übersieht den tiefsten sozialen Charakter der menschlichen Natur. Die Tatsache, dass die Menschen von Natur aus auf vielfältige Weise aufeinander angewiesen sind und füreinander Verantwortung tragen (was gerade bei der Sorge um kranke Menschen augenfällig wird), relativiert die Bedeutung der Autonomie als oberstes Kriterium der Menschenwürde. Hinzu kommt, dass das Verhältnis von Arzt und Patient asymmetrisch ist. Daraus ergeben sich oft höchst unterschiedliche Vorstellungen über konkrete Behandlungsstrategien. Darüber hinaus wird das Wohl des Patienten von seiner Familie und seinen Freunden aus einem anderen Blickwinkel gesehen als dies der Patient wahrnimmt. Ein kluger Patient wird daher seine eigenen Grenzen anerkennen und autonom eine Vertrauensperson in den Entscheidungsprozess einbeziehen. Vielfach sind die medizinischen Zusammenhänge so komplex, dass der medizinische Laie überfordert ist. In existentieller Not wie einer

schweren Krankheit, in denen Patienten besonders vulnerabel sind, zeigt sich auch mitunter eine Willensschwäche, die mit einer Entscheidungsschwäche verbunden ist. In allen diesen Fällen von eingeschränkter Autonomie muss eine Kompensation zum Wohl des Patienten erfolgen, die nicht alleine durch den Arzt, sondern nur gemeinsam mit dem Pflegepersonal und der Verwandtschaft geleistet werden kann, die Gespräche „führen“, in denen Informationen, aber auch Emotionen, Hoffnungen und Nöte so thematisiert werden, dass es zu einer guten Entscheidung kommt.

Ein überzogenes bzw. überspitztes Selbstbestimmungsrecht, kann beim Patienten einen erheblichen Schaden anrichten, beispielsweise wenn er eine offensichtlich hilfreiche Therapie aus irrationalen Gründen ablehnt oder eine sinnlose Therapie einfordert. Hier einen Ausweg zu finden, stellt nicht nur eine juristische, sondern vor allem auch eine große Herausforderung für das Vertrauensverhältnis von Arzt, Patient und dessen Angehörige dar.

Wenn man daher dem bis heute immer noch gültigen Prinzip des „*primum nil nocere*“ gerecht werden will, kann die optimale Entscheidung zum Wohl des Patienten nur in einem dialogischen Prozess gemeinsam ergründet werden.

Thomas Hoffmann (Fernuniversität Hagen) differenziert in seinem Beitrag die Begriffe Autonomie, Selbstbestimmung und Willkürentscheidungen und die damit verbundenen neuzeitlichen Missverständnissen aus philosophischer Perspektive. Axel W. Bauer (Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg) erläutert tragende Elemente des Autonomiebegriffs im bioethischen Diskurs der 1990er Jahre und stellt sie in ihren zeithistorischen Kontext. Franz Josef Illhardt (Universität Freiburg) geht in seinem Beitrag zur Einschränkung der Patientenautonomie und Zurechnungsfähigkeit von einem Fall der sog. Ethik-Beratung aus, der Autonomie als Basis für den *informed consent* hinterfragt und ausgehend von diesem Fall die Rhetorik der Autonomie beklagt. Stefan Hauser (Evangelische Hochschule Darmstadt) geht der Frage nach, was es heißt, unter den Bedingungen einer asymmetrischen Kommunikation in der Pflege die Selbstbestimmung des Patienten zu achten. Maria Kletečka-Pulker und Katharina Leitner berichten in ihrem Beitrag über eine Studie des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin (Universität Wien), die sich mit den Ursachen der geringen Inanspruchnahme von Patientenverfügungen (4,1 Prozent) und Vorsorgevollmachten (2 Prozent) in der Bevölkerung beschäftigt.

J. Bonelli

Brigitte Huber

Zulassung fremdnütziger Forschung an nichteinwilligungsfähigen Personen – ein Zivilisationsbruch?

Approval of Benefit-for-Others Research involving Patients unable to give Consent - a Collapse of Civilization?

Der Deutsche Bundestag hat am 11. November 2016 in namentlicher Abstimmung der Abgeordneten (ohne Fraktionszwang) eine Änderung des geltenden Arzneimittelgesetzes beschlossen, deren Tragweite für das Schutzniveau besonders vulnerabler Personengruppen nicht unerheblich ist. Das Datum des Inkrafttretens steht noch nicht fest.

Worum geht es? Laut EU-Verordnung Nr. 536/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. April 2016 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG sollen die Anforderungen an klinische Studien innerhalb der Mitgliedstaaten harmonisiert werden. Ziel ist es, die „Regeln für die Genehmigung, Durchführung und Überwachung von klinischen Prüfungen nun europaweit verbindlich vorzugeben“.¹ Für die Umsetzung in deutsches Recht waren dazu einige Anpassungen des deutschen Arzneimittelgesetzes notwendig.

Die beschlossenen Gesetzesänderungen² ermöglichen in Zukunft die Teilnahme an gruppennütziger Forschung insbesondere von volljährigen Menschen mit neurodegenerativen Erkrankungen (gemeint sind vor allem Menschen mit demenziellen Erkrankungen). Von einer gruppennützigen Forschung wird dann gesprochen, wenn die klinische Prüfung keinen unmittelbaren Nutzen für den einzelnen Probanden bringt, sondern nur ein Nutzen für Dritte, also in diesem Fall der Gruppe derjenigen erhofft, bei denen das gleiche Krankheitsbild vorliegt. Bisher ist in Deutschland die klinische Forschung an nichteinwilligungsfähigen Personen, also Demenzkranken oder anderen Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen, nur dann erlaubt, wenn zu erwarten ist,

dass die Probanden selbst unmittelbar einen (potentiellen) Nutzen davon haben werden.

Voraussetzungen zur Anwendung der neuen Regelung sind:

1. Die betroffenen Personen müssen noch im Zustand der Einwilligungsfähigkeit eine entsprechende schriftliche Verfügung abgefasst haben.
2. Sie müssen von einem Arzt über Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt werden, besonders über Wesen, Ziele, Nutzen, Folgen, Risiken und Nachteile des Forschungsvorhabens.
3. Wenn sie zu einem (noch nicht bekannten) späteren Zeitpunkt als nicht (mehr) einwilligungsfähige Probanden in eine gruppennützige klinische Prüfung einbezogen werden sollen, muss der Betreuer bzw. Bevollmächtigte prüfen, ob die Festlegungen auf die aktuelle Situation zutreffen (ähnlich wie bei der Patientenverfügung nach §1901a BGB) und nach Aufklärung über Zweck und Umfang ausdrücklich einwilligen, ebenso in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzen von personenbezogenen Daten.
4. Der Proband darf nur minimalen Risiken und Belastungen ausgesetzt werden. Er hat jedoch die Möglichkeit, in der aktuellen Situation verbal oder nonverbal abzulehnen.
5. Eine Ethikkommission sowie die Bundesoberbehörde müssen jeden Antrag einzeln prüfen.

Zunächst scheint das Schutzniveau ausreichend zu sein, denn das Gesetz respektiert das Recht auf Selbstbestimmung auch über die Schwelle der Einwilligungsfähigkeit hinaus. Viele Fragen bleiben jedoch unbeantwortet:

Zum einen ist völlig unklar, wie eine solche Aufklärung erfolgen soll. Das Studiendesign kann zum Zeitpunkt der Abfassung der Verfügung noch

gar nicht bekannt sein. Freiwillige aktuelle und informierte Einwilligung in klinische Studien, ob fremd-, gruppen- oder eigennützig, setzt voraus, dass der Proband zuvor über Inhalt, aktuelle Ziele, Nutzen und Risiken genauestens aufgeklärt wird und jederzeit widerrufen und abbrechen kann. Einwilligungsfähigkeit ist nicht gleichzusetzen mit Verstehensfähigkeit.³ Kritiker stellen auch in Frage, wie sich Ziele und Risiken hochkomplexer Medikamententests lange (unter Umständen Jahre) im Voraus erahnen und exakt beschreiben lassen sollen. Im Gesetzentwurf findet sich kein Hinweis auf Bedarf und Notwendigkeit für gruppennützige klinische Prüfungen an der genannten Personengruppe. Interessant ist, dass offenbar die forschende Pharmaindustrie weder Bedarf noch eine Notwendigkeit für eine solche Forschung sieht, weil die Ziele auch mit noch einwilligungsfähigen Probanden zu erreichen sind. Selbst die Deutsche Alzheimer Gesellschaft sieht keinen konkreten Forschungsbedarf.⁴ Noch im Jahr 2013 hat der Bundestag einstimmig gefordert, das Schutzniveau für nichteinwilligungsfähige Erwachsene in Bezug auf gruppennützige Forschung zu erhalten (Bundestag Drucksache 17/12183).

Aufklärung kann ein zahnloser Tiger, Patienten können grundsätzlich manipulierbar sein. Ein heute gesunder Mensch willigt für einen potentiellen zukünftigen Zeitpunkt, da er selbst sich an nichts Wesentliches mehr erinnern kann, in eine klinische Studie ein, die ihm selbst nichts nützen wird, obwohl er krankheitsbedingt eine veränderte Persönlichkeit geworden ist mit möglicherweise ganz anderen Wünschen und Wertvorstellungen als noch in „gesunden Tagen“.

Wer Erfahrung mit Menschen mit schwerer Demenz hat, wird Zweifel haben an einer rein altruistischen Einstellung. Das Wohl anderer oder das Gemeinwohl im Blick zu haben – und dafür geringe Risiken und Belastungen in Kauf zu nehmen – setzt kognitive Fähigkeiten voraus, die dann krankheitsbedingt verloren gegangen sind. Eine altruistische Grundhaltung mag vorhanden sein, aber es muss da-

für Indizien geben.⁵ Diese Menschen sind schwer beeinträchtigt und besonders schutzbedürftig. Scham und irrationale Ängste kommen oft hinzu; außer der sprachlichen Kommunikation kann auch die Fähigkeit zur nonverbalen Kommunikation abhanden gekommen sein. Die Begriffe „minimales Risiko“ und „minimale Belastung“ sind interpretierbar. Eine Untersuchung kann mit einem minimalen Risiko verbunden sein, aber die Durchführung für die betroffene Person eine mehr als minimale Belastung darstellen. Mediziner tendieren auch dazu, Risiken geringer einzuschätzen als betroffene Patienten.⁶

Nach dem Betreuungsrecht darf der Betreuer bzw. Bevollmächtigte nur in Eingriffe oder Maßnahmen an seinem Betreuten einwilligen, die zu dessen Wohl geschehen. Gruppen- oder fremdnützige Forschung fallen nicht darunter. Betreuer haben oft nicht eine spezifische Aus- oder Fortbildung erfahren, und es besteht das Risiko, dass auch sie nicht in der Lage sind, die ethische Brisanz einer solchen stellvertretenden Einwilligung zu erkennen und beeinflussbar sind.

Zur Unterscheidung zwischen gruppen- und fremdnütziger Forschung: Es wird suggeriert, gruppennützige Forschung sei ein Akt der Solidarität (oder gar der Nächstenliebe) und daher ein Zeichen hoher Gesinnung, während fremdnützige Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen als verwerflich gilt. *„Nichteinwilligungsfähige dürfen in Deutschland nicht an fremdnützigen Studien teilnehmen. Das soll auch in Zukunft so bleiben“*, sagte ein Abgeordneter im Deutschen Bundestag am Tag der 2. Lesung.⁷ Doch der Betroffene ist Subjekt und dürfte sich kaum als Teil einer bestimmten Gruppe fühlen, also handelt es sich für ihn immer um fremdnützige Forschung. Wer das Denken verändern will, der muss die Sprache verändern. Durch die ständige Wiederholung der „Gruppennützigkeit“ wird der fremde Nutzen verschleiert.

Wer hat also ein Interesse? Die neue EU-Verordnung, die den Spielraum zur Forschung an nichteinwilligungsfähigen Personen erheblich ausgeweitet hat, lässt den Mitgliedstaaten ihren nationalen

Gestaltungsraum, strengere Regelung zu treffen, durchaus zu. Eine Absenkung der ethischen Standards in Deutschland wäre nicht zwingend notwendig gewesen. Gerade aufgrund seiner Geschichte hat Deutschland eine besondere Verantwortung auf dem Gebiet von Medizin und Forschung. Der Änderungsantrag einiger Parlamentarier, wonach klinische Prüfungen an nichteinwilligungsfähigen Personen nur zugelassen werden sollten, „wenn wissenschaftliche Gründe vorliegen, die erwarten lassen, dass die Teilnahme an der klinischen Prüfung einen direkten Nutzen für die betroffene Person zur Folge hat, der die Risiken und Belastungen einer Teilnahme an der klinischen Prüfung überwiegt“, wurde nicht angenommen.⁸

Es gehört zu unserer Zivilisation, dass die schwächeren Glieder der Gesellschaft zu schützen sind. Es ist zu befürchten, dass diese Gesetzesänderung ein Schritt zu einer Verengung der Autonomie am Lebensende führen und ein Türöffner für weitere nichteigennützige Forschung werden könnte – ein Zivilisationsbruch in den Augen vieler Menschen.

Referenzen

- 1 Pressemitteilung Nr. 11 des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, 9.3.2016
- 2 Gesetzentwurf der Bundesregierung Drucksache 18/8034 vom 6.4.2016: Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, sowie Änderungsantrag Nüßlein, Lauterbach et al. Drucksache 18/10235 vom 8.11.2016 und Änderungsantrag Hubert Hüppe Drucksache 18/10236 vom 8.11.2016.
- 3 Hier zeigt sich u. U. ein mögliches Missverständnis zwischen Forscher und Proband: jeder verfolgt je eigene Interessen.
- 4 Stellungnahme DALZG 18.10.2016; weitere Belege: 1. Bundesverband der Berufsbetreuer/innen in seiner Stellungnahme vom Juni 2016, S. 2, zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Drs. 18/8034; 2. Stellungnahme Prof. Dr. med. Martin Hildebrandt, TU München, Fakultät für Medizin, TUMCells Interdisziplinäres Zentrum für zelluläre Therapien, zum Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, BT-Drs. 18/8034 Gesetzentwurf der Bundesregierung, 3.5.2016, S. 4; 3. Bioethix.de Fachblog zu Medizin und Ethik, *Fremdnützige Forschung an Einwilligungsunfähigen nicht erlauben*, 2.6.2016, <http://bioethix.de/fremdnuetzige-forschung-an-einwilligungsunfaehigen-nicht-erlauben> (letzter Zugriff am 25.11.2016), darin Punkt 1: Kein Bedarf gruppennütziger Forschung; 4. Kathrin Vogler, MdB, Protokoll der 198. Sitzung des Deutschen Bundestages am 9.11.2016, S. 19700, Sp. 2
- 5 Maio G., *Ethik der Forschung am Menschen. Zur Begründung der Moral in ihrer historischen Bedingtheit*, Stuttgart (2002), S. 157
- 6 Eine Darmspiegelung kann für einen Patienten eine erhebliche Belastung darstellen. MRT- oder PET-Untersuchungen sind ein geringes Risiko, können aber vom Individuum als extrem belastend empfunden werden.
- 7 Georg Nüßlein, Protokoll der 198. Sitzung 9.11.2016, S. 19698, Sp. 1
- 8 Änderungsantrag der Abgeordneten Uwe Schummer, Ulla Schmidt, Kathrin Vogler, Kordula Schulz-Asche et al., Drucksache 18/10233 vom 8.11.2016.

Weiterführende Literatur

- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, *Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*, Berlin (2011)
- Hassemer W., „Selbstbestimmung – noch zeitgemäß?“ Münchner Kompetenzzentrum Ethik LMU Heft 1 (2006)
- Jonas H., *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, suhrkamp taschenbuch, Frankfurt am Main (1979)
- Maio G., *Medizin in einer Gesellschaft, die kein Schicksal duldet. Eine Kritik des Machbarkeitsdenkens der modernen Medizin*, in: Zeitschrift für medizinische Ethik (2011); 57: 79-97
- Maio G. (Hrsg.), *Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit*, Freiburg, Basel, Wien, 2. Aufl. (2013)
- Stolze C., *Verdacht Demenz – Fehldiagnosen verhindern, Ursachen klären und wieder gesund werden*, Herder, Freiburg (2016)
- Wetzstein V. (Hrsg.), *Ertrunken im Meer des Vergessens? Alzheimer-Demenz im Spiegel von Ethik, Medizin und Pflege*, Freiburg i.B. (2005)

Mag. theol. Brigitte Huber
 Ökumenischer Arbeitskreis Ethik und Menschenrechte
 Eversbuschstr. 46 a, D-80999 München
 brigitte.k.huber@gmx.de

Thomas Sören Hoffmann

Zum Verhältnis von Autonomie, Selbst- bestimmung und Willkürentscheidung

On the Relation of Autonomy, Self-Determination and Arbitrariness

Zusammenfassung

„Autonomie“ ist ein Grundbegriff der neuzeitlichen, auf Freiheitsverwirklichung ausgerichteten Ethik und spielt auch in der Bioethik eine nicht geringe Rolle. Missverständnisse entstehen dabei, wenn der Grundsinn von Autonomie als material vernünftiger Selbstgesetzgebung im Handeln gegen eine Fokussierung formaler Selbstbestimmung getauscht oder gar mit bloßer Willkürentscheidung verwechselt wird. Der Beitrag arbeitet in Bezug auf Kant, aber auch die neueren Debatten die hier zu treffenden Unterscheidungen heraus. Dazu werden vor allem Beispiele aus der Medizinethik herangezogen, wobei auch die Frage des Verhältnisses von Autonomie und Fürsorge angesprochen wird.

Schlüsselwörter: Autonomie, Selbstbestimmung, Vernunft, Fürsorge, Patientenverfügung

Abstract

“Autonomy” is one of the keywords of modern ethics and its orientation on the realisation of freedom obviously also has relevance to bioethics. Nevertheless misunderstandings appear as soon as the original sense of “autonomy” as the rational self-legislation of human action is confounded with mere formal self-determination or even mere arbitrariness. This paper deals with these distinctions with special regard to Kant, but also refers to recent debates. For this purpose, it uses examples from medical ethics and discusses the relationship between autonomy and care.

Keywords: autonomy, self-determination, reason, care, advance directive

Univ.-Prof. Dr. Thomas Sören Hoffmann
Institut für Philosophie der
Fernuniversität in Hagen
Universitätsstr. 33, D-58084 Hagen
thomas.hoffmann@fernuni-hagen.de

„Autonomie“ ist ohne Zweifel eines der großen Grundworte einer dezidiert neuzeitlichen Ethik.¹ Das gilt vor allem insofern, als sich in diesem Grundwort der *Freiheitsanspruch* der Neuzeit auf den Begriff gebracht hat. Die neuzeitliche Ethik denkt entschieden nicht mehr – wie Platon – von einem universalen Guten, nicht mehr – wie Aristoteles – von einem vorausgesetzten Ethos her, in dem ein vitales Orientierungswissen über in sich gerechtfertigte Strebensziele bereits enthalten ist. Sie nimmt ihr Maß auch nicht – wie das Naturrecht – an einem metaphysisch verankerten „ordo universalis“ oder an einem Vollkommenheitsideal, auf das hin sie unser Handeln ausrichten möchte. Gegenüber allen die Ethik extern bestimmenden Größen wie den genannten will die neuzeitliche Ethik eine *Ethik der Freiheitsverwirklichung* sein. „Autonom“ ist ein Subjekt, das sich alleine von dieser Ethik her bestimmt weiß. Das heißt zwar keineswegs, dass jetzt einfach „alles erlaubt“ sei. Aber es heißt, dass das Kriterium des Erlaubten und des Unerlaubten etwas mit der Unterscheidung zwischen dem Freiheitsförderlichen und Freiheitsverhindernden, zwischen dem, was das Freisein intensiviert und dem, was es unterläuft, zu tun hat.

Unter diesen allgemeinen Prämissen überrascht es nicht, dass sich ein „Autonomieprinzip“ auch in der Medizin- und Bioethik als maßgebliche Orientierungsgröße wiederfindet.² Immerhin kann man sogar die Entstehung und Institutionalisierung der Bioethik in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts im Zeichen des Autonomiebegriffs lesen: Ging es hier doch darum, „heteronome“ Verhältnisse, sei es im Sinne eines medizinischen Paternalismus, sei es im Sinne eines blinden Szientismus und einer daraus abgeleiteten rein utilitaristischen Praxis im Umgang mit Menschen, aufzubrechen und sowohl den Anspruch des Individuums, in eigener Sache gehört zu werden, wie den Anspruch universeller und unabwägbarer Normen sich in der Praxis spiegeln zu lassen.³ Es sind im einzelnen dann keineswegs marginale Kontroversen, in denen das Autonomieprinzip besonders markant

in Anspruch genommen wird – Kontroversen wie die um die fremdnützige Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen oder die Reichweite von Patientenverfügungen, um medizinische Interventionen beim nicht entscheidungsfähigen Individuum am Lebensanfang und Lebensende, um die Patentierung, die Kommerzialisierung oder das Screening menschlichen Erbguts und anderes mehr.⁴ In Erinnerung gerufen sei außerdem, dass in der Debatte um das Klonen von Menschen immer wieder darauf hingewiesen worden ist, dass die Neuerschaffung eines menschlichen Individuums als Replik einer bereits existierenden Person insofern die Autonomie des so geschaffenen Individuums berührt, als sich ein solches Individuum bis hinab in sein biotisches Substrat als intentional fremdbestimmt wissen muss.⁵

Freilich sieht sich das Autonomieprinzip gerade in seiner medizin- und bioethischen Anwendung auch einer Reihe von Rückfragen oder Einwänden ausgesetzt. Als besonders einschlägig lassen sich mindestens vier solcher Rückfragen identifizieren:

1. Die erste dieser Rückfragen kann man als „kulturrelativistisch“ bezeichnen. Sie zieht in Zweifel, dass „Autonomie“ tatsächlich ein kulturübergreifend verbindliches, also ein universelles bioethisches Prinzip sein könne. In diesem Sinne ist zum Beispiel wiederholt versucht worden, dem westlichen „individualistischen“ Autonomiekonzept ein kollektivistisches, „familienbestimmtes“ Gegenmodell entgegenzusetzen.⁶ Es mag dann zwar sein, so heißt es, dass für den „Westen“ die Forderung nach einer individuellen „informierten Zustimmung“ zu medizinischen Maßnahmen passt; in Ostasien zum Beispiel kann deshalb immer noch der „Familienkonsens“ die entscheidende, die individuelle Zustimmung die zu vernachlässigende Größe sein.
2. Eine zweite Rückfrage ergibt sich aus der Tatsache, dass die Bioethik sich in ihrer Vor- und Entstehungsgeschichte keineswegs *alleine* auf

die „Autonomietradition“ stützt. In der Bioethik hat es vielmehr immer auch eine Tradition gegeben, die mit dem Begriff „Bioethik“ programmatisch gerade das Abrücken von einem „anthropozentrischen“ Standpunkt verband. Man kann für diese alternative Tradition auf Albert Schweitzer zurückgehen, aber natürlich auch andere prominente Autoren wie Van Rensselaer Potter oder Hans Jonas heranziehen, von anderen, z. B. den sogenannten „tiefenökologischen“ Ansätzen ganz zu schweigen. Die Frage, die sich hier ergibt, lautet: Liegt in der Konzentration auf die Autonomie nicht gerade der Kern jener „Anthropozentrik“, die man im Blick auf die Tatsache, dass der Mensch nicht für sich steht, sondern Teil eines umfassenden Ganzen des Lebens und des Lebendigen ist, überwinden sollte? Ist der Anspruch der Freiheit, der sich im Begriff der „Autonomie“ meldet, nicht am Anspruch des Lebens zumindest zu relativieren?⁷

3. Sodann gibt es eine dritte, nicht eben unwichtige Frage, die sich gerade auch für die „Standardbioethik“ stellt – die Frage nämlich, ob der Begriff der „Autonomie“ hier in der Tat in einem hinreichend klar bestimmten Sinne gebraucht wird. Neuere, vor allem anglophone Autoren meinen mit „Autonomie / autonomy“ ja vielfach nichts anderes als den, wie man dann gerne sagt, „Wert“ personaler „Selbstbestimmung“, wobei im übrigen ganz ungeklärt bleiben mag, was diesen „Wert“ eigentlich begründet und wie er sich zu anderen „Werten“, aber auch zu echten deontologischen Normen (z. B. zu unbedingt geltenden eigenen Pflichten, aber auch zu unabdingbaren Rechten Dritter) verhalten soll.⁸ Es wird an dieser Stelle deutlich, dass sich im Bioethikdiskurs unserer Tage der Begriff „Autonomie“ sehr weitgehend von der grundlegenden Definition abgelöst hat, die er für die philosophische Ethik bei Immanuel Kant – seinem eigentlichen Schöpfer –, gefunden hat. In der Tat konkurrieren im

Sprachgebrauch auch der Medizin- und Bioethiker heute zwei Konzepte, von denen nur eines – das an Kant orientierte – tatsächlich den Namen „Autonomie“ verdient, während das andere auf eine abstrakte „Selbstbestimmung“ ohne weitere formale oder inhaltliche Anforderung hinauskommt und im Extremfall dann auch mit einer regellosen Willkürfreiheit zusammenfallen kann.

4. Eine vierte Rückfrage schließlich macht darauf aufmerksam, dass es auch innerhalb einer normativ auf den Autonomiebegriff begründeten Medizin- und Bioethik insoweit zu Schwierigkeiten kommen mag, als es gerade die Medizin nicht mit dem rundherum selbstbestimmten, vielmehr mit dem bedürftigen, auf Fürsorge angewiesenen Menschen zu tun hat.⁹ Es wäre also zu klären, wie sich denn Autonomie und Fürsorge zueinander verhalten: Bilden sie einen Gegensatz oder sind beide auch aufeinander beziehbar?

Wir werden hier mit der dritten Frage beginnen und von ihrer Klärung her auch Licht auf die anderen Fragen zu werfen versuchen. Wir fangen dazu, wie es kaum anders sein kann, mit einem Blick auf Kant an.

I. Autonomie bei Kant vs. Selbstbestimmung im Sinne formaler Freiheit

Der eigentliche „Prägemeister“ des Autonomiebegriffs, wie ihn die neuzeitliche Ethik kennt, ist, wie bereits erwähnt, Immanuel Kant.¹⁰ Wie Ernst Feil in einer nach wie vor einschlägigen begriffsgeschichtlichen Studie gezeigt hat, ist „Autonomie“ vor Kant ein Begriff aus der politischen Sphäre und der politischen Philosophie; noch Christian Wolff etwa kennt „autonomia“ nur im Sinne von politischer Selbstbestimmung eines Gemeinwesens – übrigens eines Gemeinwesens, das seine Selbstbestimmung „im Rahmen eines übergeordneten Machtbereichs“ ausübt, sodass „Autonomie“ nicht ohne weiteres auch politische „Souveränität“ bedeutet.¹¹ Erst bei Kants Zeitgenossen Johann Ste-

phan Pütter (1725 – 1807), einem Göttinger Juristen, bezeichnet „Autonomie“ dann auch die Kompetenz „freier Personen“, ihre „Geschäfte und Rechtsverhältnisse nach selbsterwählten Richtschnuren einzurichten“.¹² Wenn man so will, ist diese neue Verwendungsoption des ursprünglich staatsrechtlichen Ausdrucks von Kant aufgegriffen, universalisiert und über den Kreis der politisch Freien, vor allem also den Kreis der Adligen, auf alle moralischen Subjekte oder Freiheitswesen hin erweitert worden. Wir wollen dabei keineswegs übersehen, dass auch bei Kant im Moment der *Gesetzgeberschaft*, ohne die es „Autonomie“ nicht gibt, das alte „politische“ Motiv noch anklingt. Dennoch ist neu, dass es jetzt um eine vernünftige Selbstgesetzgebung des Vernunftwesens geht. Das Autonomieprinzip adressiert auf der einen Seite den einzelnen, stellt an dessen Praxis aber zugleich auch die qualitative Anforderung intrinsischer Rationalität – womit Kant, anders als viele Vertreter der aktuellen Standard-Bioethik, einen „starken“ Autonomiebegriff vertritt, der sich signifikant von (möglicherweise reflektierter) Selbstbestimmung und noch mehr von bloßer Willkürfreiheit unterscheidet.

Wir machen uns dies etwa im Ausgang von dem verbreiteten Handbuch zur Bioethik, dem „Georgetown-Exportschlager“ *Principles of Biomedical Ethics* von Beauchamp und Childress klar.¹³ Beauchamp und Childress verzichten bewusst auf eine philosophisch umfassend reflektierte Einführung des Sinns von „Autonomie“ und schließen statt dessen im Kern bei der Alltagsintuition an, dass der Wille des einzelnen besonders in den ihn selbst betreffenden Dingen in jedem Fall zu berücksichtigen ist. Bei Kant dagegen ist „Autonomie“ nicht einfach schon mit jeder beliebigen Willensäußerung identisch, die ihrem Inhalt nach ja ganz kontingent und trotz aller formalen Freiheit durchaus irrational, insoweit aber – zum Beispiel durch sinnliche Neigung – fremdbestimmt sein kann.¹⁴ Wirkliche „Autonomie“ gibt es vielmehr nur dort, wo mehr als eine nur formell begründete oder gar punktuelle Deziision, vielmehr eine „Gesetzgebung“,

das heißt eine Selbstbesinnung der Vernunft auf das in sich Allgemeinheitsfähige, vorliegt. Eine im Kantischen Sinne autonome Entscheidung ist kraft ihres Ursprungs aus rationaler Gesetzgebung dann auch eine *transparente* Entscheidung, während dem Deziisionismus einer bloß formalen Selbstbestimmung immer die Opakheit eines bloß partikulären Wollens anhaftet. Die im Kantischen Sinne autonome Subjektivität ist so immer vernünftige Subjektivität, bzw. sie ist überhaupt die *Einsetzung der Vernunft als solcher als Subjekt des Handelns*. Zusammenfassend kann man hier sagen, dass es in einer im Kantischen Sinne autonomen Entscheidung immer um *rationale Selbsterhaltung* der Ratio, der Vernunft, geht, während heteronome Entscheidungen zwangsläufig solche sind, in denen es dem empirischen Subjekt um irgend etwas *anderes* als die Vernunft (und damit seine „Natur“) geht. Um bei einem bekannten Kantischen Beispiel von zugleich medizinethischer Bedeutung anzuschließen: Während jede Bejahung des Selbstmords nach Kant nur heteronom motiviert sein kann (z. B. von einer Nutzenerwartung oder einer Leidvermeidungsabsicht her), ist der Verzicht auf die „Selbstentleibung“ unter allen Umständen eine tatsächlich autonome, weil rein aus Vernunft motivierte Entscheidung: nur sie folgt dem Gesetz der Selbsterhaltung der Vernunft auch in ihrem Repräsentanten, dem selbst gesetzgebenden Vernunftwesen.¹⁵ Wir halten fest: Autonomie ist ein Konzept der rationalen Selbsterhaltung der Freiheit in freier, d. h. nur durch sich bestimmter Selbstbehauptung der Vernunft.

Kants Autonomiebegriff unterscheidet sich dann näher durch seine strikt *reflexive* Grundstruktur von einem verbreiteten Selbstbestimmungsmodell, das bei einem zweistufigen Freiheitsbegriff ansetzt. Wenn Gerald Dworkin¹⁶ etwa unter „Autonomie“ die Fähigkeit versteht, auf einer „zweiten Stufe“ zu den Präferenzen, Begierden, Wünschen usw. einer „ersten Stufe“ kritisch Stellung zu nehmen und sie von höherrangigen Wünschen, Werten usw. her *entweder* zu *akzeptieren* oder aber zu *ändern*,

zeigt sich die Differenz zu Kant schon darin, dass hier zunächst kein universelles Kriterium der Höherrangigkeit der Präferenzen zweiter Stufe genannt werden kann und dazu alleine auf das Vermögen der kritischen Distanznahme gegen die unmittelbaren Willensinhalte als solches abgestellt wird. Wenn aber für „Autonomie“ das bloße Vorliegen einer Zweistufigkeit in der Willensbildung zureichen würde, müssten daraus paradoxe Situationen entstehen; so etwa die Situation, dass jemand, der einen Wunsch erster Stufe verspürt, autonom zu sein, gerade durch eine kritisch-distanzierende Reflexion zweiter Stufe, die ergibt, dass es besser sein könnte, nicht autonom zu sein, seine Autonomie „bestätigt“. In Kants anspruchsvollem Autonomiekonzept geht es dagegen nicht darum, über eine Ebene primärer Volitionen eine zweite, der Reflexion verdankte weitere Ebene zu legen; ein solches Verständnis griffe trotz einer Strukturanalogie zur Zweistufigkeit des Prüfverfahrens des kategorischen Imperativs entschieden zu kurz. Bei Kant geht es nicht um die Stellungnahme zu Volitionen der ersten Stufe als solche, sondern darum, die Volitionen erster Stufe zu Funktionen eines rationalen Selbstverhältnisses zu verwandeln, das nicht einfach „über“ diesen Volitionen schwebt, sondern zuletzt in ihrem Vollzug – Kantisch: als der *gute Wille* – lebendig ist. In Kürze also: Autonomie in dem zugleich anspruchsvollen wie prägnanten Sinn, den Kant diesem Begriff gegeben hat, besteht in nichts anderem als dem *materialiter guten Willen*, in dessen reinem Vollzug sie auch alleine in Existenz tritt. Mit dem Stichwort „Autonomie“ ist nach Kant insofern ein Selektionskriterium genannt, mit dessen Hilfe Handlungen überhaupt noch einmal *qualitativ* unterschieden werden können. Wenn wir das, was Dworkin im Auge hat, mit dem deutschen Wort „Selbstbestimmung“ abdecken können (sofern wir nämlich damit ein sich überhaupt selbst reflektierendes und von äußerer Nötigung absetzendes Wollen meinen), kommt in der „Autonomie“ noch das Motiv der Selbsterhaltung von Vernunft und Freiheit im Sinne einer vernünftigen Selbstgesetzgebung hinzu – „selbstbestimmt“ kann das kalku-

lierende Handeln des Utilitaristen sein, der sich eine Fülle unmittelbarer Wünsche verbietet, „autonom“ ist dagegen alleine die vernünftige Willensbestimmung im Sinne einer nicht den Nutzen, sondern sich selbst affirmierenden Freiheit. „Selbstbestimmung“ setzt dabei Willkürfreiheit voraus, in die sie auch übergehen kann, wenn sie als nur unmittelbare Selbstbestimmung auftritt.

Illustrieren wir uns die Notwendigkeit zur Differenzierung hier am Beispiel des Problems der Patientenverfügung, deren bindende Wirkung ja durchaus strittig sein kann! Patientenverfügungen sollen ja die Selbstbestimmung des Individuums auch für Situationen sicherstellen, in denen es zu einer aktuellen Selbstbestimmung womöglich nicht mehr selbst in der Lage ist. Eine der hier entstehenden Aporien hat bereits damit zu tun, dass sich die Prämissen, unter denen eine bestimmte Verfügung getroffen wurde, leicht verschieben können – etwa durch die Entwicklung neuer Therapieformen –, eine andere darin, dass sich in der konkreten Lage die betreffende Person selbst ganz anders verhält, als es der Verfügung entspricht, so dass hier ein vorausverfüger mit einem „natürlichen“ Willen in Konflikt gerät. Was soll in diesem Zusammenhang bindend sein? Der seinerzeit bei vollem Bewusstsein, jedoch aus der Distanz zur wirklichen Situation artikulierte Wille? Oder der jetzt manifeste, wenn auch nicht wirklich voll bewusste „natürliche Wille“, den jedermann wahrnehmen kann? Aporien dieser Art sind auf der Basis eines rein formalen Autonomie- bzw. Selbstbestimmungsbegriffs in jedem Fall unlösbar, und Lösungsversuche, wie sie z. B. Ronald Dworkin vorgetragen hat, der auf eine Unterscheidung zwischen überlegten, längerfristigen „critical interests“ und nur punktuellen „experiential interests“ rekurren möchte, um z. B. der Willensverfügung in einer Patientenverfügung ihren Vorrang vor einer anderslautenden Willensregung zu einem späteren Zeitpunkt zu sichern,¹⁷ scheitern nicht nur daran, dass sie zu reichlich konstraintuitiven Lösungen führen: so im Falle des Margo-Beispiels bei Dworkin, das

die Vorausverfügung einer vormals „kompetenten“ Patientin gegen die evidente Lebensfreude während ihrer eigenen Demenz in Stellung bringt und daraus die Verpflichtung Dritter auf Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen ableiten will. Wir haben es hier mit dem Fall zu tun, dass eine allenfalls formal selbstbestimmte, aber nicht autonome Willensäußerung gleichwohl Gesetzeskraft, d. h. eine Allgemeinverbindlichkeit für Dritte wie auch für den Betreffenden selbst zu einem anderen Zeitpunkt erlangen soll. Nach Kants Begriff einer inhaltlich bestimmten Autonomie jedenfalls kann es nur als widersinnig gelten, beliebigen Inhalten – zum Beispiel dem Wunsch, im Falle des Eintretens einer bestimmten Krankheit euthanasiert zu werden – Gesetzeskraft zu verleihen. Die erste Anforderung an Patientenverfügungen, die ja für Dritte bindend sein sollen, wäre insofern, dass sie einer inhaltlichen Prüfung zugänglich sein müssen. Man wird es dabei zum Beispiel niemandem verwehren dürfen, bestimmte Therapieformen, bei denen der Erfolg ungewiss und die Nebenwirkungen erheblich sind, für sich auch in einer Patientenverfügung abzulehnen. Man wird jedoch inhaltlich problematische Verfügungen genauso verwerfen können müssen wie inhaltlich unsittliche, d. h. Verfügungen, die mit Aspekten der inhaltlich bestimmten Autonomie kollidieren. Entsprechend kann demjenigen, der eine demente Patientin unter Verweis auf eine zehn Jahre alte Patientenverfügung trotz ihres erkennbaren Wunsches nach Nahrungsaufnahme einfach verhungern lässt, nur bescheinigt werden, dass seine Achtung vor bürokratischen Akten offenbar eindeutig größer ist als die vor dem Sittengesetz.

II. Autonomie, das kulturellrelativistische Argument und die Fürsorge

Wir kommen damit zunächst zu der ersten oben gestellten Anfrage an das Autonomieprinzip, zu der Frage, inwieweit „Autonomie“ nicht doch nur „kulturellrelativ“ zu verstehen, von „anderen Kulturen“ also in gewisser Weise doch auch

immer schon „widerlegt“ sei. Ein Teil der Antwort ergibt sich dabei bereits aus der prinzipiellen Unmöglichkeit, aus der genetischen Beschreibung von kulturell-historischen Entstehungsbedingungen praktischer Prinzipien etwas über deren Geltung abzuleiten. So wenig aus der Tatsache, dass die Newtonsche Physik so, wie sie zu Papier gebracht wurde, wohl tatsächlich nur in der frühen Neuzeit formuliert werden konnte und diese Formulierung faktisch auf den britischen Inseln erfolgte, geschlossen werden kann, dass Newtons Axiome nur in der Neuzeit und Großbritannien Geltung haben, so wenig entscheidet die Genese praktischer Einsichten etwas über deren zeitliche und räumliche Geltung und Reichweite: Menschenwürde und das Verbot der Tötung Unschuldiger, das Prinzip der Gleichheit vor dem Gesetz oder der kategorische Imperativ – nichts dieser Art ist alleine dadurch schon, dass das Bewusstsein von seiner Verbindlichkeit nicht immer und überall gleich entwickelt war, in seiner universellen Normativität eingeschränkt.

Dies vorausgesetzt, können wir dann auch sagen, dass auch das Prinzip „Autonomie“ als von vornherein „kulturtranszendierend“ aufgefasst werden muss. Denn der Begriff der Autonomie besteht ja gerade darin, eine wie auch immer gegebene äußere (heteronome) Bestimmtheit als schon zureichenden Legitimationsgrund für ethische Maximen auszuschließen. Kant war entsprechend der Überzeugung, dass erst mit seiner, der kritischen, auf das Autonomieprinzip gebauten Ethik die Ethik hat Wissenschaft werden können; erst jetzt war es möglich, in der Ethik strikt allgemeine, objektive und notwendige Prinzipien aufzustellen, die als reine Sollensprinzipien durch keine empirischen Eigenschaften mehr relativiert sein konnten, zugleich aber bei jeder gegebenen Form der Sittlichkeit (kritisch) anschließen konnte.¹⁸

Wie aber steht es mit dem Versuch, das Autonomieprinzip dadurch zu relativieren, dass man es als in der Bioethik selbst nicht konkurrenzlos und außerdem als erst auf das Fürsorgeprinzip zu be-

ziehen hinstellt? In der Tat ist die Bioethik heute eine vielgesichtige, für manche auch wesentlich schillernde Disziplin; wir haben oben bereits zwei Hauptorientierungen unterschieden. Die Frage, die sich hier stellte, war: Gibt es nicht gute Gründe dafür, die „autonomieorientierte“ Bioethik zumindest an ihrem Gegenmodell, dem Modell einer umfassend auf die immanente Ethizität des Lebens gerichteten Bioethik, zu relativieren? Einer dieser Gründe könnte dabei gerade sein, dass uns die Bioethik die Augen dafür geöffnet hat, dass wir eben nicht nur abstrakte Subjekte sind, die „leiblos“ über diese Erde wandeln und sich mit der „Logik“ eines autonomen Handelns befassen; sie hat uns daran erinnert, dass wir Lebewesen sind und deshalb unsererseits immer in einem *Lebenszusammenhang* stehen, der uns als Einzelne übersteigt; ja sie hat uns die Augen dafür geöffnet, dass der Mensch eben in vielfacher Hinsicht ein *Leidender*, ein *patiens*, und insoweit eben nicht einfach „autonom“ ist. Der Embryo, der Komapatient, der Schwerstkranke: Sie alle zeigen uns den Menschen ja nicht so sehr in seiner „Rolle“ als sich selbst bestimmendes Subjekt, sie zeigen ihn uns als passive Leiblichkeit, als endliche Lebendigkeit, als immer auch gefährdete Identität.

Was folgt nun aber daraus, dass in der Tat das Autonomieprinzip zu entthronen, jedenfalls aber mit Gesichtspunkten zu verbinden ist, die auch die Fürsorgeseite mit in den Blick nehmen? Den Weg zu einer Antwort auf diese Frage können wir uns bahnen, wenn wir noch einmal auf das Dworkinsche Margo-Beispiel zurückkommen. Die Ausgangsfrage war hier das Problem des Aufeinandertreffens zweier diametral entgegen gesetzter Willensmanifestationen, von denen die eine, in Gestalt einer Patientenverfügung festgelegte, lautete: Verzicht auf Lebensverlängerung durch Ernährung, während die andere, die des natürlichen Willens, in Gestalt konkreter Gesten und Handlungen manifeste, besagte: Ich will leben, unterstützt mich dabei! Bioethiker, die die Beachtlichkeit des „natürlichen Willens“ verneinen, sprechen heute

im Anschluss an Dworkin gerne davon, dass dieser „natürliche“ als „nicht kompetenzbasierter Wille“ mit dem vorausverfügten, „eigentlich“ autonomen Willen gar nicht erst konkurrierte. Insoweit wird suggeriert, dass sich das Problem darin erschöpfe, dass ein überlegt-selbstbestimmter Wille (im Sinne der „critical interests“ bei Dworkin) einem nur punktuellen Willen (im Sinne der „experiential interests“ Dworkins) gegenüberträte und diesen dann kraft eigener höherer Reflektiertheit aussteche. In dem so reformulierten Szenario fehlen jedoch einige Differenzierungen, und es wird zudem der normativen Logik des Autonomiebegriffs nicht wirklich Rechnung getragen.

Beginnen wir mit den fehlenden Differenzierungen: Es ist evident, dass die beiden Willensäußerungen nicht auf ein und derselben Ebene liegen und entsprechend der Ausdruck „interests“ bei Dworkin auch äquivok gebraucht wird. Der „vorausverfügte“ Wille ist ja nicht in demselben Sinne ein aktueller Wille wie der „natürliche Wille“ der Patientin Margo, die sichtlich trotz aller Demenz ihre Erdnussbutter genießt; er ist ein „objektivierter“, kein sich „vollziehender Wille“, weshalb unter anderem ganz praktisch derjenige, der sich über den „vorausverfügten“ Willen hinwegsetzen will, auch keinen physischen, sondern allenfalls einen moralischen Widerstand brechen muss. Entsprechend verweisen die „critical interests“ auf einen abstrakten propositionalen Gehalt, der im Falle Margos keiner aktuell vorhandenen Lebenswelt mehr entspricht, während die „experiential interests“ der Patientin tatsächlich gelebtes Leben repräsentieren. Mehr noch: Sie repräsentieren auch lebendige Selbstbestimmung (wenn auch nicht notwendig eine wirklich reflektierte), während die Patientenverfügung, die den Abbruch aller lebensverlängernden Maßnahmen im Falle der Demenz verlangt, eher ein zurückliegendes Selbstbild, das Margo hatte, zum Ausdruck bringt als aktuelle praktische Selbstbestimmung.

Für uns entscheidend ist jedoch die Frage, in welchem Sinne hier Autonomie ins Spiel kommen kann; es wird nämlich leicht übersehen, wer

in dem geschilderten Fall der Adressat des Autonomieprinzips ist. Von Kants materialem Autonomiebegriff her gedacht ist zunächst weder der Wille der Patientin, hier und jetzt Erdnussbutter zu genießen, noch der in einer Patientenverfügung manifestierte Wille, das eigene Leben im Falle von Demenz möglichst rasch zu Ende zu bringen, eine Instanz von Autonomie. Aber die Frage nach der Autonomie stellt sich auch gar nicht von diesen beiden Willensausdrücken her: Sie stellt sich alleine für den Arzt, die pflegenden Angehörigen oder die sonst durch die Situation zum Handeln Aufgeforderten, und zwar in dem Sinne, dass diese hier und jetzt im Blick auf die vorliegenden Willensmanifestationen *autonom* zu entscheiden haben. Das aber bedeutet dreierlei:

Erstens, dass jede Willensäußerung, die Erlaubtes zum Inhalt hat (sagen wir den Wunsch, jede unnötige Sterbensverlängerung zu vermeiden), mich, den Handelnden, dazu verpflichtet, ihr zu entsprechen, soweit ihr nicht sittliche Verpflichtungen meinerseits entgegenstehen.

Zweitens, dass jede Willensäußerung, die Nicht-erlaubtes zum Inhalt hat (sagen wir ein Euthanasiebegehren), mich im Sinne der Wahrung meiner Autonomie dazu verpflichtet, ihr unter keinen Umständen zu entsprechen.

Drittens, dass jede eigentlich autonome Willensäußerung (sagen wir der Wunsch nach qualifizierter Sterbebegleitung) mich dazu verpflichtet, ihr um der fremden wie der eigenen Autonomie willen zu entsprechen.

Und *viertens* schließlich, dass mich jede noch so unvollkommene Willensäußerung (sagen wir die aktuelle Äußerung eines „natürlichen Willens“, die, wie in Margos Fall, zudem noch auf Selbsterhaltung zielt) in jedem Fall dazu verpflichtet, Sorge dafür zu tragen, dass die Bedingungen autonomer Existenz und Koexistenz erhalten oder geschaffen werden.

Man kann, worum es hier geht, leicht auf Kants Lehre „von der Pflicht der Wohltätigkeit“ beziehen. Kant weiß, dass eine entsprechende Pflicht „nicht

von selbst in die Augen“ fällt und statt ihrer eher „die Maxime ... die natürlichste zu sein“ scheint: „Ein jeder für sich, Gott (das Schicksal) für uns alle“. Diese Maxime des Eigennutzes zerstört sich jedoch selbst; sie zielt auf individuelle Selbsterhaltung, macht aber, da sie die Wechselbedürftigkeit der Menschen, die nach Kant „durch die Natur“ „auf einem Wohnplatz ... zur wechselseitigen Beihilfe vereinigte vernünftige Wesen“ sind, übersieht, gerade die Selbsterhaltung des einzelnen unmöglich.¹⁹ Die Pflicht der Wohltätigkeit verweist insoweit darauf, dass es die Autonomie des einen ohne tätige Beförderung der Autonomie des anderen *nicht gibt*. Es gibt entsprechend bei Kant einen aus dem Autonomieprinzip ableitbaren Fürsorge-Imperativ, der da lautet, dass wir auch um der eigenen Autonomie willen einander die Sorge für den Erhalt der fremden Autonomiebedingungen schulden. Es liegt auf der Hand, dass eine entsprechende Zusammenführung von Autonomie und Fürsorge gerade für die Medizinethik von zentraler Bedeutung ist. Denn der Sinn aller medizinischen Intervention ist die Ermöglichung autonomer Existenz durch Sorge für die Gewährleistung der Bedingungen einer solchen Existenz. Von hieraus kann dann übrigens auch der Schritt zur Vermittlung von Autonomie und Leben (dem *bios*) getan werden. Das Leben zählt ja unter die ersten Autonomiebedingungen und sollte gerade von einer über sich selbst aufgeklärten Bioethik her auch so betrachtet werden. Das bedeutet wiederum nicht, dass Autonomie nur eine Funktion des Lebens wäre; sie ist Funktion der Vernunft und damit auch geborene Kritikerin gegebener Lebenswelten. Aber sie will und soll auch selber ins Leben treten und Lebenswelten nach dem Bilde sich ihrer Freiheit bewusster Vernunft formen. Gelebte Autonomie und autonomes Leben können als das bioethische Programm gelten, das umso leichter Konturen gewinnt, je mehr Verwechslungen (etwa mit bloßer formaler Selbstbestimmung) ausgeschlossen sind.

Referenzen

- 1 Der vorliegende Beitrag geht in seinem Kern auf einen Vortrag zurück, den ich an der Sofioter Universität St. Kliment Ohridski gehalten habe. Eine Publikation der ursprünglichen Fassung in bulgarischer Sprache findet sich unter dem Titel Към актуалиоста на Кантовото за автономия в биоетиката in dem Sammelband: Kaneva V. (Hrsg.), *Автономия и Биоетика*, Sofia (2011), S. 23-46
- 2 Für einen grundlegenden Überblick cf. Pieper A., Art. ‚Autonomie‘, in: Korff W., Beck L., Mikat P. (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Göttingen (2000), Bd. I, S. 289-293, bes. 291 ff.
- 3 Für die angelsächsische Diskussion vgl. jetzt Taylor J. S., *Practical Autonomy and Bioethics*, New York (2009).
- 4 Aus der neueren Literatur zu hier einschlägigen Fragen seien zumindest die folgenden ausgewählten Titel genannt: Beckmann J. P., *On the Meaning and Some Contexts of the Term ‚Autonomy‘*, *Synthesis philosophica* (2015); 30: 89-99; Hildt E., *Autonomie in der biomedizinischen Ethik. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung*, Frankfurt/Main (2006); May A. T., *Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige*, Münster (2000); Platzer J., *Autonomie und Lebensende. Reichweite und Grenzen von Patientenverfügungen*, Würzburg (2010); Runkel Th., *Enhancement und Identität. Die Idee einer biomedizinischen Verbesserung des Menschen als normative Herausforderung*, Tübingen (2010); Stier M., *Ethische Probleme in der Neuromedizin: Identität und Autonomie in Forschung, Diagnostik und Therapie*, Frankfurt/Main (2006)
- 5 So etwa, unter dem Stichwort eines auch leiblich rückgebundenen „Selbstseinkönnens“, der prominente Debattenbeitrag von Habermas J., *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Frankfurt/Main (2001), bes. S. 80 ff. sowie S. 93ff.
- 6 vgl. z. B. Fan R., *Self-Determination vs. Family-Determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy*, in: *Bioethics* (1997); 11: 309-322. Zur Kritik vgl. Döring O., *Chinas Bioethik verstehen. Ergebnisse, Analysen und Überlegungen aus einem Forschungsprojekt zur kulturell aufgeklärten Bioethik*, Hamburg (2004), S. 118-133
- 7 Zum Gegensatz zwischen der autonomieorientierten und der „physiozentrischen“ Bioethik vgl. Hoffmann Th. S., *Bioethik als Reflexion des Lebens*, in: Čović A. (Hrsg.), *Integrative Bioethik und Pluriperspektivismus/ Integrative Bioethics and Pluri-Perspectivism*, Proceedings of the 4th Southeast European Bioethics Forum, Opatija 2008, Sankt Augustin (2010), S. 25-34
- 8 Das ist etwa einer der entscheidenden Schwachpunkte in der Aufsatzsammlung von Quante M., *Menschenwürde und personale Autonomie. Demokratische Werte im Kontext der Lebenswissenschaften*, Hamburg (2010). – Für die „Standardbioethik“ wäre im übrigen natürlich insbesondere auf Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford (1979), 7. Aufl., Oxford (2012) zu verweisen, wo „Autonomie“ von einer Minimaldefinition als „self-rule that is free from both controlling interferences by others, and from limitations, such as inadequate understanding, that prevent meaningful choice“ her verstanden wird. Zur Kritik bzw. Fortentwicklung dieser Auffassung vgl. hier nur Dean R., *The Value of Humanity in Kant’s Moral Theory*, Oxford (2006), S. 197 ff. Knoepffler N., *Menschenwürde in der Bioethik*, Berlin, Heidelberg, New York (2004), S. 205 f. unterscheidet kurzerhand einen „kantischen“ und einen „medizinethischen“ Gebrauch des Begriffs „Autonomie“. Dass es dabei (trotz der Urhebererschaft Kants für den Begriff) jeweils um etwas „völlig anderes“ (40) geht, sieht Knoepffler offenbar nicht als rechtfertigungsbedürftig an.
- 9 Statt vieler anderer Beiträge verweise ich für das Spannungsverhältnis Autonomie / Fürsorge hier auf die grundlegenden Überlegungen von Rehbock Th., *Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns*, Paderborn (2005)
- 10 Für eine Anwendung des Kantischen Autonomiebegriffs in konkret bioethischer Hinsicht sei hier verwiesen auf Baumann-Hözlze R., *Autonomie und Freiheit in der Medizin-Ethik. Immanuel Kant und Karl Barth*, Freiburg i. Br. (1999). Zu Kants Bedeutung für die Bioethik überhaupt vgl. Baumanns P., *Kant und die Bioethik*, Würzburg (2004), sowie (für einen Überblick) Hoffmann Th. S., *Zur Aktualität Kants für die Bioethik*, *Synthesis philosophica* (2005); 39: 151-163
- 11 vgl. Feil E., *Antithetisch neuzeitlicher Vernunft. ‚Autonomie - Heteronomie‘ und ‚rational - irrational‘*, Göttingen (1987), S. 33 f.; vgl. ferner Pohlmann R., Art. ‚Autonomie‘, in: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. I, Basel / Darmstadt (1971), S. 707
- 12 Feil E., siehe Ref. 11, S. 38
- 13 vgl. Ref. 8!
- 14 Wichtigster Referenztext ist hier Kants *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* von 1785, dessen auch wiederholte Lektüre Berge von Sekundärliteratur zum Thema ersetzt.
- 15 Das Selbstmordverbot findet sich bei Kant an mehreren Stellen; vgl. vor allem *Grundlegung zur Metaphysik*

der Sitten, Akademie-Ausgabe Bd. 4, S. 429; *Metaphysik der Sitten. Tugendlehre*, Akademie-Ausgabe Bd. 6, S. 422 f. Die Maxime der Selbsttötung – sei es unmittelbar durch eigene Hand, sei es durch Inanspruchnahme fremder Hände – kann nach Kant in der Sache das Niveau der Willkürregel nicht übersteigen. In einem inneren und qualifizierten Sinne ist die Entscheidung für eine „Selbstentleibung“ heteronom, weil es in ihr gerade darum geht, das „Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person zu vernichten“, mich selbst mit hin als moralischen Gesetzgeber (und damit auch die Autonomie) aus der Welt zu schaffen, mich zugleich „aller Verbindlichkeit“ unter moralischen Gesetzen zu entziehen und über mich selbst so auch „als bloßes Mittel zu [...] beliebigen Zwecken zu disponieren“, was alles zwar unter dem Eindruck einer „gewalthabenden Obermacht“ der „sinnliche[n] Triebfedern“ nachvollziehbar ist, aber nicht nach Maßgabe des alleine Achtung gebietenden unbedingten Bewußtseins der Pflicht erfolgt (vgl. a.a.O. Bd. 6, S. 423).

- 16 vgl. Dworkin G., *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge (1988)
- 17 vgl. Dworkin R., *Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York (1993); vgl. für das folgende besonders S. 226 ff.
- 18 vgl. zu diesem Zusammenhang Hoffmann Th. S., *Kultur – Ethik – Recht. Eine Skizze im Blick auf den globalen Antagonismus von Normkultur und Nutzenkultur*, in: Hoffmann Th. S., Schweidler W. (Hrsg.), *Normkultur vs. Nutzenkultur. Über kulturelle Kontexte von Bioethik und Biorecht*, Berlin, New York (2006), S. 29-54
- 19 vgl. für den Zusammenhang Kant, *Metaphysik der Sitten. Tugendlehre* §§29-31, Akademie-Ausgabe 6, S. 452 ff.

Axel W. Bauer

Der Autonomiebegriff im bioethischen Diskurs der 1990er Jahre

The Concept of Autonomy in Bioethical Discourse during the 1990s

Zusammenfassung

Der Diskurs um die Themen Autonomie und Selbstbestimmung hat zu einer begrüßenswerten Stärkung der Rechte von Patientinnen und Patienten geführt. Auf der anderen Seite entfaltet der rhetorische Kult um den Autonomie-Begriff gerade seit den 1990er Jahren in der Medizinethik eine zunehmende Eigendynamik, deren Beschleunigung bis in die Gegenwart anhält und die nicht ohne Sorge betrachtet werden kann. Medizin- und Bioethik verwandeln sich vor unseren Augen seit einem Vierteljahrhundert allmählich in Disziplinen, die allzu oft den Tod im Gepäck haben, dessen vorzeitige Herbeiführung sie philosophisch zu rechtfertigen suchen. In diesem Beitrag werden tragende Elemente des bioethischen Autonomie-Diskurses der 1990er Jahre aufgesucht und in einen zeithistorischen Kontext gestellt.

Schlüsselwörter: Autonomie, Selbstbestimmung, Patientenrechte, Fremdbestimmung, assistierter Suizid

Abstract

The discourse on autonomy and self-determination has led to a praiseworthy strengthening of patients' rights. On the other hand, since the 1990s, the rhetorical cult around the concept of autonomy in medical ethics has developed an increasing momentum of its own. This acceleration has continued today and cannot be considered without worry. For than 25 years, medical ethics and bioethics have been turning into disciplines which too often cause death and whose untimely occurrence they have tried to justify philosophically. This paper explores fundamental elements of the bioethical discourse during the 1990s and puts them in historical context.

Keywords: autonomy, self-determination, patients' rights, heteronomy, assisted suicide

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Axel W. Bauer
Leiter des Fachgebiets Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät Mannheim der
Universität Heidelberg
Ludolf-Krehl-Straße 7-11, D-68167 Mannheim
axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de

1. Autonomie als Schlüsselbegriff und *Pass-partout* im medizinethischen Diskurs

Die philosophische Idee der Autonomie des Individuums wird in der Regel darauf bezogen, dass jemand eine Person ist, die ihr Leben nach Gründen und Motiven führt, welche ihre eigenen sind und nicht etwa Produkte der Manipulation durch andere Menschen oder Resultate äußerer Zwänge. Das Prinzip Autonomie hat darüber hinaus als spezifische Quelle der vernunftgebundenen Sittlichkeit des Menschen in der Philosophie Immanuel Kants (1724 – 1804) eine überragende Bedeutung, doch kommt ihm auch ein fundamentaler Status im utilitaristischen Liberalismus von John Stuart Mill (1806 – 1873) zu. Die Autonomie spielt außerordentlich unterschiedliche Rollen im Hinblick auf Personen, auf die Konzeption moralischer Pflichten und Verantwortlichkeiten, auf die Rechtfertigung sozialpolitischer Maßnahmen und auf zahlreiche Aspekte der politischen Theorie.

Die Autonomie bildet den Kern von Kants Konzept der praktischen Vernunft.¹ Gleichzeitig wird sie aber auch als diejenige Eigenschaft einer Person angesehen, die paternalistische Eingriffe in deren Leben verhindern soll.² Der Begriff der moralischen Autonomie bezieht sich bei Kant primär auf die Fähigkeit des Menschen, das – als objektiv betrachtete – Moralgesetz auf die eigene Person anzuwenden. Andererseits wird das, was heute für gewöhnlich die Autonomie der Person genannt wird, als ein Individualrecht aufgefasst, das der einzelne Staatsbürger – nicht nur begrenzt auf Fragen der moralischen Pflicht – für sich beanspruchen kann.³

In der jüngeren Medizinethik hat nun die Autonomie als Thema, häufig in unterschiedlicher Weise kombiniert oder vermischt mit dem Begriff der Selbstbestimmung, seit den 1980er Jahren eine bis heute anhaltende steile Karriere erlebt, nicht zuletzt dank der nachhaltig erfolgreichen Verbreitung der Formel *Respect for Autonomy*, die 1979 als eines von vier ursprünglich gleichberechtigten Prinzipien durch die beiden amerikanischen Bioethiker Tom L. Beauchamp und James F. Childress

geprägt und seither in den USA und in Europa in zahllosen Variationen zitiert und rezipiert wurde.⁴ In geringerem Umfang trifft dieser publizistische Erfolg auf das ebenfalls in den 1990er Jahren von H. Tristram Engelhardt Jr. propagierte *Principle of Permission* zu, das der Autor mit dem fundamentalen Recht des Menschen begründete, von anderen „in Ruhe gelassen zu werden.“⁵ Der amerikanische Bioethiker und Soziologe Paul Root Wolpe sprach schon 1998 von einem „Triumph“ der Autonomie in der amerikanischen Medizinethik.⁶ Es lässt sich indessen nicht übersehen, dass dieser äußerliche Triumph mit einer inhaltlichen Heterogenität und Unschärfe des Begriffs Autonomie erkaufte wurde; doch womöglich ist das ein Phänomen die unausbleibliche Konsequenz des anderen.

In einem 2016 erschienenen Sammelband über Autonomie und Vertrauen als Schlüsselbegriffe der modernen Medizin schlägt der Philosoph Holmer Steinfath eine synonyme Verwendung der Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung vor. Er sieht darin primär ein Abwehrrecht, das Patientinnen und Patienten dazu legitimiere, eine vom Arzt oder vom medizinischen Personal vorgeschlagene Maßnahme abzuwehren.⁷ Steinfath weist darauf hin, dass die individuelle Autonomie, von der im Bereich der ärztlichen Praxis, des Medizinrechts und der Medizinethik zumeist die Rede ist, keinesfalls mit Kants abstrakter Konzeption autonomer Prinzipien identifiziert werden dürfe, die der („reinen praktischen“) Vernunft entsprängen und so beschaffen seien, dass ihre Befolgung von allen vernünftigen Personen gewollt werden könne⁸ – und, so möchte der Verfasser dieses Beitrags ergänzen, geradezu gewollt werden *müsse*. Die Besonderheit des Autonomie- und Selbstbestimmungsdiskurses in der Medizin liegt demgegenüber jedoch darin, dass ein Patient selbstbestimmt dazu berechtigt sein muss, auch einmal etwas anscheinend „Unvernünftiges“ zu wollen und diesen seinen Willen gegenüber Ärzten und Pflegenden durchzusetzen, vielleicht mit dem Ziel, dass diese ihn „in Ruhe lassen“ sollen.

Die folgende Darstellung möge dazu dienen,

anhand eines kursorischen Einblicks in einige an prominenter Stelle im deutschsprachigen Raum veröffentlichte medizinethische Publikationen aus den 1990er Jahren die in dieser Zeit mit den Termini *Autonomie* beziehungsweise *Selbstbestimmung* konkret verknüpften Themenfelder genauer zu identifizieren. Auf diese Weise sollen zugleich tragende Elemente zu einer noch ausstehenden Ideengeschichte der Medizin- und Bioethik während jener für die fachliche und institutionelle Entfaltung der Disziplin entscheidenden Dekade beigesteuert werden. Es geht dabei weder um Vollständigkeit noch darum, eine mustergültige repräsentative Stichprobe der gesamten einschlägigen Literatur vorzulegen. Das Ziel der folgenden Ausführungen liegt vielmehr in der heuristischen Aufgabe, die Vielgestaltigkeit und multiple Verwendbarkeit, aber auch die suggestive rhetorische wie manipulative Kraft des Zentralbegriffs *Autonomie* innerhalb medizinethischer und biopolitischer Debatten aufzuzeigen.

2. Der Beginn des medizinethischen Autonomie-Diskurses in Deutschland um 1990

Bereits am Ende der 1980er Jahre wurde auch in Deutschland der Begriff *Autonomie* gelegentlich schon auf medizinischen Kongressen und in ärztlichen Fachzeitschriften unter ethischen Aspekten aufgegriffen, was damals allerdings noch keineswegs der übliche Standard war. So hatte im Dezember 1988 an der Klinik für Psychiatrie der Marburger Philipps-Universität ein interdisziplinäres Symposium über ethische Aspekte in der Psychiatrie und Psychotherapie stattgefunden, dessen Schwerpunkte die beiden Problembereiche *Autonomie* und *Suizidalität* bildeten. Erst im August 1989, also acht Monate später, erschien im Deutschen Ärzteblatt ein Bericht des Mitveranstalters dieser Tagung. Karl-Ernst Bühler wies in dem Beitrag einleitend darauf hin, dass die Ethik als Disziplin den modernen Wissenschaften zwar „hinterherhinke“; sie lasse sich aber von diesen nicht abschütteln. „Infolge der ungeahnten Möglichkeiten der modernen

Medizin entwickelte sich stetig, aber unabweisbar ein neuer Zweig der Ethik heraus, die *Bioethik*. Sie findet in unserem Lande immer mehr Beachtung. Auch in der Psychiatrie entstand vor dem Hintergrund der Euthanasie- und der Eugenik-Problematik zur Zeit des Nationalsozialismus ein Gespür für die ethischen Implikationen des ärztlichen Tuns.“⁹

Die referierte Tagung belegt, dass das Thema *Autonomie* schon am Ende der 1980er Jahre vor allem unter dem Aspekt der beschleunigten Lebensbeendigung diskutiert wurde, die aber ihrerseits jede zukünftige *Autonomie* unmöglich macht. So behandelte der junge Philosoph Dieter Birnbacher, damals Privatdozent an der Universität Essen, die grundlegende Frage, unter welchen Rahmenbedingungen eine „*Freiheit zur Selbsttötung*“ akzeptiert werden müsse. Seine These dazu lautete, dass paternalistische Verpflichtungen auch in der Medizin ein Ende finden müssten, sobald „*Vernunftgründe*“ eine Handlung, zum Beispiel die *Selbsttötung*, überzeugend legitimierten. *Autonomie* wurde von Birnbacher hier als die Fähigkeit zur Präsentation vernünftiger Gründe verstanden.

Einzig durch das unscheinbare Wort „*überzeugend*“ ließ Birnbacher erahnen, dass er in Wirklichkeit ein heteronomes Element in die vorgebliche *Autonomie* des Betroffenen einführte und diese dadurch geradezu konterkarierte. Denn wann genau eine Begründung überzeugt, entscheidet letztlich ihr Adressat, hier also vornehmlich der Arzt, und nicht der Suizidwillige selbst, der im Gespräch mit dem Adressaten seine Argumente vorträgt. *Vernunft* und *Autonomie* präsentieren sich jenseits eines transzendentalphilosophischen Horizonts am Ende des 20. Jahrhunderts nämlich keineswegs mehr als miteinander identische, sondern als eher antagonistische Phänomene. Denn in demselben Maß, in dem die *Autonomie* als eine dem Patienten intrinsisch zukommende „*Freiheit zur eigenen Entscheidung*“ verstanden wird, trennt sie sich von der strikten Bindung an einen rigiden *Vernunftbegriff*, der aufgrund rationaler Überlegung letztlich doch nur eine einzige richtige Antwort zuließe, die

vor dem Urteil des (philosophischen oder medizinischen) Experten bestehen könnte. Löste man diesen Konflikt zugunsten der „vernünftigen“ Rationalität auf, nähme der Spielraum für die „freie Wahl“ des Suizidenten zugunsten eines klassischen Paternalismus ab; stärkt man hingegen das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen, so dürfen die Ansprüche an die logische Stringenz seiner Gründe nicht allzu hoch angesetzt werden.

Zur selben Zeit wurde die Selbstbestimmung des Patienten in medizinischen Fragen auch von theologischer Seite konfessionsübergreifend behandelt. In der 1989 publizierten gemeinsamen Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) und der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) *Gott ist ein Freund des Lebens*, die sich mit dem Thema *Sterbebegleitung statt aktiver Sterbehilfe* beschäftigte, wurde die Autonomie als medizinethischer Zentralbegriff zwar noch nicht explizit erwähnt, doch kamen die wesentlichen Elemente der Selbstbestimmung und ihrer Grenzen am Lebensende aus christlicher Perspektive in diesem Text zur Geltung. Christen wünschten und wollten, so hieß es zu Beginn der Erklärung, dass der Betroffene sein Sterben „als die letzte Phase seines Lebens selbst lebt, nicht umgeht und nicht auslässt.“ Jeder Sterbende sei „als der zu achten, der sein Sterben selbst lebt.“ Deshalb könne auch beim Sterben eines Menschen alle Hilfe nur Lebenshilfe sein, die ihm darin beistehen wolle, sein körperliches Leid ertragen und den bevorstehenden Tod selbst annehmen zu können. Darin werde sie die Würde des Sterbenden, seine letzte, ihm als Person angehörende Unantastbarkeit, wahren und achten.¹⁰

Für den Fall der Äußerungsunfähigkeit sah die gemeinsame Erklärung allerdings die Ersetzung der Selbstbestimmung des Sterbenden durch das an dessen wohlverstandenen Interesse orientierte Handeln des Arztes vor, der „wie ein guter Anwalt“ vorzugehen habe. Dieser Grundsatz könne im Einzelfall sehr wohl das Unterlassen oder Einstellen medizinischer Eingriffe zur Folge haben, wenn diese – statt das Leben dieses Menschen zu verlängern – nur dessen Sterben verlängern würden.¹¹ Aus der

retrospektiven Distanz eines Vierteljahrhunderts fällt auf, dass die heute geläufige Patientenverfügung als ein mögliches Instrument der Willensantizipation des Patienten im Jahre 1989 ebenso wenig Erwähnung fand wie die Rechtsfiguren des Bevollmächtigten beziehungsweise des gesetzlichen Betreuers. Der Grund hierfür liegt darin, dass dieses zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts gedachte rechtliche Instrumentarium in Deutschland erst durch das Betreuungsgesetz (BtG) vom 12. September 1990 eingeführt wurde, dessen Bestimmungen am 1. Januar 1992 in Kraft traten.¹²

3. Autonomie und Patientenrechte im internationalen und interkulturellen Kontext

Als ein wichtiges internationales Dokument zum Themenkomplex der Autonomie trat vier Jahre später die Deklaration der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über die Förderung der Patientenrechte in Europa in Erscheinung, die auf einer im März 1994 in Amsterdam mit Unterstützung der niederländischen Regierung abgehaltenen Konferenz von 60 Experten aus 36 Staaten ausgearbeitet worden war.¹³ Die Konferenz stand am Ende eines langen Vorbereitungsprozesses, durch den das in Kopenhagen ansässige WHO-Regionalbüro für Europa die aufkommende Bewegung zugunsten der Rechte von Patienten stärken wollte. Die Deklaration sollte eine solide Referenz und ein dynamisches Werkzeug zur Verbreitung eines neuen Denkens im Gesundheitswesen bieten.

Der gemeinsame Rahmen zu einer umfassenderen Ausarbeitung und Durchsetzung von Patientenrechten, der hier angestrebt wurde, hatte nach Meinung der WHO nicht allein ethische, sondern ebenso soziale, ökonomische, kulturelle und politische Wurzeln. Das Konzept des Respekts für die Person und für ein gerechtes Gesundheitswesen habe zur Folge gehabt, dass nun ein stärkerer Akzent auf die Förderung individueller Wahlentscheidungen des Patienten und auf die Möglichkeit, diese Wahl ungehindert auszuüben, gelegt werde. Gerade angesichts der steigenden Komplexität des

modernen Gesundheitswesens, der zunehmenden Behandlungsrisiken, der Unpersönlichkeit und Enthumanisierung müsse mehr Nachdruck auf die Bedeutung des Individualrechts auf Selbstbestimmung gelegt werden.

Postuliert wurden in der Deklaration unter anderem das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht zur vollen Information über den eigenen Gesundheitszustand, aber auch das Recht auf Nichtwissen, die informierte Zustimmung als obligater Voraussetzung jeder medizinischen Intervention sowie der Teilnahme an einer klinischen Patientenvorstellung und der wissenschaftlichen Forschung, das Recht darauf, eine solche Intervention zu verweigern, schließlich das Recht, im Krankheitsfall die Unterstützung der Familie, der Verwandten und Freunde sowie geistlichen Beistand zu erhalten. Gerade das zuletzt genannte, allerdings kaum einklagbare Recht auf mitmenschliche Hilfe aus dem persönlichen Umfeld deutet darauf hin, dass die WHO die elementare Bedeutung und die Unverzichtbarkeit kommunikativer, emotionaler und spiritueller Voraussetzungen für die Entfaltung einer autonomen Entscheidungsfähigkeit des Patienten bereits in der Mitte der 1990er Jahre klar erkannt hatte, sodass sie die Fähigkeit zur Selbstbestimmung nicht auf ein solipsistisches Monodrama im Kopf des Betroffenen reduziert sehen wollte.

In Westeuropa und in den USA hatte sich seit den 1980er Jahren zunehmend ein ethischer Konsens herausgebildet, wonach der Patient mit dem *Informed Consent* einen Anspruch darauf hat, vom Arzt über Diagnose und Prognose seines Leidens informiert zu werden, um über die ihm angebotene Behandlung selbst entscheiden zu können. Eine 1995 publizierte Studie aus dem multikulturell besiedelten südlichen Kalifornien deckte indessen auf, dass die Realität mit diesem damals zum Teil auch schon rechtlich verankerten Postulat noch längst nicht überall harmonierte. Für diese Untersuchung wurden über 65 Jahre alte Personen aus vier ethnischen Gruppen befragt, ob der Arzt dem

Patienten eine infauste Krebsdiagnose mitteilen und wer über lebensverlängernde Behandlungen entscheiden sollte. Befragt wurden jeweils 200 Euroamerikaner, Afroamerikaner, sowie Amerikaner mexikanischer und koreanischer Abstammung.

Von den befragten Euroamerikanern meinten 87 Prozent und von den Afroamerikanern 88 Prozent, dass der Patient die Krebsdiagnose erfahren sollte. Bei den nach Kalifornien eingewanderten Mexikanern meinten das lediglich 65 Prozent, bei den Befragten koreanischer Herkunft sogar nur 47 Prozent. Von den Euroamerikanern wollten 65 Prozent, von den Afroamerikanern 60 Prozent, von den eingewanderten Mexikanern 41 Prozent und von den Koreanern nur 28 Prozent über die Therapie selbst entscheiden. Bei den beiden letztgenannten Gruppen trat an die Stelle des Patienten als der zu Informierende und als Entscheidungsbeauftragter in weit höherem Ausmaß als bei den anderen Befragten die Familie. Die Autoren der Studie folgerten, dass das Insistieren auf den „modernen“ westlichen Auffassungen von Patientenautonomie bei ethnischen Gruppen, die aus anderen kulturellen Kontexten stammen, als eine neue Form des überwunden geglaubten ärztlichen Paternalismus empfunden werden könnte. Ärzte müssten bei der Behandlung von Patienten aus fremden Kulturkreisen deren Werte berücksichtigen und sich darauf einstellen, dass die Familie und nicht unbedingt der Kranke selbst Ansprechpartner sei.¹⁴

4. Sterbehilfe als Prüfstein der Autonomie? Konträre Positionen von 1995 bis 2000

„Die Autonomie des Patienten und sein daraus abgeleitetes Selbstbestimmungsrecht spielen in der US-amerikanischen Bioethik eine zentrale Rolle.“¹⁵ Mit diesem Satz leitete 1995 der junge deutsche Medizinethiker Jochen Vollmann, damals Gastwissenschaftler am *Kennedy Institute of Ethics* der *Georgetown University* in Washington, D.C., einen Bericht über den nationalen Bioethik-Kongress in Pittsburgh ein. Doch bereits im folgenden

Satz ging es dann um die Frage, wer entscheiden soll, wenn der Patient selbst aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr selbstständig entscheiden kann, wie zum Beispiel ein Bewusstloser auf der Intensivstation. Die vier Schwerpunktthemen des Kongresses betrafen 1. Ethikkommissionen und Ethikberatung, 2. Patienten- und Betreuungsverfügungen, 3. die von Präsident Bill Clinton geplante Reform der Krankenversicherung und 4. die Tötung auf Verlangen, in den USA geläufig unter dem Begriff *Physician-assisted dying*.

Es fällt auf, dass bei der Mehrzahl der abgehandelten Themen gerade nicht die Selbstbestimmung des Patienten im Mittelpunkt stand, sondern ganz im Gegenteil mehr oder minder fragwürdige Surrogate, bei denen – der Natur der Sache nach – stets Elemente der Fremdbestimmung eine entscheidende Rolle spielen (müssen). Doch bereits Mitte der 1990er Jahre waren unangenehme Gegebenheiten offenbar im medizinethischen Diskurs leichter zu vermitteln und für die am Diskurs Beteiligten akzeptabler zu machen, wenn man ihrer Beschreibung den Begriff *Autonomie* voranstellte. Jochen Vollmann brachte sein Unbehagen gegenüber dem ärztlich assistierten Suizid in den USA mit einem sozialpolitischen Argument zum Ausdruck, indem er schrieb: „Eine Gesellschaft versorgt ihre kranken Mitglieder nicht mit ausreichender medizinischer Versorgung, bietet ihnen aber die rechtliche und medizinische Möglichkeit des Getötetwerdens an! [...] Wird da nicht moralisch etwas auf den Kopf gestellt?“¹⁶ Zwei Jahrzehnte später müsste dieselbe Frage auch in den Niederlanden, in Belgien, in der Schweiz und sogar in Deutschland gestellt werden; doch mittlerweile hat sich der medizinethische Mainstream deutlich zugunsten der sogenannten „Sterbehilfe“ positioniert.

In einem Beitrag aus dem Jahre 1998 ging die Medizinethikerin Stella Reiter-Theil auf die Bedeutung des Gesprächs zwischen Patient und Arzt für die Entwicklung und Umsetzung einer selbstbestimmten Entscheidung des Betroffenen im Fall einer Therapiebegrenzung am Ende des

Lebens ein. Die Autorin vertrat die These, dass der existenziell betroffene Kranke ein spezifisches Bedürfnis nach argumentativ-kritischer Bewertung der Handlungsoptionen im Gespräch mit dem Arzt an diesen herantrage. Reiter-Theil formulierte ein integratives Modell, das ein vertieftes Verständnis der Abläufe und Probleme im Gespräch zwischen Arzt und Patient ermöglichen sollte.¹⁷ Die Autorin illustrierte diese Gesprächsdimension, die für die Selbstbestimmung des Patienten von entscheidender Bedeutung sei, am Beispiel des Zürcher Strafrechtsprofessors Peter Noll (1926 – 1982), der im Alter von 56 Jahren an Blasenkrebs starb, weil er gegen den Rat seiner Ärzte eine kurative Therapie ablehnte. Dennoch fiel es Noll offenbar schwer zu akzeptieren, wenn die ärztlichen Gesprächspartner seine Entscheidungen kognitiv und emotional nicht nachvollziehen konnten oder wollten.¹⁸ Das von Reiter-Theil vorgestellte Modell *Sprache und Beziehung zwischen Arzt und Patient* sollte dazu dienen, nicht bloß dem „Buchstaben“ des *Informed Consent* Genüge zu tun, sondern auch dem „Geist“ seiner Begründung im Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten zu entsprechen.¹⁹

Mit dem historischen Wechsel des Blickwinkels von der traditionellen „Heiligkeit des Lebens“ zur modernen „Autonomie“ befasste sich der Philosoph Michael Quante 1996 und 1998 ebenfalls anhand des Themas Sterbehilfe. Die Brisanz, welche die Debatte gerade bei diesem Thema in den westlichen Industrienationen erreicht hatte, die es zu einem dominierenden gesellschaftlichen Konfliktfeld werden ließ, führte Quante darauf zurück, dass religiöse Vorstellungen einer Unverfügbarkeit des eigenen Lebens nicht mehr allgemeinverbindlich vorausgesetzt werden könnten. An ihre Stelle trete der Wert der Selbstbestimmung, der – aufgefasst als formale Kompetenz von Subjekten zu autonomen Entscheidungen – besser zur individualistischen und pluralistischen Gesellschaft passe.²⁰ In der Medizin entspreche dieser Wandel der Vorstellung einer Interaktion zwischen autonomem Patienten und Arzt, die sich in der Prio-

rität des Modells der informierten Zustimmung manifestiere. Für Quante lag es auf der Hand, dass angesichts einer solchen Umwertung der Werte sowohl aufseiten der Ärzte wie der Patienten das „Recht“ auf einen selbstbestimmten Tod plausibler und vehementer eingefordert werde als unter den Rahmenbedingungen einer paternalistisch orientierten ärztlichen Ethik.²¹

Die Schlussfolgerungen, die Quante zur moralischen Zulässigkeit einer Tötung auf Verlangen durch Ärzte zog, erscheinen aus der Retrospektive des Jahres 2016 beklemmend, nicht zuletzt wegen der aus historischer Sicht unangemessenen Verwendung eines durch die deutsche Geschichte des 20. Jahrhunderts schwer belasteten Terminus, nämlich des „Gnadentodes“. Hier zeigt sich beispielhaft, wie leicht eine historisch nicht reflektierte philosophische Ethik entgleisen kann. Quante schrieb: „Die Vorstellung des Gnadentodes oder des Todes als Erlösung sind [sic!] sicher auch für das ärztliche Ethos keine inkompatiblen oder fremden Elemente. [...] Intrinsische Begründungen können im Fall des Vorliegens eines autonomen Tötungswunsches [sic!] letztlich nur begründen, daß ein Arzt für sich selbst das Recht hat, diesem Ansinnen nicht nachzukommen. Eine generelle intrinsische, sich auf das ärztliche Berufsethos stützende Begründung ist dagegen [...] im Falle der freiwilligen absichtlichen Herbeiführung des Todes nicht plausibel.“²² Indem Quante die „Autonomie“ des Patienten zum logischen Gegenpol der „Heiligkeit des Lebens“ stilisierte, konnte er mittels der schlichten Negierung dieser metaphysischen Eigenschaft des Lebens die assistierte Selbsttötung und sogar die Tötung auf Verlangen aus ethischer Perspektive als scheinbar legitime Optionen eines „autonom“ Handelnden darstellen.

Im Rahmen des damaligen Sterbehilfediskurses in der Schweiz artikulierte der katholische Theologe und Sozialethiker Alberto Bondolfi im Jahr 2000 Unsicherheiten in Bezug auf Eigen- und Fremdverantwortlichkeit beim assistierten Suizid. Noch in den 1990er Jahren wurde bei Schweizer

Sterbehilfeorganisationen wie etwa *Exit* versucht, die Beihilfe zum Suizid als eine vollständig dem Suizidenten zurechenbare Handlung anzusehen, bei der die helfende Person nur die Bereitstellung der dazu notwendigen Mittel organisierte und sich kaum moralisch mitverantwortlich für den Vollzug der (Selbst-)Tötung fühlen sollte. Nach Bondolfis Auffassung macht sich jedoch diejenige Person, die dem Suizidenten „hilft“, entweder dessen Motive und Argumente zu eigen, oder sie meint, die autonom gefallene Entscheidung eines Suizidenten sei im Prinzip immer zu respektieren und unter Umständen auch zu unterstützen. Indessen werde auf diese Weise der tatsächliche Sachverhalt bagatellisiert, indem man die ethische Beurteilung des Suizids und der Beihilfe dazu argumentativ entkopple.²³

Gleichwohl wehrte sich Bondolfi dagegen, dass Suizidenten *per se* als „heteronom“ gesteuerte Menschen gelten sollten und insofern kaum in der Lage wären, den Sinn ihrer suizidalen Tendenzen und Wünsche nachzuvollziehen. Vor allem Personen im Zustand einer Depression seien zwar auch in ihrem Willen ambivalenter und unentschiedener als psychisch Gesunde. Diese Feststellung impliziere aber nicht, dass man sie vorschnell alle als urteils- und entscheidungsinkompetent einstufen müsse. Bondolfi stellte die Frage, ob Vertreter und Vertreterinnen von Sterbehilfeorganisationen unmoralisch handelten, wenn sie den Suizidwünschen solcher Personen nachgingen und nachgäben. Seine Antwort war ebenso desillusionierend wie entwaffnend: „Ich muss zugeben, dass ich hier relativ ratlos bin.“²⁴

Ebenfalls am Ende der 1990er und am Beginn der 2000er Jahre bezog der evangelische Theologe und Ethiker Ulrich Eibach aus Bonn beim Thema *Patientenautonomie angesichts des Todes* eine deutliche Gegenposition.²⁵ Eibach führte die seit den 1960er Jahren zunehmende Betonung der Selbstbestimmung des Patienten auf eine Individualisierung und Säkularisierung der Lebens- und Wertvorstellungen zurück. Im Zuge dieses Werte-

wandels werde die Autonomie zum vorherrschenden moralischen und rechtlichen Leitbegriff. Der Begriff *Menschenwürde* reduziere sich inhaltlich fast nur noch auf *Autonomie*, und diese werde immer mehr als eine empirisch feststellbare Entscheidungs- und Handlungsautonomie verstanden, jedoch nicht mehr – wie noch bei Immanuel Kant – als transempirisches beziehungsweise transzendent(al)es Postulat. Entsprechend werde die Selbstbestimmung zu einem Recht auf absolute Selbstverfügung über das eigene Leben und dessen Beendigung ausgedehnt. Religiöse und metaphysische Auffassungen, in denen der Mensch unter dem Aspekt seiner bleibenden Abhängigkeit von Gott und den Naturbedingungen des Lebens sowie unter dem Aspekt seines Angewiesenseins auf die Zuwendung der Mitmenschen betrachtet wird, würden zunehmend als Widerspruch zur zentralen Forderung nach autonomer Selbstbestimmung empfunden und entsprechend abgelehnt. Die Rechtsprechung sei dieser Entwicklung gefolgt und habe immer mehr die alleinige Entscheidungsbefugnis des Patienten herausgestellt.²⁶

Eibach machte den sich ausbreitenden ethischen Relativismus für die ständige Beschwörung der „Selbstbestimmung“ des „mündigen“ Patienten mitverantwortlich: Dem Patienten werde die Fähigkeit zugesprochen und dann auch die Pflicht auferlegt, die Entscheidung selbst herbeizuführen, zu der andere sich wegen der ethischen Verunsicherung nicht mehr in der Lage sähen. Weil man nicht mehr zu gemeinsam geteilten Überzeugungen über das finde, was gutes und richtiges Handeln ist, müsse jeder für sich selbst bestimmen, was für ihn gut und richtig sei. Der Autor stellte zudem die Frage, ob es ernsthaft kranken und todkranken Menschen in erster Linie tatsächlich auf die autonome Selbstbestimmung über ihr Leben und ihre autonome Entscheidung über die Art ihrer Behandlung ankomme: „Ist der ‚autonome‘ Patient nicht ein weitgehend realitätsfernes theoretisches Konstrukt?“ Eine sittliche „Pflicht zum autonomen Patienten“ hielt der Verfasser für

inhuman.²⁷ Wie die tatsächliche Entwicklung der letzten beiden Jahrzehnte jedoch gezeigt hat, sind sowohl Medizinethik als auch Politik, Gesetzgebung und Rechtsprechung exakt in jene von Eibach damals kritisierte Richtung unbeirrt – und wie es scheint irreversibel – weiter vorangeschritten.²⁸

5. Die reproduktive Autonomie der Frau und das Lebensrecht des Embryos

Wenn in medizinethischen Zusammenhängen während der 1990er Jahre der Begriff *Autonomie* fiel, dann wurde unter dem positiv konnotierten Mantel dieses Begriffs bereits damals nur allzu oft der Tod im Gepäck mitgeführt. Beim Thema *Autonomie am Lebensende* ging es in der Regel jeweils um eine bestimmte Form von Sterbehilfe, im letzten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts zunächst „nur“ um das Unterlassen oder um den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen, später auch um die Tötung auf Verlangen sowie um den assistierten Suizid. Doch auch am Lebensbeginn wurde in dieser Zeit bereits die Autonomie zumindest rhetorisch dann bemüht, wenn es darum ging, ein unerwünschtes Menschenleben gar nicht erst zur Entfaltung gelangen zu lassen.

Beispielhaft für diese Begriffsverwendung ist ein Beitrag der Frauenärztin, Geburtshelferin und Psychotherapeutin Ingeborg Retzlaff (1929 – 2004), die von 1983 bis 1994 Präsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein war, im Deutschen Ärzteblatt vom 5. Februar 1993. Es ging darin um die sogenannte Abtreibungspille *RU-486*, ein pharmazeutisches Präparat, das in der Lage ist, frühe Schwangerschaften auf rein medikamentöse Weise abzubrechen. Der darin enthaltene Wirkstoff *Mifepriston* ist ein Progesteron-Rezeptorantagonist; seine Einnahme in der Schwangerschaft führt innerhalb von 48 Stunden zum Öffnen des Muttermundes und zur Ablösung der Gebärmutter Schleimhaut. Das Mittel hat die höchste „Erfolgsrate“ bei der Einnahme während der ersten 7 Wochen der Schwangerschaft.

Mifepriston wurde in den 1980er Jahren entwickelt. Bereits vor der Zulassung erregte das Präparat Aufsehen: Teile der Frauenbewegung begrüßten die

Entwicklung des Wirkstoffes, Abtreibungsgegner liefen Sturm dagegen. Zunächst erfolgte die Zulassung von *Mifepriston*²⁹ 1988 in Frankreich. Bereits einen Monat nach der Markteinführung musste es aus politischen Gründen jedoch wieder zurückgezogen werden, erst auf ausdrücklichen Wunsch des Gesundheitsministers wurde der Einsatz wieder freigegeben. 1991 folgte die Zulassung in Großbritannien, 1992 in Schweden. Die Zulassung in Deutschland gelang nach langen Debatten erst 1999.

Wenige Monate vor dem damals mit Spannung erwarteten 2. Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Frage der grundgesetzkonformen Ausgestaltung des Schwangerschaftsabbruchs³⁰ (§§218 ff. StGB) vom 28. Mai 1993 schlugen die emotionalen Wellen des kontrovers geführten Diskurses bei diesem Thema hoch. Einerseits, so schrieb Ingeborg Retzlaff, gehe es um die Frage, wieviel Schutzrecht des Staates und der Gesellschaft dem ungeborenen Embryo zukomme und ob dieser Schutz durch das Strafrecht garantiert werden müsse. Andererseits aber „geht es doch genau so sehr um die Frage, wieviel Verantwortung und wieviel autonome Entscheidungsfähigkeit in dieser Frage den betroffenen Frauen zugebilligt werden.“³¹ Die Autorin prognostizierte, dass in Zukunft für jede Frau die Möglichkeit bestehen werde, postkoital eine Schwangerschaft frühestmöglich abzubrechen, und dies eventuell sogar – abgesehen von der Rezeptur – ohne jede Mithilfe eines Arztes. Man nenne dies schon heute (also im Jahre 1993) „Menstruationsregelung“.

Zwar bezog sich die Verfasserin in ihren Ausführungen im Folgenden ausdrücklich auf die „vier Prinzipien medizinethischer Reflexion“ von Tom L. Beauchamp und James F. Childress. Doch bedeutete für sie der „Respekt für die Autonomie der Patientinnen“ im vorliegenden Kontext vor allem die Möglichkeit, völlig unabhängig und in absoluter Privatheit „Konzeptionsverhinderung, Menstruationsregulierung und Frühaborte“ durchzuführen, sodass die Frauen in die Lage versetzt würden, in eigener Verantwortung und unter eigener Regie ihre

Fruchtbarkeit zu regulieren, ohne langfristige Antikonzeptionsstrategien anzuwenden. Es sei wohl diese Utopie der „absoluten Autonomie der Frau“ auf diesem Gebiet, die von vielen so heftig bekämpft werde und die für viele eine vollkommene Verschiebung der Weltsicht mit sich bringe, ganz besonders für Männer, denn „mehr Autonomie“ in den Bereichen Sexualität und Fortpflanzung löse immer Angst aus. Man werde, so sagte Retzlaff voraus, in weiterer Zukunft nicht umhinkönnen, die Autonomie der Frauen zu respektieren, „wenn sie sich eines für sie verfügbaren Medikamentes zur Regulierung ihrer Fruchtbarkeit bedienen können und werden.“³²

Der Autorin gelang es durch den Kunstgriff, den Diskurs ganz auf die Ebene der angeblich emanzipatorischen Funktion des in Rede stehenden Präparates für die Rechte der Frau zu lenken, das Problem der damit verbundenen Tötung des Embryos völlig auszublenden. In der Tat war diese rhetorisch geschickt mit dem negativ konnotierten Angst-Begriff operierende Darstellung dazu geeignet, die brachiale Reduzierung von Autonomie auf die pure Willkür potenzieller Anwenderinnen der besagten Abtreibungspille zu verschleiern.

Am Ende der 1990er Jahre rückte auch die bis 2011 in Deutschland nach dem Embryonenschutzgesetz (ESchG) verbotene oder doch jedenfalls nicht ausdrücklich geregelte Präimplantationsdiagnostik (PID) erstmals ins Blickfeld der Medizinethik.³³ Die deutsche Medizinethikerin Bettina Schöne-Seifert, die damals am Ethikzentrum der Universität Zürich tätig war, reflektierte 1999 in einem Zeitschriftenbeitrag über das Verhältnis der PID zur Entscheidungsautonomie der Frau beziehungsweise der (potenziellen) Eltern im Rahmen der Reproduktionsmedizin.³⁴ Den ethischen Dissens beim Thema PID rekonstruierte die Autorin nicht nur als einen Widerstreit zwischen dem Primat elterlicher Autonomie und dem Schutz embryonalen Lebens, sondern auch unter dem grundsätzlichen Aspekt, ob Autonomie überhaupt möglich sei. Dabei gelangte sie zu einer eigenen Definition der Bedingungen für autonome Entscheidungen: Nach Auffassung Schö-

ne-Seiferts, die sich in diesem Kontext insbesondere auf eine Arbeit von Ruth Faden und Tom Beauchamp aus dem Jahre 1986 berief,³⁵ muss eine als autonom zu bezeichnende Entscheidung fünf Bedingungen erfüllen: 1. Kompetenz der entscheidenden Person, 2. Absichtlichkeit der Entscheidung, 3. Freiheit von Zwang oder Optionsmanipulation durch Dritte, 4. Hinreichende Kenntnisse der entscheidenden Person, 5. Authentizität der Entscheidung. Im Fall der PID müsse, so schloss Schöne-Seifert, eine institutionelle Stärkung der Autonomie durch Einführung einer Beratungspflicht, einer kontrollierten Berater-Ausbildung sowie durch psychosoziale Begleitforschung und eine Kommerzialisierungs-Kontrolle angestrebt werden.

6. Am Ende der 1990er Jahre: Ökonomie als Gegenspielerin der Autonomie

Eine weitere Facette des inzwischen in den medizinethischen Diskurs eingeführten und dort weitgehend positiv konnotierten Autonomie-Begriffs findet sich am Ende der 1990er Jahre in einer Überschrift des Deutschen Ärzteblattes, in der von einem „Anschlag“ auf die Autonomie die Rede ist. Hier ging es jedoch nicht um die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten, sondern vielmehr um die Tarifautonomie im Krankenhaus, die zu diesem Zeitpunkt, jedenfalls aus der Sicht der beteiligten Gewerkschaften, als bedroht erschien. Die Gesundheitsreform 2000 sei darauf angelegt, so hieß es in dem Artikel vom 10. September 1999, den bisherigen „Dauerausreißer“ aus der Ausgabendisziplin, das Krankenhaus, „an die Kandare zu nehmen“. Die Auseinandersetzungen um eine tragbare Kompromisslösung in den krankenhauses relevanten Reformbestimmungen hätten zusätzlich das Klima bei den Tarifaufinandersetzungen der Gewerkschaften mit den öffentlichen Arbeitgebern in der Umsetzung krankenhausspezifischer Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes und weiterer arbeitsschutzrechtlicher Vorschriften verschlechtert.³⁶

Der Autonomie-Begriff hatte am Ende des Jahrzehnts durch seine Verwendung in der Me-

dizinethik ein so hohes Ansehen gewonnen, dass diese Aura sich offenbar auch metaphorisch auf das profane Gebiet berufspolitischer Dispute übertragen ließ. Ein „Angriff auf die Autonomie“ – hier die institutionelle Freiheit von Krankenhausverwaltungen und Gewerkschaften bei Tarifverhandlungen betreffend – erzeugte allein als bloßes rhetorisches Stilmittel eine intuitive Abwehrhaltung beim vorwiegend ärztlichen Leserkreis der Zeitschrift. Es dürfte kaum einen besseren Hinweis darauf geben, wie nachhaltig positiv sich der Terminus *Autonomie* mittlerweile in der Medizin etabliert hatte, obwohl – oder vielleicht gerade weil – sein Bedeutungsgehalt diffus und in zahlreichen Nuancen schillernd geblieben war.

Ebenfalls unter wirtschaftlichen Aspekten – und insoweit ein gravierendes ethisches Dilemma des frühen 21. Jahrhunderts antizipierend – betrachtete 1999 die Gesundheits- und Sozialwissenschaftlerin Ellen Kuhlmann das Spannungsfeld zwischen dem rhetorisch stets geforderten *Informed Consent* und der Konflikte vermeidenden Fehlinformation im Rahmen einer empirischen Studie über Patientenaufklärung unter ökonomischen Zwängen. Die von der Autorin erhobenen Befunde waren wenig ermutigend: Das Arzt-Patient-Verhältnis werde zunehmend von ökonomischen Interessen überlagert. Trotz einer mehrheitlichen Präferenz für die wahrheitsgemäße Aufklärung über ökonomische Aspekte dominiere das Bestreben, solche Motive hinter medizinischen Begründungen zu verschweigen. Die ärztliche Informationspolitik weise eine uneinheitliche und für Patienten undurchschaubare Praxis auf.³⁷ Das offizielle Plädoyer für das Wahrheitsprinzip sei nur solange relativ konsensfähig, wie es nicht mit den realen Interessen, Wünschen und Möglichkeiten von Patienten ebenso wie von Ärzten konfrontiert werde. Die Entscheidungsfindung eines Patienten werde zum Produkt ärztlicher Steuerungs- und Manipulationstaktiken, doch Patienten würden in dem Glauben gelassen, es sei ihre eigene Entscheidung.³⁸

7. Der Vorhang zu und alle Fragen offen?

Am Ende seiner epischen Parabel *Der gute Mensch von Sezuan*, die 1943 im Schauspielhaus Zürich uraufgeführt wurde, stellte Bertolt Brecht (1898 – 1956) die Zuschauer vor eine schier unlösbare Aufgabe, die sich für ihn aus der Enttäuschung über die Unmöglichkeit, in der realen (kapitalistischen) Welt moralisch gut zu handeln, ergab: „Wir stehen selbst enttäuscht und sehn betroffen den Vorhang zu und alle Fragen offen. [...] Verehrtes Publikum, los, such dir selbst den Schluss! Es muss ein guter da sein, muss, muss, muss!“³⁹

An jene zwischen Resignation und Appell oszillierenden Sätze fühlt sich der Verfasser dieses Beitrags beim Blick auf den Autonomie-Diskurs in der Medizin- und Bioethik der 1990er Jahre erinnert. Man darf sicherlich feststellen, dass in den letzten drei Jahrzehnten eine durch diesen philosophisch, vor allem aber juristisch und politisch geprägten Diskurs beförderte Stärkung des Patientenrechts auf Selbstbestimmung stattgefunden hat, die nach einer allzu langen Prädominanz des ärztlichen Paternalismus während des 20. Jahrhunderts notwendig geworden war und die ungemein befreiend gewirkt hat. Niemand, der als Medizinstudierender oder als junger Arzt noch in den 1970er oder den frühen 1980er Jahren sozialisiert wurde, möchte sich selbst oder seine Patienten heute erneut der autoritären Hierarchie und den willkürlichen Launen damaliger (Chef-)Ärzte ausgeliefert sehen, die den Begriff der Selbstbestimmung im Krankenhaus allenfalls auf ihre eigene Person bezogen.

Auf der anderen Seite entfaltet der rhetorische Kult um den Autonomie-Begriff gerade seit den 1990er Jahren in der akademischen Medizinethik eine zunehmende Eigendynamik, deren Beschleunigung bis in die Gegenwart anhält und die nicht ohne Sorge betrachtet werden kann. Während auf der argumentativen Vorderbühne, der *Front of House* im Sinne des Soziologen Erving Goffman (1922 – 1982), vor allem der positiv konnotierte Begriff *Respekt für die Selbstbestimmung* geradezu obsessiv ins Zentrum der Debatten gerückt wird,

geht es hinter den Kulissen, also *Backstage*, häufig darum, den Schutz des menschlichen Lebens im Interesse der biologischen Forschung oder der „reproduktiven Freiheit“ von Bürgerinnen und Bürgern einerseits so spät wie möglich beginnen, ihn andererseits aber unter dem Druck demografischer und vermeintlicher ökonomischer Notwendigkeiten eher früh enden zu lassen. Medizin- und Bioethik, die dem Wortsinn nach Bereichsethiken des Heilens beziehungsweise des Lebendigen schlechthin sein sollten, verwandeln sich vor unseren Augen seit einem Vierteljahrhundert allmählich in Disziplinen, die allzu oft den Tod im Gepäck haben, dessen vorzeitige Herbeiführung sie auch noch philosophisch zu rechtfertigen suchen.⁴⁰

Auf die Gefahr einer neuen Fremdbestimmung unter dem Deckmantel der Autonomie muss deshalb umso mehr hingewiesen werden, je häufiger mit diesem schillernden Terminus in der Medizinethik jongliert wird. Wie der Philosoph Roland Kipke zutreffend dargelegt hat, gibt es in der Bioethik bis heute keinen zureichenden Diskurs darüber, aus welchen Gründen Autonomie so wichtig ist und warum wir dazu verpflichtet sein sollen, sie zu achten. Für Kipke „drängt sich der Verdacht auf, dass eine im engeren Sinne moralische Begründungsstrategie, das heißt eine Begründung allein durch moralphilosophische Überlegungen, die auf Anleihen bei einem Konzept des guten Lebens verzichtet, weithin insgeheim für unmöglich gehalten wird und man den Versuch daher lieber unterlässt.“⁴¹ Es empfiehlt sich angesichts dieser schwachen Begründungslage umso mehr, im Einzelfall sehr genau zu prüfen, ob überall dort Selbstbestimmung enthalten ist, wo Autonomie postuliert und rhetorisch in Anspruch genommen wird. Zweifel daran sind erlaubt, ja vielleicht sogar geboten.

Referenzen

- 1 Hill T., *The Kantian Conception of Autonomy*, in: Christman J. (Hrsg.), *The Inner Citadel: Essays on Individual Autonomy*, Oxford University Press, New York (1989),

- S. 91-105
- 2 Dworkin G., *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge University Press, New York (1988), S. 121-129
 - 3 ebd., S. 34-47. Siehe dazu auch Christman J., *Autonomy in Moral and Political Philosophy*, Stanford Encyclopedia of Philosophy (2015), <http://plato.stanford.edu/entries/autonomy-moral/> (letzter Zugriff am 29.8.2016)
 - 4 Beauchamp T. L., Childress J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York (1979) [7th Revised Edition (2013)]
 - 5 Engelhardt Jr., H. T., *The Foundations of Bioethics (2nd Edition)*, Oxford University Press, New York, Oxford (1996), hier S. 288
 - 6 Wolpe P. R., *The Triumph of Autonomy in American Medical Ethics. A Sociological View*, in: De Vries R., Subedi J. (Hrsg.), *Bioethics and Society: Sociological Investigations of the Enterprise of Bioethics*, Prentice Hall, New York (1998), S. 38-59
 - 7 Steinfath H., *Das Wechselspiel von Autonomie und Vertrauen – eine philosophische Einführung*, in: Steinfath H., Wiesemann C. et al., *Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin*, Springer VS, Wiesbaden (2016), S. 11-68, hier S. 15
 - 8 ebd., S. 18
 - 9 Bühler K.-E., *Aggression und Autonomie. Ethische Aspekte in der Psychiatrie und Psychotherapie*, Deutsches Ärzteblatt (1989); 86: A2236
 - 10 Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland; Deutsche Bischofskonferenz, *Gemeinsame Erklärung „Gott ist ein Freund des Lebens – Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens“*, Gütersloh, Trier (1989), http://www.ekd.de/EKD-Texte/sterbebegleitung_sterbehilfe_4.html (letzter Zugriff am 29.8.2016)
 - 11 Ebd., Buchstabe a)
 - 12 *Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz – BtG) vom 12. September 1990*, Bundesgesetzblatt (1990); I: 2002-2027
 - 13 World Health Organization (WHO), *A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*, Kopenhagen (1994), http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf (letzter Zugriff am 29.8.2016)
 - 14 Blackhall L. J., Murphy S. T., Frank F., Michel V., Azen S., *Ethnicity and Attitudes Toward Patient Autonomy*, JAMA (1995); 274: 820-825
 - 15 Vollmann J., *Stand der bioethischen Forschung in den USA: Die Autonomie des Patienten spielt eine zentrale Rolle*, Deutsches Ärzteblatt (1995); 92: A1358-A1362
 - 16 ebd., S. A1362
 - 17 Reiter-Theil S., *Therapiebegrenzung und Sterben im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Ein integratives Modell für ein vernachlässigtes Problem*, Ethik in der Medizin (1998); 10: 74-90
 - 18 ebd., S. 77-78. Siehe dazu auch das autobiografische Werk: Noll P., *Diktate über Sterben & Tod, mit einer Totenrede von Max Frisch*, Pendo Verlag, Zürich (1984)
 - 19 ebd., S. 88-89
 - 20 Quante M., *Zwischen Autonomie und Heiligkeit: Ethik am Rande des Lebens*, Philosophischer Literaturanzeiger (1996); 49: 270-294
 - 21 Quante M., *Passive, indirekte und direkt aktive Sterbehilfe – deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen?*, Ethik in der Medizin (1998); 10: 206-226
 - 22 ebd., S. 220-221
 - 23 Bondolfi A., *Beihilfe zum Suizid: grundsätzliche Überlegungen, rechtliche Regulierung und Detailprobleme*, Ethik in der Medizin (2000); 12: 262-268, hier S. 263
 - 24 ebd., S. 266
 - 25 Eibach U., *Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie*, Zeitschrift für medizinische Ethik (1997); 43: 215-231; Eibach U., *Patientenautonomie angesichts schwerer Krankheit und des Todes? Eine empirisch-kritische Betrachtung eines philosophisch-juristischen Postulats*, Institut für Glaube und Wissenschaft, Marburg (2002), <http://www.iguw.de/uploads/media/Patientenautonomie.pdf> (letzter Zugriff am 29.8.2016)
 - 26 Eibach (2002), vgl. Ref. 25, S. 1
 - 27 ebd., S. 2, S. 4 und S. 7
 - 28 siehe dazu auch Bauer A. W., *Normative Entgrenzung. Themen und Dilemmata der Medizin- und Bioethik in Deutschland*, Springer VS, Wiesbaden (2017), hier Teil V: *Sollen wir sterben wollen? Der Mensch am Lebensende*, S. 219-273
 - 29 Der Handelsname lautet(e) *Mifegyne®*
 - 30 Bundesverfassungsgericht, *Urteil vom 28.05.1993 (Az.: 2 BvF 2/90)*, Karlsruhe (1993), BVerfGE 88, 203 ff., <https://www.jurion.de/Urteile/BVerfG/1993-05-28/2-BvF-2-90> (letzter Zugriff am 29.8.2016)
 - 31 Retzlaff I., *RU 486: Angst vor der Autonomie der Frauen?*, Deutsches Ärzteblatt (1993); 90: A254-A256, hier und im Folgenden S. A254
 - 32 ebd., S. A256
 - 33 Zur Geschichte der PID in Deutschland bis zum Jahr 2011 siehe Bauer A. W., vgl. Ref. 28, Kapitel 17: *Die Präimplantationsdiagnostik als Gefahr für den Lebensschutz*, S. 193-202
 - 34 Schöne-Seifert B., *Präimplantationsdiagnostik und Entscheidungsautonomie*, Ethik in der Medizin (1999); 11: S87-S98
 - 35 Faden R. R., Beauchamp T. L., *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, Oxford (1986)

- 36 Clade H., *Krankenhäuser: Anschlag auf Autonomie*, Deutsches Ärzteblatt (1999); 96: A2173
- 37 Kuhlmann E., *Im Spannungsfeld zwischen Informed Consent und konfliktvermeidender Fehlinformation: Patientenaufklärung unter ökonomischen Zwängen. Ergebnisse einer empirischen Studie*, Ethik in der Medizin (1999); 11: 146-161, hier S. 146-147
- 38 ebd., S. 154, 155, 159. Siehe auch Sulmasy D. P., *Managed Care and the New Medical Paternalism*, Journal of Clinical Ethics (1995); 6: 324-326
- 39 Brecht B., *Der gute Mensch von Sezuan. Parabelstück*, Edition Suhrkamp, Frankfurt am Main (1964)
- 40 Bauer A. W., vgl. Ref. 28, Vorwort, S. IX-X
- 41 Kipke R., *Autonomie als Element des guten Lebens. Über die Begründung eines zentralen Prinzips in der Medizinethik*, in: Anselm R., Inthorn J., Kaelin L., Körtner U. (Hrsg.), *Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen*, Edition Ruprecht, Göttingen (2014), S. 67-83, hier S. 72

Franz Josef Illhardt

Einschränkung der Patientenautonomie und Zurechnungsfähigkeit

Restriction of Patient Autonomy and Accountability

Zusammenfassung

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Einschränkungen der Autonomiepraxis

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

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

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

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

probleme benannt, die solche Alternativen sinnvoll erscheinen lassen.

Zustände mit eingeschränktem Bewusstsein⁶

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

Dementielle Erkrankungen

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

Minderjährige

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

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

Affektive Störungen

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

Soziale Ausnahmestände

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

Armut

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

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

Kulturunterschiede bei Migration

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

Abhängigkeitsverhältnis

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

Schwerste Erkrankungen

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

Behandlungsverzicht

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

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

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

2. Ein Fall aus der Ethik-Beratung

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Rhetorik der Autonomie

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

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

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

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

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

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

4. Was ist Zurechnungsfähigkeit?

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

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

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

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

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

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

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

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

Zusammengefasst bedeutet das:

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

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

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

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

5. Ergänzende Perspektiven der Zurechnungsfähigkeit

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

1. Narration

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

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

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

Dem Patienten und seiner Frau waren folgende Dinge wichtig:

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

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

2. Fokus der Lebensgeschichte

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

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

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

3. Ansatz der Sorge

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

6. Zurechnungsfähigkeit und das Inkognito der Person

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

Dieser Rekurs auf die Person bedeutet dreierlei:

1. Person: Bedingung der Moralität

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

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

2. Verzicht auf eindeutige Festlegungen

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

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

für das bioethische Prinzip der Autonomie?

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

3. Normativität der Außenwelt

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

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

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

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

Referenzen

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

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

Stefan Heuser

Autonomie und asymmetrische Kommunikation in der Pflege

Autonomy and Asymmetric Communication in Care

Zusammenfassung

Dieser Beitrag geht der Frage nach, was es heißt, Selbstbestimmung unter den Bedingungen asymmetrischer Kommunikation in der Pflege zu achten. Dazu beschreibt er die Kennzeichen asymmetrischer Kommunikation mithilfe der Phänomenologie, der Alteritätsphilosophie und der politischen Theorie und entwickelt einen Begriff von Autonomie im Gespräch mit T. L. Beauchamp und J. F. Childress. Der Beitrag kommt zu dem Schluss, dass die Selbstbestimmung eines pflegebedürftigen Menschen an seiner Einbeziehung in eine dichte Form von verbaler und nonverbaler Verständigung hängt, in der er vor Vereinnahmung geschützt ist und zugleich mit dem, was ihn als ein Selbst ausmacht, zur Geltung kommt.

Schlüsselwörter: Autonomie, Selbstbestimmung, Pflege, Asymmetrische Kommunikation, Macht

Abstract

This paper examines the question of what autonomy is under the conditions of asymmetric communication in nursing care. Characteristics of this asymmetric communication can be derived from phenomenology, the philosophy of alterity, and political theory. The author develops a concept of autonomy in conversation with T. L. Beauchamp and J. F. Childress. The paper concludes that the autonomy of a person in need of care requires his close and intensive participation by means of verbal and non-verbal communication. This will protect him/her against usurpation and provide him/her with a means to support his own self.

Keywords: autonomy, self-determination, care, asymmetric communication, power

Prof. Dr. Stefan Heuser
Evangelische Hochschule Darmstadt
Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften, RII 9
Zweifalltorweg 12, D-64293 Darmstadt
stefan.heuser@eh-darmstadt.de

So unscheinbar es auch daherkommt – das Wörtchen „und“ im Titel dieses Beitrags hat es in sich: In der Pflegepraxis markiert diese Konjunktion zwischen der Autonomie der beteiligten Personen und der asymmetrischen Kommunikation ein vielschichtiges Spannungsfeld. Die Komplexität dieses Spannungsfeldes wird noch dadurch gesteigert, dass die Kommunikation in der Pflege eine Vielzahl unterschiedlicher Asymmetrien aufweist, unter denen Autonomie realisiert werden muss und oft nur mit viel Einsatz, Empathie, Geduld, Respekt, pflegerischer Kunst und in komplexen Formen von Zusammenwirken und Zusammenleben realisiert werden kann.

Viele Pflegefachkräfte kennen Paul Watzlawiks kommunikationswissenschaftlichen Blick auf die asymmetrische Kommunikation zwischen einem „Sender“¹ und einem „Empfänger“. Nach Watzlawik bestimmt die Gleichheit bzw. die Ungleichheit der Kommunikationsteilnehmer, ob Interaktionen eine „symmetrische“ oder eine „komplementäre“ Gestalt annehmen. Gleiche bzw. Ebenbürtige kommunizieren spiegelbildlich, Ungleiche – einander in einer superioren und in einer inferioren Position begegnende – ergänzen einander.² Es ist kein Zufall, dass Watzlawik als Gegenbegriff zur symmetrischen Kommunikation nicht etwa von „Asymmetrie“, sondern von „Komplementarität“ spricht und dieses Gegensatzpaar als eines von fünf pragmatischen Axiomen von Kommunikation versteht. Sein Interesse richtet sich primär auf die Ereignisfolgen der binären Kommunikation zwischen Sender und Empfänger und auf die möglichen Beziehungskonflikte, die sich daraus ergeben, nicht auf mögliche Brüche und Überschüsse in der Kommunikation, die das binäre Kommunikationsmodell selbst infrage stellen. Gleichheit bzw. Ungleichheit sind für Watzlawik Ausgangspunkte und Bestimmungsfaktoren kommunikativer Abläufe, die Einsichten in kommunikative Dynamiken gewähren. Was bei diesem Zugang kaum in den Blick kommt, sind Brüche in der Vergleichbarkeit von Sender und Empfänger, die das Phänomen der Komplementari-

tät überschreiten und die Kommunikation als radikale Asymmetrien begleiten.

Für die Ethik gibt der Begriff der asymmetrischen Kommunikation daher Anlass, auch Phänomene der Verflechtung von Eigenem und Fremden³ und der in der Kommunikation beständig in Form des Entzugs präsenten Andersheit des Anderen⁴ in den Blick zu nehmen. Insbesondere in der Pflegeethik sind radikale Asymmetrien und Transformationsprozesse in der Kommunikation zu thematisieren, die binäre Kommunikationsmodelle nicht abbilden. Die Kommunikation enthält in der Pflege nicht selten eine symbiotische Dimension, die über eine formale Achtung der Individualität des Anderen hinausgeht. Nicht immer ist im Vorgang des Pflegens klar, wo das Eigene aufhört und das Fremde anfängt. Zugleich bleibt der Andere auf eine radikale Weise fremd, die sich nicht einfach als Ungleichheit beschreiben lässt. Der Andere entzieht sich und steht dabei unter Schutz – umso mehr, als die Proximität in Pflegebeziehungen eine enorme Vulnerabilität mit sich bringt. Unter diesen gegenüber einer rationalisierenden Überführung in Symmetrien und Ordnungen widerspenstigen Bedingungen realisiert sich in der Pflege ein selbstbestimmtes Entscheiden und Leben, kurz: die Autonomie.

Um ein solches Verständnis des Zusammenhangs von Autonomie und asymmetrischer Kommunikation anzubahnen, wende ich mich in einem ersten Teil dem Begriff der asymmetrischen Kommunikation aus einer ethischen Perspektive zu. Dabei werde ich Hannah Arendts Unterscheidung von Macht und Gewalt, Einsichten aus Bernhard Waldenfels' Phänomenologie des Fremden sowie Aspekte der Alteritätsphilosophie von Emmanuel Lévinas aufnehmen. Im Fokus stehen dabei ausschließlich Asymmetrien in der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen. Im zweiten Teil werde ich ausführen, was sich aus pflegeethischer Sicht mit dem Begriff der Autonomie verbindet. Dazu werde ich vor dem Hintergrund der im ersten Teil beschriebenen leibphänomeno-

logischen und machttheoretischen Einsichten das Gespräch mit dem neueren bioethischen Autonomiediskurs aufnehmen. Im abschließenden dritten Teil werde ich die Frage beantworten, was es heißt, die Selbstbestimmung zu achten.

1. Asymmetrische Kommunikation aus ethischer Perspektive

Aus ethischer Perspektive ist Asymmetrie in der Kommunikation in erster Linie eine Frage der Macht. Ungleiche Voraussetzungen hinsichtlich des sozialen und ökonomischen Rangs, der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, der Stärke, des Vermögens, der Bedürftigkeit und Abhängigkeit, der Sprach- und Sprechfähigkeit, der Informiertheit, des Organisationsgrades, der Vertrautheit mit räumlichen und kulturellen Gegebenheiten, der Gruppenzugehörigkeit usw. begründen eine Asymmetrie zwischen den Akteuren in der Pflege, die sich als Machtgefälle beschreiben lässt. Norbert Elias hat Macht aus soziologischer Perspektive sogar als Struktureigentümlichkeit aller menschlichen Beziehungen beschrieben: „Insofern als wir mehr von anderen abhängen als sie von uns, mehr auf andere angewiesen sind als sie auf uns, haben sie Macht über uns, ob wir nun durch nackte Gewalt von ihnen abhängig geworden sind oder durch unsere Liebe oder durch unser Bedürfnis, geliebt zu werden, durch unser Bedürfnis nach Geld, Gesundheit, Status, Karriere und Abwechslung.“⁴⁵ Das Phänomen der Macht taucht demnach überall in menschlichen Beziehungen auf: Wer anderen helfen kann, hat Macht. Aber auch derjenige, der einen anderen beauftragt, ihm zu helfen, erzeugt Macht. Indem er ihn damit betraut, etwas an seiner Stelle zu tun, überträgt er Macht auf den anderen.

Macht ist demnach etwas, das jeder Mensch in Beziehungen entfaltet oder dem er unterliegt. Allerdings ist es aus ethischer Perspektive offen, in welche Art von machtvoller Interaktion das aus der Asymmetrie herrührende Machtgefälle mündet, bzw. welche Art von Macht in der asymmetrischen Kommunikation ausgeübt wird. Hier tut

sich mit Hannah Arendts Unterscheidung zwischen Macht und Gewalt eine für die Ethik wichtige Alternative auf: Demnach kann die ungleiche Machtverteilung in einer Beziehungsasymmetrie dazu führen, dass einer seine Interessen gegen den Willen eines anderen durchsetzt bis dahin, dass sich einer des anderen bemächtigt. Ein wie auch immer geartetes Vermögen wird dabei direkt in Handlungsmacht übersetzt. Nach Max Webers klassischer Definition ist Macht „jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruht“.⁴⁶ Es ist aber nicht ausgemacht, dass Menschen ihre Macht gegeneinander einsetzen und dem vermeintlichen Recht des Stärkeren folgen. Nach Hannah Arendt ist dies geradezu das Kennzeichen von Gewalt, die von Macht zu unterscheiden ist.

Macht und Gewalt in der Pflege

Arendt zufolge entsteht Macht erst da, wo Menschen sich zusammentun und gemeinsam etwas Neues anfangen: „Macht entspricht der menschlichen Fähigkeit, nicht nur zu handeln oder etwas zu tun, sondern sich mit anderen zusammenzuschließen und im Einvernehmen mit ihnen zu handeln. Über Macht verfügt niemals ein Einzelner; sie ist im Besitz einer Gruppe und bleibt nur solange existent, als die Gruppe zusammenhält. Wenn wir von jemand sagen, er ‚habe die Macht‘, heißt das in Wirklichkeit, dass er von einer bestimmten Anzahl von Menschen ermächtigt ist, in ihrem Namen zu handeln. In dem Augenblick, in dem die Gruppe ... auseinandergeht, vergeht auch ‚seine Macht‘.“⁴⁷ Macht ist demnach dadurch gekennzeichnet, dass Menschen sie nur gemeinsam haben. „Macht entsteht, wann immer Menschen sich zusammentun und gemeinsam handeln, ihre Legitimität beruht nicht auf den Zielen und Zwecken, die eine Gruppe sich jeweils setzt; sie stammt aus dem Machtursprung, der mit der Gründung der Gruppe zusammenfällt.“⁴⁸ Sie kann sich aber auch da realisieren, wo einer den anderen ermächtigt, stellvertretend für ihn zu handeln. Das

heißt auch, dass Macht ein identifizierbares Phänomen ist: Sie resultiert anders als die Gewalt nicht aus einer anonymen Willkürentscheidung, sondern aus einer klar benennbaren Ermächtigung.

Diese Macht des gemeinsamen, kommunikativen Handelns ist von der – von Arendt als Gewalt bezeichneten – Macht eines wie auch immer beschaffenen Vermögens oder einer Stärke zu unterscheiden, die jemand bereits hat und mit der er sich gegen andere durchsetzen kann. Der Extremfall der Gewalt besteht laut Arendt in der Konstellation „Einer gegen alle“, während Macht im Extremfall „Alle gegen einen“ bedeutet.⁹ Macht beruht auf Freiheit. Sie unterbricht die scheinbaren Gesetzmäßigkeiten der gegebenen Asymmetrien und Zwangsverhältnisse, während die Gewalt diese fortschreibt. Während Gewalt auf der Faktizität asymmetrisch verteilten Vermögens beruht und mithilfe dieses Potentials Effekte erzwingt, entsteht Macht erst dadurch, dass Menschen unter den Bedingungen asymmetrischer Kommunikation gemeinsame Sache machen: Sie wird kommunikativ generiert und als Handlungsmacht ausgeübt.

Asymmetrische Kommunikation kann demnach die Signatur der Macht oder der Gewalt tragen, je nachdem, ob sie zu gemeinsamem oder stellvertretendem Handeln führt oder lediglich faktische Vermögensverteilungen über die Interessendurchsetzung und Selbstbehauptung eines Kommunikationsteilnehmers in die Tat umsetzt, ohne den Anderen in der Willensbildung und im Handeln einzubeziehen. Um zu vermeiden, dass Macht in Gewalt umschlägt, ist es geboten, den Anderen so gut wie möglich einzubeziehen und im Falle des Eindringens in seinen Schutzbereich um sein Einverständnis zu ersuchen. Dieser für die Ethik insgesamt zentrale, aber für die Pflegeethik wegen der besonderen Vulnerabilität der beteiligten Personen besonders vordringliche Grundsatz wird allerdings unter den Bedingungen extremer kommunikativer Asymmetrien auf die Probe gestellt.

Blickt man auf die Voraussetzungen der Kommunikation in der Pflege, insbesondere auf die

Pflegenden und Patienten, dann zeigen sich die typischen strukturellen Asymmetrien helfender Berufe. Die vielfältigen Asymmetrien in der Kommunikation mit Angehörigen sowie in der intra- und interprofessionellen Kommunikation im Pflegebereich seien an dieser Stelle bewusst ausgeblendet. Allein schon die Rollenasymmetrie zwischen hilfesuchenden Patienten und fachkundigen, zum Helfen fähigen Pflegenden etabliert zahlreiche Asymmetrien in der Kommunikation. Hinzu kommen Asymmetrien, die durch die institutionellen Rahmenbedingungen erzeugt werden. Einige Kennzeichen „totaler Institutionen“¹⁰ inklusive ihrer Abhängigkeits- und Überwachungsmechanismen finden sich auch in den Institutionen des Gesundheitswesens, insbesondere in Krankenhäusern und Heimen.¹¹ Aber auch in der Kommunikationspraxis selbst, im Vollzug der Kommunikation, entstehen vielfältige Asymmetrien, z. B. durch nonverbale Kommunikation, durch die missverständliche Definition von Beziehungen, durch Diskrepanzen in der Interpunktion, durch Manipulation, durch die Vermittlung oder das Vorenthalten von Informationen oder durch die Verwendung von Fachsprache.

Viele Pflegebedürftige haben nur eingeschränkte Möglichkeiten, ihre Anliegen zu artikulieren und kommunikativ zur Geltung zu bringen. Nicht selten können sie keine Gleichrangigkeit in der Kommunikation einfordern und bleiben darauf angewiesen, dass die Pflegenden gemeinsam mit ihnen handeln oder ihre Interessen stellvertretend ausüben. Folgt man Hannah Arendts Unterscheidung von Macht und Gewalt, dann fängt das Problem der Gewalt in der Pflege nicht erst bei unmittelbaren körperlichen Gewaltakten, verbalen Aggressionen, Vernachlässigung, Diebstahl, Veruntreuung und Medikamentenmissbrauch, sondern schon bei der Missachtung der Intimsphäre und psychischer Manipulation an.¹² Gewalt entsteht schon da, wo sich einer aufgrund seiner Stärke über die legitimen Interessen eines Schwächeren hinwegsetzt. Anders aber als in Hannah Arendts politischem Modell von kommunikativer

Machtgenerierung entsteht die gemeinsame Macht im pflegerischen Handeln wegen der zum Teil extremen Asymmetrien erst durch das Kennen und Verstehen des Anderen, durch Einfühlung, Achtsamkeit und Responsivität.¹³

Die Entsprechungslogik

Geht man von einer solchen Beschreibung des Verhältnisses von Macht und Gewalt in Asymmetrien in der Kommunikation in der Pflege aus, dann kommt man in der Pflegeethik mit einfachen Handlungsorientierungen wie dem Gegenseitigkeitsgrundsatz der Goldenen Regel schon recht weit. Derartige Reziprozitätsregeln finden sich in unterschiedlicher Form in zahlreichen Religionen und Philosophien. „Wie ihr wollt, dass euch die Leute tun sollen, so tut ihnen auch!“, sagt Jesus im Evangelium nach Lukas (6,31). In einer populären Version lautet diese Regel, ins Negative gewendet: „Was du nicht willst, das man dir tu, das füg auch keinem andern zu.“ Der Philosoph Paul Ricoeur sagt, dass es sich dabei um eine „Logik der Entsprechung“¹⁴ handelt, die tief in unserer Alltagsethik verankert ist. Die Entsprechungslogik begründet die Einbeziehung des Anderen aber nicht nur im Sinne des Talionsprinzips („Wie du mir, so ich dir“) oder des utilitaristischen Kalküls („Ich gebe, damit du gibst“), sondern auch im Sinne des zweiten Gerechtigkeitsprinzips von John Rawls, demzufolge es im Sinne der Gegenseitigkeit gerecht ist, den jeweils geringeren Teil im Rahmen von sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten aufzuwerten.¹⁵ Die in der Goldenen Regel angelegte Perspektivenübernahme schließt damit auch extrem asymmetrische Kommunikationssituationen ein. Auch die Interessen von Wachkomapatienten, die nicht mehr auskunftsfähig sind, sind demnach im Sinne der Goldenen Regel zu berücksichtigen: Ethische Forderungen gründen demnach darin, dass alle Menschen im Prinzip einen gleichrangigen Anspruch auf die Berücksichtigung ihrer berechtigten Interessen haben.

Das Inkommunikable

Die Logik der Entsprechung aber reicht dennoch nicht aus, um das Phänomen der ethischen Forderung in der asymmetrischen Kommunikation, mithin die Asymmetrie von Eigenem und Fremdem in ihrer Radikalität sowie die Formen leiblicher Verflechtung von Fremdem und Eigenem zu erfassen. Es macht die Asymmetrie in der asymmetrischen Kommunikation aus, dass sie sich nicht vollständig in eine Ordnung überführen lässt, in der sich eigene und fremde Perspektiven und Ansprüche vergleichen, bemessen und auf eine Stufe stellen ließen. Der Philosoph Bernhard Waldenfels dazu: „Im kommunikationstheoretischen Modell von Sender und Empfänger, im sozialtheoretischen Modell einer Reziprozität der Perspektiven, im Entwicklungsmodell einer zunehmenden Reversibilität der Standpunkte, schließlich in der ethischen Form der Goldenen Regel stecken jeweils zwei mehr oder weniger deutlich entfaltete Voraussetzungen, dass nämlich Eigenes und Fremdes säuberlich zu trennen sind und dass eine symmetrische Verteilung der eigenen und fremden Beiträge ein Höchstmaß gleichzeitiger Rationalität und Sozialität verkörpert.“¹⁶ Diese Annahmen aber seien spätestens dann fragwürdig, „wenn die gemeinsamen Voraussetzungen der Verständigung selber auf dem Spiel stehen, das heißt, wenn der Dialog nicht bloß der Ordnung eines Diskurses folgt, sondern seine Ordnung ändert. Da in diesem Fall nichts da ist, was einfach weitergegeben werden könnte, lässt sich nicht angeben, wo Eigenes aufhört und Fremdes beginnt. Es gibt hier sozusagen eine dialogische Unschärferelation. (...) Mit Merleau-Ponty sprechen wir in diesem Falle von einer ‚Verflechtung‘ eigenen und fremden Verhaltens, die sich zu einer ‚Zwischenleiblichkeit‘ ausformt.“¹⁷

Neben solchen Verflechtungseffekten gibt es auch Brüche in der Kommunikation, die einer Symmetrisierung in Gestalt einer moralischen Einordnung und Bearbeitung der Kommunikation entgegenstehen. Die Brechung beginnt schon da, wo einer der Kommunikationsteilnehmer aus der Kommunikation ausscheren muss, um den

Vergleich von Fremdem und Eigenem vornehmen zu können. Die anhand der Goldenen Regel vorgenommenen Gleichsetzungsbemühungen brechen sich dann vollends daran, dass sich der Andere in seiner überschießenden Andersheit nie abschließend einordnen lässt. Die Beziehung zum Anderen bleibt asymmetrisch, so sehr der eine auch versucht, durch Perspektivenübernahme eine Symmetrie herzustellen. Waldenfels dazu: „Hiermit wird inmitten der Kommunikation ein *Inkommunikables* sichtbar (...). Wir überschreiten den Diskurs, ohne anderswo anzukommen; einer ist dem andern immer nur *auf der Spur*.“¹⁸

Ethik als Anspruch des Anderen

Dass demnach in der Kommunikation das Fremde mit dem Eigenen verflochten ist und dass der Andere zugleich immer auch radikal fremd bleibt, zeigt sich vor allem dann, wenn man den Ausgangspunkt der Ethik nicht beim Handlungssubjekt, sondern beim Anderen verortet. Emmanuel Lévinas zufolge entsteht das ethische Subjekt überhaupt erst durch einen Ruf in die Verantwortung, der vom anderen als dem inkommensurablen Anderen her ausgeht. Lévinas spricht hier von einer „Epiphanie des Antlitzes“ des Anderen, auf das wir keinen Zugriff haben, sondern das uns ergreift.¹⁹ Die ethische Forderung gründet demnach in einer radikalen Asymmetrie. Ethik setzt damit ein, dass von dem Anderen her ein „absolut heteronomer Appell“,²⁰ eine unendliche Forderung an mich ergeht, die sich nicht in Gegenseitigkeit überführen lässt, im Gegenteil: Der Andere begründet in seinem absoluten Anspruch an mich gerade kein reziprokes Verhältnis, sondern bleibt mir als Anderer ein fremdes Gegenüber: „Die Fremdheit des Anderen, der Umstand, dass er nicht auf mich, meine Gedanken und meinen Besitz zurückgeführt werden kann, vollzieht sich nur als Infragestellung meiner Spontaneität, als Ethik.“²¹ Die Ethik gründet in einem Ruf in die Verantwortung, der von außen kommt und nicht in ein Regelwerk integriert werden kann. Sie hängt an der bleibenden Asymmetrie von Ich und dem Anderen.

Blickt man von diesen Überlegungen her auf pflegerische Interaktionen, dann zeigt sich, dass Lévinas Beschreibung der radikalen kommunikativen Asymmetrie ein Phänomen in den Blick rückt, das in der Pflege einen bleibenden Unruheherd bildet. Vom Patienten oder Bewohner, aber auch von Angehörigen und Kollegen – kurz: vom Anderen – geht eine ethische Forderung aus, die sich nicht dadurch stillstellen lässt, dass das Ich sie als legitim oder illegitim abweist. Sie lässt sich in keiner moralischen Regel so abbilden, dass sich das moralische Subjekt je dem Anspruch des Anderen gegenüber vollständig rechtfertigen oder ins Recht setzen könnte. Es bleibt ein Überschuss, der moralisch nicht abgegolten werden kann.

Der Appell, der vom Antlitz des Anderen ausgeht, ruft das Ich in eine unmittelbare und einseitige Verantwortung, die allen moralischen Erwägungen rund um die Gegenseitigkeit vorausgeht. Das ethische Subjekt wird vom Appell des Anderen Lévinas zufolge überhaupt erst hervorgerufen, d. h., dass der Ruf des Anderen nicht nur auf ein moralisches Koordinatensystem trifft, das über seine Berechtigung entscheidet, sondern die Verantwortungsbeziehung überhaupt erst konstituiert. Das ethische Rasonnement, die Suche nach Rechtfertigungen und Gründen für unser Tun und unser Lassen, wird vom Anderen her unterbrochen. So sehr wir uns auch bemühen, die Asymmetrien zwischen Pflegenden und Pflegenehmenden professionell zu bearbeiten und Pflegebeziehungen zu versachlichen, so wenig lassen sie sich doch in Reziprozitätsverhältnisse überführen. Das ethische Subjekt bleibt immer auch die „Geisel“ des Anderen.²² Der Ruf in die Verantwortung, der vom Anderen ausgeht, lässt sich abweisen, aber nicht aus der Welt schaffen.

Es ist wichtig, dass diese Asymmetrie nicht leichthin mit der Hilfsbedürftigkeit der Patienten identifiziert wird. Sie ist aber mit ihr verbunden. Die Not des Anderen, die in der Epiphanie des Antlitzes präsent wird, ist immer mehr als der klassifizierbare Grad seiner Pflegebedürftigkeit. Diese Bedürftigkeit ist aber der Kontext, in dem das Ich

vom Anderen in die Verantwortung gerufen wird. Gerade in der Proximität pflegerischer Interaktionen bekommen es die Beteiligten demnach mit einer unhintergehbaren Asymmetrie der ethischen Ursituation zu tun, in der die unendliche Bedürftigkeit, Abhängigkeit und Verletzlichkeit des Anderen aufscheint. Zugleich müssen wir damit rechnen, dass alle Versuche, die asymmetrische Kommunikation in der Pflege auszugleichen oder zu kompensieren, von einer bleibenden Andersheit des Anderen affiziert und unterwandert werden. Wie unter diesen Bedingungen Autonomie als normatives Prinzip verstanden und wie Autonomie in Pflegebeziehungen zur Geltung kommen kann, wird im nächsten Schritt zu klären sein.

2. Autonomie unter den Bedingungen asymmetrischer Kommunikation in der Pflege

Wenn von Autonomie in der Pflege die Rede ist, steht dabei noch immer das von Tom L. Beauchamp und James F. Childress in ihren „Principles of Bio-medical Ethics“ entwickelte und mehrfach modifizierte Prinzip des „Respekts vor Autonomie“²³ im Mittelpunkt. Dieses Standardmodell von Patientenautonomie dient vor allem zur Abwehr eines ärztlichen oder pflegerischen Paternalismus. Es richtet den Fokus vor allem auf die formalen Bedingungen, unter denen Patienten konkrete Entscheidungen über medizinische Behandlungen treffen können, die zu respektieren sind. Autonomie wird dabei einerseits als individuelles Recht auf Selbstbestimmung des Patienten verstanden, andererseits als Fähigkeit dieses Patienten, selbst Entscheidungen zu treffen. Zwischen den beiden Bedeutungsgehalten besteht eine Spannung, da das Recht auf Autonomie einerseits universal gilt, andererseits aber oft nur eingeschränkt wahrgenommen werden kann, wenn beispielsweise Patienten noch nicht oder nicht mehr über die nötige Entscheidungskompetenz verfügen.²⁴

In solchen Fällen lässt sich Autonomie nicht nur als ein Schutzrecht verstehen, dem eine Pflicht entspricht, dieses Recht zu achten, indem nicht in

selbstbestimmte Handlungen eingegriffen wird, sondern auch als Gewährleistungsrecht, dem die Pflicht entspricht, Patienten zur Entscheidung zu befähigen oder bei bleibender Entscheidungsunfähigkeit die Durchsetzung ihres mutmaßlichen Willens stellvertretend zu gewährleisten. Beauchamp und Childress beschreiben dies als ein Zusammenspiel von negativen Schutz- und positiven Befähigungspflichten.²⁵

Prozedurale und substantielle Definition von Autonomie

Die Autonomie eines Menschen ist demnach in jedem Fall zu achten, und die Frage ist, nach welchen Kriterien eine Entscheidung als selbstbestimmt gelten kann bzw. ab wann ein Mensch aufgrund seiner physischen und psychischen Disposition als vollumfänglich selbstbestimmungsfähig anerkannt werden soll oder Hilfe zur Selbstbestimmung braucht. Ein großer Teil der Literatur über den Respekt vor der Autonomie des Patienten beschäftigt sich mit diesen Fragen. Man hat hier zwischen eher prozeduralen und eher substantiellen Definitionen von Autonomie unterschieden, wobei Autonomie in prozeduralen Ansätzen eher an dem selbstbestimmten Zustandekommen einer Entscheidung gemessen und deren inhaltliche Begründung zurückgestellt wird, während das Kriterium für eine selbstbestimmte Entscheidung bei substantiellen Ansätzen darin liegt, dass die Person ihre Entscheidung rational begründen kann.²⁶ Nach prozeduralem Verständnis reicht es aus, dass eine Handlung durch den Willen zu wollen bestimmt ist bzw. sich ein Patient mit seiner Entscheidung wirklich identifizieren kann²⁷ oder dass diese Unterscheidung einen kohärenten Zusammenhang zu weiteren Entscheidungen dieses Patienten²⁸ bzw. zu seiner Lebensgeschichte bildet.²⁹ Nach substantiellem Verständnis gehört es zu einer selbstbestimmten Entscheidung, dass die Patienten rationale, intersubjektiv einsehbare Gründe angeben können.³⁰ Die Schwelle, ab der eine Entscheidung als selbst-

bestimmt gelten kann, wird hier entsprechend höher als bei prozeduralen Ansätzen gelegt.

In den dichten, verbalen und nonverbalen Kommunikationszusammenhängen der Pflege zeigen sich allerdings schnell die Grenzen eines auf die Entscheidungen, auf die Entscheidungskompetenz und auf den informed consent zugespitzten Autonomiebegriffs.³¹ Folgt man beispielsweise dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel, dann muss die Patientenautonomie auch in der Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, in den Pflegebeziehungen und in der Begleitung in existentiellen Erfahrungen gewahrt bleiben bzw. gefördert werden.³² Entsprechend realisiert sich Autonomie hier nicht nur in Behandlungsentscheidungen, sondern auch in der gemeinsamen Lebensgestaltung und in den Lebensgestalten, d. h. in der jeweiligen Existenzform, die das menschliche Leben annimmt und innerhalb derer Menschen ihr Leben führen und erleiden.³³ Dies hat auch zu einer Weiterentwicklung der Patientenvorsorge im Sinne eines Advance Care Planning geführt.³⁴ Denn selbst der in einer Patientenverfügung schriftlich festgelegte Wille des Patienten muss auf die jeweils vorliegende Situation hin ausgelegt und dazu gegebenenfalls mit weitergehenden Anamnesen seiner persönlichen Werthaltungen und deren möglicher Variabilität in der akuten Situation abgeglichen werden.³⁵ Wie Michael Coors gezeigt hat, ist die Autonomie eines nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten trotz des Vorliegens einer Patientenverfügung nur durch einen Auslegungs- und Urteilsprozess hindurch zur Geltung zu bringen, der eine Näherbestimmung der Autonomie im Sinne inhaltlich zu bestimmender Werthaltungen und Präferenzen des Patienten nötig macht.³⁶ Dies setzt voraus, dass der Patient in seiner Besonderheit mit vielem von dem, was zu ihm gehört und was ihm wichtig war und ist, präsent wird.

Personale und relationale Autonomie

So wichtig daher ein formales Verständnis von Autonomie als universales Schutz- und Abwehr-

recht ist, das allen Patienten unbeschadet ihrer aktuellen Autonomiefähigkeit zukommt, so wichtig ist demnach auch die Weiterentwicklung des Autonomiebegriffs im Sinne einer personalen³⁷ und relationalen³⁸ Autonomie. Entsprechend wird der Autonomiebegriff im Bioethikdiskurs seit Jahren kontinuierlich weiter ausdifferenziert.³⁹ Nimmt man die oben näher erläuterten Phänomene der radikalen Asymmetrie und der Zwischenleiblichkeit in der asymmetrischen Kommunikation und Hannah Arendts Unterscheidung von Gewalt und kommunikativ generierter, gemeinsamer Macht hinzu, sollte Autonomie in der Pflege nicht nur als Schutzbegriff, sondern auch als Anerkennungs- und Befähigungskategorie⁴⁰ zur Geltung kommen. Vor allem aber gehört zur Verwirklichung der Autonomie von Patienten, die ihre Selbstbestimmung nicht kognitiv und argumentativ, sondern leibsprachlich und affektiv ausdrücken, ein hohes Maß an feinfühligem, tastendem und nachgehender Kooperation. Das gemeinsame Handeln, das der Gewalt entgegensteht, wird in der Pflege durch Responsivität für die vielfältigen Formen leiblicher Kommunikation generiert.

Autonomie als Abwehr- und Anspruchsrecht

Um den Anderen in seiner Besonderheit bis hin zu seiner radikalen Fremdheit vor manipulativen Zugriffen zu schützen, bedarf es gerade im Nahbereich der Pflege einer streng formalen Auslegung von Autonomie als individuelles Schutzrecht. Um des gemeinsamen Handelns, Kooperierens und Zusammenlebens in der Pflege willen aber kann das „Selbst“, um dessen Selbst-Bestimmung es geht, nicht anonym bleiben, so dass die Autonomie auch in ihrem personalen und relationalen Charakter jenseits einer kognitivistischen Verengung zur Geltung kommen muss. Autonomie realisieren Menschen nicht alleine, sondern zusammen mit anderen, so wie sich auch ein autonomes Selbst erst in von wechselseitiger Anerkennung geprägten sozialen Interaktionen ausbilden kann. In einem Beitrag der Evangelischen Kirche in Deutschland zum „Leben mit

Demenz“ schreibt der Theologe Peter Dabrock: „(...) kein Mensch kann Selbstbestimmung entwickeln, entfalten, bewahren und bewähren, wenn er nicht aus und für Beziehungen lebt. Beziehungen verwirklichen sich aber durch wechselseitige Fürsorge. Fürsorge kommt damit für Selbstbestimmung eine konstitutive Bedeutung zu. Ohne Zweifel können deshalb Würdeprädikate des Menschen wie vornehmlich seine Fähigkeit zur Selbstbestimmung, die sogleich verfassungsrechtlich und ethisch als Schutznorm verstanden wird (...), kulturell kaum entwickelt, gedeutet und weitergegeben werden, wenn sie nicht in Vorstellungskontexte guten Lebens, wie sie in der Fürsorge praktiziert zum Ausdruck kommen, eingebunden sind.“⁴¹

Ein Selbst werden Menschen im Zusammenhang einer Lebensgeschichte. Allerdings resultiert das „Selbst“ nicht aus der Summe der in dieser Geschichte erfahrenen zwischenmenschlichen Interaktionen, sondern hat einen metasoziellen, ursprünglichen Charakter. Schon Paul Ricoeurs grundlegender Hinweis auf die narrative Konstruktion des Zusammenhangs von Derselbe-Sein (idem-Identität) und dem Selbst-Sein (ipse-Identität) setzt dem identifizierenden Denken Grenzen.⁴² Ein Selbst ist stets mehr als das Bild, das man von sich selbst hat oder das andere sich von einem machen. Was ein Selbst ausmacht, lässt sich demnach auch nicht im historischen, lebensgeschichtlichen Rückblick erfassen, sondern findet seinen Ausdruck in der Auseinandersetzung mit den Lebenserfahrungen, die Menschen mit anderen teilen, z. B. in Form von Erzählungen („Stories“). Stories erschließen das menschliche Leben in der Besonderheit seines Werdens daraufhin, dass sich die Story im Leben der Erzähler und der Hörer fortsetzt.⁴³ Mit der Selbstbestimmung ist demnach auch das Werden eines Selbst zu schützen, das sich nicht nur aus der Summe von Lebensereignissen zusammenfügt, sondern in einer Story präsent wird, in der Menschen sich finden, die Story ihres Werdens. Das Selbst eines Menschen lässt sich demnach nicht aus seiner Lebensgeschichte able-

sen, sondern entsteht auf ganz ursprüngliche Weise in dieser Lebensgeschichte. Es ist ein meta-soziales und meta-historisches Selbst.

In der Pflege von Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz oder mit schweren biographischen Brüchen wie beispielsweise einem Unfall, der zu einer Querschnittslähmung geführt hat, ist es wichtig, dass deren Selbst in seinem Werden präsent wird und nicht auf eine Identität festgelegt wird. Oft setzt mit dem, was Menschen widerfährt, eine neue Story ein, in die sich Pflegendende mit hineinbegeben, sofern sie sich darauf einlassen, was mit dem Anderen an Erfahrungen ins Spiel kommt. Das Phänomen radikaler Andersheit wird hier in seiner ganzen Dramatik erfahrbar, während zugleich der Bedarf an Zwischenleiblichkeit, Kommunikation, Kooperation und Koexistenz mit den Pflegenden steigt. Die Autonomie von Patienten wird in solchen Fällen in der Kombination eines unbedingten Schutzes der Selbstwerdung auf der einen und in der Artikulation des leiblichen Selbst in seiner Besonderheit im gemeinsamen Handeln von Pflegenden und Patienten auf der anderen Seite zur Geltung kommen müssen.

3. Was heißt: die Selbstbestimmung achten?

Unter den Bedingungen extremer kommunikativer Asymmetrien, wie sie beispielsweise bei einem noch nicht oder nicht mehr einwilligungsfähigen Pflegebedürftigen vorliegen, hängt die Realisierung seiner Selbstbestimmung an seiner Einbeziehung in eine dichte Form von verbaler und nonverbaler Verständigung, in der er vor Vereinnahmung geschützt ist und zugleich mit dem, was ihn als ein Selbst ausmacht und ein Selbst werden lässt, ins Spiel kommt. Der Andere ist nicht nur zu achten, sondern auch in seiner Besonderheit wahrzunehmen und zu verstehen. In dieser Doppelbewegung von Achtung und Einbeziehung soll das Prinzip des Respekts der Autonomie als Abwehrrecht und als Anspruchsrecht gleichermaßen zur Geltung kommen. Die Selbstbestimmung in asymmetrischer Kommunikation

in der Pflege achten heißt, dem Pflegebedürftigen als dem Anderen in seiner Besonderheit auf der Spur zu bleiben. Dies geschieht beispielsweise bei einwilligungsunfähigen Patienten nicht nur durch Advance Care Planning oder durch die Rekonstruktion des mutmaßlichen Willens, sondern auch dadurch, dass ein Pflegender darauf achtet, wie sich das Selbst des zu Pflegenden im Medium seiner Leiblichkeit mitteilt. Dabei gilt es, nicht nur kognitive oder affektive Willensäußerungen, sondern auch verbale und nonverbale Äußerungen des Selbstseins und Selbstwerdens wahrzunehmen und in gemeinsames oder stellvertretendes Handeln einfließen zu lassen.

Zur Achtung der Selbstbestimmung gehört nicht nur, dass Pflegende das Selbstsein und die Selbstwerdung des Pflegebedürftigen schützen, sondern auch, dass sie in eine gemeinsame Story mit dem Anderen eintreten und aus dieser Story heraus mit dem Pflegebedürftigen gemeinsamer handeln. Indem sich ein Pflegender im Zeichen der Autonomie auf eine Geschichte mit dem Pflegebedürftigen einlässt, stellt er das Werden dieses Menschen in den Horizont einer Story, in der dieser dabei bleiben darf, ein Selbst zu werden, ohne dass ihm andere Menschen ein Selbst zuweisen – auch wenn er sein Vermögen zur Selbstdarstellung und Selbstbehauptung längst verloren haben sollte. Zu dem Prinzip, die Patientenautonomie zu respektieren, gehört demnach, dass Pflegende zusammen mit den zu Pflegenden auch unter den Bedingungen intensiver Fürsorge und großer Abhängigkeit Lebenszusammenhänge erkunden und finden, in denen diese ein Selbst bleiben und werden können, ohne identifiziert, manipuliert, vereinnahmt oder fremdbestimmt zu werden.

Referenzen

- 1 Entsprechend den redaktionellen Vorgaben wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.
- 2 Watzlawik P., Beavin J. H., Jackson D. D., *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*, Bern, Huber 12. Aufl. (2011), S. 79 f.
- 3 vgl. zum Motiv der „Verflechtung“ von Eigenem und Fremdem im Anschluss an Merleau-Ponty Waldenfels B., *Der Stachel des Fremden*, Suhrkamp, Frankfurt/Main, 3. Aufl. (1998)
- 4 vgl. zur Erfahrung des Fremden ist eine „Form des Entzugs“ beispielsweise Waldenfels B., *Fremdheit, Gastfreundschaft und Feindschaft*, in: *Information Philosophie* (2006); 5: 7-17, hier: S. 9, <http://www.information-philosophie.de/?a=1&t=219&n=2&y=1&c=1> (letzter Zugriff am 5.9.2016). Vgl. zur Beschreibung von radikaler Fremdheit Waldenfels B. *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden*, Suhrkamp, Frankfurt/Main, 5. Aufl. (2016). Vgl. zu Lévinas Alteritätsphilosophie und der damit verbundenen Ethik und Zeitstruktur exemplarisch: Lévinas E., *Die Zeit und der Andere*, Wenzler L. (Üb.), Meiner, Hamburg, 3. Aufl. (1995), vor allem: S. 61 ff.
- 5 Elias N., *Was ist Soziologie?*, Juventa, München (1970), S. 77
- 6 Weber M., *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie* (1921), 1. Halbband, Winkelmann J. (Hrsg.), Mohr, Tübingen (1980), S. 28
- 7 Arendt H., *Macht und Gewalt*, Piper, München, 15. Aufl. (2003), S. 45
- 8 ebd., S. 53
- 9 ebd., S. 43
- 10 Goffman E., *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1973)
- 11 vgl. hierzu die Studie von Heinzmann M., *Das Altenheim - immer noch eine „totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime*, Cuvillier-Verlag, Göttingen (2004), der vorschlägt, hinsichtlich von Altenpflegeheimen von „Pseudo-Totalen-Institutionen“ (S. 233) zu sprechen.
- 12 vgl. hierzu das Internet-Portal „Gewaltprävention in der Pflege“ des Zentrums für Qualität in der Pflege, <http://www.pflege-gewalt.de/index.html> (letzter Zugriff am 8.10.2016) sowie die Broschüre: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *Gewaltprävention in der Pflege*, Berlin (2015), <http://www.pflege-gewalt.de/broschuerere.html> (letzter Zugriff am 8.10.2016).
- 13 vgl. Conradi E., *Ethik und Politik: Wie eine Ethik der Achtsamkeit mit politischer Verantwortung verbunden werden kann*, in: Kohlen H., Remmers H., *Bioethics, Care and Gender. Herausforderungen für Medizin, Pflege und Politik*, V&R unipress, Osnabrück (2010), S. 89-116
- 14 Ricoeur P., *Liebe und Gerechtigkeit, Amour et Justice*,

- Raden M. (Üb.), Bayer O. (Hrsg.), Tübingen (1990), S. 51
- 15 vgl. ebd., S. 53. Vgl. grundlegend Rawls J., *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1975), S. 81 und die Weiterentwicklung des Differenzprinzips exemplarisch in Rawls J., *Gerechtigkeit als Fairneß: politisch und nicht metaphysisch*, in: ders., *Die Idee des politischen Liberalismus*, Aufsätze 1978 – 1989, Wilfried Hinsch (Hg.), Frankfurt/Main 1994, S. 255-292, hier: S. 261.
- 16 Waldenfels B., siehe Ref. 3, S. 52
- 17 ebd, S. 52 f.
- 18 ebd, S. 53
- 19 Lévinas E., *Totalität und Unendlichkeit. Versuch über die Exteriorität*, Krewani W. N. (Üb.), Karl Alber, Freiburg, München, 3. Aufl. (2002), S. 277 ff., hier vor allem S. 286
- 20 Lévinas E., *Jenseits des Seins oder anders als Sein geschieht*, Wiemer T. (Üb.), Karl Alber, Freiburg, München (1992), S. 128
- 21 Lévinas E., siehe Ref. 19 (2002), S. 51
- 22 Lévinas E., *Ethik und Unendliches. Gespräche mit Philippe Nemo*, Engelmann P. (Hrsg.), Schmidt D. (Üb.), Passagen Verlag, Wien, 3. Aufl. (1996), S. 77
- 23 vgl. Beauchamp T. L. und Childress J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford, 6. Aufl. (2008)
- 24 vgl. zur Diskussion Steinfath H., Pindur A.-M., *Patientenautonomie im Spannungsfeld philosophischer Konzeptionen von Autonomie*, in: Wiesemann C., Simon A., *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*, mentis, Münster (2013), S. 27-41
- 25 Beauchamp T. L. und Childress J. F., siehe Ref. 23, S. 104
- 26 vgl. Wiesemann C., *Die Autonomie des Patienten in der modernen Medizin*, in: Wiesemann C., Simon A., siehe Ref. 24, S. 13-26, hier: 15f.
- 27 vgl. Frankfurt H. G., *The Importance of What We Care About*, Cambridge University Press, Cambridge (1988) sowie die theoretische Weiterentwicklung in: Frankfurt H. G., *Autonomy, Necessity, and Love*, Cambridge University Press, Cambridge (1999)
- 28 vgl. Ekstrom L. W., *Autonomy and Personal Integration*, in: Taylor J. S. (Hrsg.), *Personal Autonomy. New Essays on Personal Autonomy and Its Role in Contemporary Moral Philosophy*, Cambridge University Press, Cambridge: (2005), S. 143-161
- 29 vgl. Christman J., *The Politics of Persons. Individual Autonomy and Socio-historical Selves*, Cambridge University Press, Cambridge, New York (2011)
- 30 vgl. Oshana M., *Personal Autonomy in Society*, Ashgate, Aldershot, Hampshire (2006)
- 31 vgl. Riedel A., *Wirkungslosigkeit von Patientenverfügungen in der stationären Altenpflege – Einflussfaktoren und Postulate*, in: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg.), *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*, Kohlhammer, Stuttgart (2015), S. 62-74. Vgl. grundlegend Jox R. J., in der Schmitt J., Marckmann G., *Ethische Grenzen und Defizite der Patientenverfügung*, in: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg.), S. 23-38. Vgl. auch in der Schmitt J. et al., *Patientenverfügungsprogramm – Implementierung in Senioreneinrichtungen: Eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie*, Deutsches Ärzteblatt (2014); 4: 50-57
- 32 vgl. Krohwinkel M., *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis*, Huber, Bern (2013). Vgl. auch Krohwinkel M., *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System*, Huber, Bern, 3., durchges. Aufl. (2007)
- 33 vgl. zum Zusammenhang von Ethik als Gestaltung und Ethik der Gestaltwerdung Bonhoeffer D., *Ethik*.
- 34 vgl. hierzu die Beiträge in: Coors M., Jox R. J., in der Schmitt J. (Hrsg.), siehe Ref. 31
- 35 vgl. zum Zusammenhang von Autonomie und Person und dem Konzept personaler Autonomie:
- 36 Coors M., „Was würdest du wollen?“ *Patientenverfügung und vermuteter Patientenwille – Zum praktisch-hermeneutischen Problem von Patientenverfügungen*, *Zeitschrift für Evangelische Ethik* (2012); 56: 103-115
- 37 vgl. Quante M., *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (2002). Vgl. auch Quante M., *In defense of personal autonomy*, *Journal of Medical Ethics* (2011); 37: 597-600
- 38 vgl. die Beiträge in: Mackenzie C., Stoljar N. (Hrsg.), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford University Press, Oxford, New York (2000)
- 39 vgl. zum Überblick über neuere Konzeptionen von Autonomy: Christman J., Anderson J. (Hrsg.), *Autonomy and the Challenges to Liberalism. New Essays*, Cambridge University Press, Cambridge (2005). Vgl. Graumann S., *Assistierte Freiheit: Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*, Campus, Frankfurt/Main (2011). Vgl. auch den ausgezeichneten Sammelband: Wiesemann C., Simon A., *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*, mentis, Münster (2013). Vgl. auch Anderson J., *Regimes of Autonomy*, *Ethical Theory and Moral Practice* 3 (2014); 3: 355-368
- 40 Anderson J., Honneth A., *Autonomy, Vulnerability, Recognition, and Justice*, in: Christman J., Anderson J.

(Hrsg.), siehe Ref. 38, S. 127-149

- 41 Dabrock P., *Patientenverfügung und Demenz. Theologisch-ethische Reflexionen zwischen Menschenbildern und Rechtsgestaltung*, in: Kirchenamt der EKD (Hrsg.), *Leben mit Demenz. Beiträge aus medizinisch-pflegerischer, theologischer und lebenspraktischer Sicht*, Hannover (2008), S. 81-98, hier: S. 86
- 42 vgl. hierzu Ricoeur P., *Das Selbst als ein Anderer*, Greisch J. (Üb.), Wilhelm Fink Verlag, München 2. Aufl. (2005), S. 144 ff. Vgl. auch die Rezeption Paul Ricoeurs in der Pflege- und Medizinethik bei Coors M., *Altern und Tod. Zur narrativen Refiguration der Endlichkeit menschlicher Lebenszeit in Gerontologie und Theologie*, in: Hofheinz M., Coors M. (Hrsg.), *Die Moral von der Geschichte' ... Ethik und Erzählung in Medizin und Pflege*, Evangelische Verlagsanstalt, Leipzig (2016), S. 185-200
- 43 vgl. zum Zusammenhang von Erzählung und Ethik Hofheinz M., Mathwig F., Zeindler M. (Hrsg.), *Ethik und Erzählung. Theologische und philosophische Beiträge zur narrativen Ethik*, TVZ, Zürich (2009)

Maria Kletečka-Pulker, Katharina Leitner

Patientenverfügung vs. Vorsorgevollmacht – ein Erfahrungsbericht

Advance Directives and Health Care Proxy – A Progress Report

Zusammenfassung

Wie eine Studie des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin gezeigt hat, geben nur 4,1 Prozent der österreichischen Bevölkerung an, eine Patientenverfügung für sich errichtet zu haben, 2 Prozent eine Vorsorgevollmacht. Die geringe Inanspruchnahme ist einerseits auf den mit der Errichtung der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht verbundenen zeitlichen und finanziellen Aufwand zurückzuführen, andererseits erheben viele Patienten den Anspruch auf die Maximalversorgung. Weiters zeigt die Studie, dass viele Angehörige der Gesundheitsberufe mangelndes Wissen über die genannten Instrumente aufweisen. Eine Novelle zum PatVG greift die Ergebnisse der Studie nun auf und soll die Errichtung und Anwendung von Patientenverfügungen erleichtern.

Schlüsselwörter: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Selbstbestimmung

Abstract

A study by the Institute of Ethics and Law in Medicine shows that only 4,1 percent of the Austrian population has an advance directive, while only 2 percent have a health care proxy. A lot of people do not use these instruments of self-determination because, on the one hand, a large amount of time and money is needed for their establishment and, on the other hand, they do not want to reject any medical treatment in advance. The study also revealed that health professionals displayed a lack of knowledge regarding advance directives and health care proxies. An amendment to the advance directive law incorporates the results of the study and aims at simplifying the process of making and using an advance directive.

Keywords: advance directive, health care proxy, self-determination

Dr. Maria Kletečka-Pulker
MMag. Katharina Leitner
Institut für Ethik und Recht in der Medizin
Spitalgasse 2-4/ Hof 2, A-1090 Wien
maria.kletecka-pulker@univie.ac.at
katharina.leitner@univie.ac.at

1. Einleitung

Der Gesetzgeber räumt dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten den Vorrang zugunsten einer möglichen Fürsorgepflicht ein. Der Wille des Patienten steht im Mittelpunkt und ist maßgeblich für alle Interventionen im medizinischen Bereich.¹ Der Patient hat die Möglichkeit, sowohl aktuell als auch antizipiert Behandlungen abzulehnen, und zwar auch dann, wenn diese Behandlungen lebenserhaltend wären.

2006 hat der österreichische Gesetzgeber wichtige Instrumente zur Selbstbestimmung rechtlich verankert. Mit dem Ziel, Regelungen zu schaffen, welche es dem Patienten ermöglichen, eine antizipierte Entscheidung für den Fall, dass er nicht mehr selbst entscheiden kann, zu treffen, hat der Gesetzgeber das Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG)² geschaffen und die Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten in den §§ 284f–h ABGB geregelt.

Ist ein Patient nun nicht mehr einsichts- und urteilsfähig und liegt auch kein Notfall vor, muss zunächst geprüft werden, ob der Patient für diesen Fall vorgesorgt hat.³ Das in der Bevölkerung bekanntere und mit 4,1 Prozent häufiger genutzte Instrument als die Vorsorgevollmacht (2 Prozent) ist die Patientenverfügung.⁴ Dabei handelt es sich um eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine bestimmte medizinische Behandlung ablehnt, die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist (§ 2 Abs 1 PatVG). Die Patientenverfügung kann nur zur punktuellen Durchsetzung der Selbstbestimmung genutzt werden (z. B. Ablehnung von bestimmten Behandlungsmaßnahmen oder Medikamenten) und die abgelehnte Maßnahme muss konkret beschrieben sein. Umfassender kann die Selbstbestimmung durch das Instrument der Vorsorgevollmacht antizipiert werden. Eine Vorsorgevollmacht ist eine Vollmacht, die dann wirksam werden soll, wenn der Vollmachtgeber die zur Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten erforderliche Ge-

schäftsfähigkeit, Einsichts-, Urteils- oder Äusserungsfähigkeit verliert (§ 284f Abs 1 ABGB). Der Patient kann in einer Vorsorgevollmacht eine oder mehrere Personen festlegen, die für ihn u. a. in Gesundheitsangelegenheiten entscheiden.⁵ Ist ein Patient nicht mehr einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig und gibt es einen Vorsorgebevollmächtigten, so hat dieser gemäß dem Willen des Vollmachtgebers (Patienten) zu handeln und in eine medizinische Maßnahme einzuwilligen oder diese abzulehnen (§ 284h ABGB). Bei Bestehen eines Vorsorgebevollmächtigten ist die Bestellung eines Sachwalters in diesen Angelegenheiten unzulässig (§ 268 Abs 2 ABGB). Lediglich für den Fall, dass der Bevollmächtigte nicht im Sinn des Bevollmächtigungsvertrages bzw. im Sinn des Patienten handelt, kann ein Antrag auf Sachwaltschaft gestellt werden (§ 284g ABGB).

Hat der Patient keine antizipierte Willenserklärung abgegeben und verliert er seine Einsichts-, Urteils- oder Äusserungsfähigkeit, so ist jedenfalls ein Sachwalter zu bestellen, wenn Entscheidungen über größere medizinische Eingriffe getroffen werden müssen (§§ 268 ff ABGB). Um künftig in diesen Fällen dem Willen des Betroffenen noch besser Rechnung tragen zu können, ist eine umfassende Novelle des Sachwalterrechts in Vorbereitung. Der Sachwalter soll künftig durch einen Erwachsenen-schutzvertreter ersetzt werden, der eine unterstützungsbedürftige volljährige Person betreut.⁶

Weiters ist eine Novelle des PatVG geplant, um u. a. den Forderungen der Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“, die 2014 konstituiert und 2015 abgehalten wurde, zu entsprechen.⁷ Zentrale Punkte der Novellierung betreffen die zeitliche Verlängerung der verbindlichen Patientenverfügung sowie die Registrierung von Patientenverfügungen in ELGA. Zudem soll die Errichtung und Erneuerung von Patientenverfügungen erleichtert werden. Die geplanten Änderungen des PatVG sowie des Sachwalterrechts durch das 2. ErwSchG sind aufeinander abgestimmt. Die Erläuterungen zur PatVG Novelle nehmen u. a. Be-

zug auf die vom *Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM)* im Jahr 2014 abgeschlossene Studie zur Evaluierung des PatVG. Dies gibt Anlass, im Folgenden die Ergebnisse dieser Studie kurz darzustellen und die darin aufgezeigten Verbesserungsvorschläge, auf die nun auch der Gesetzgeber Bezug nimmt, vorzustellen.

2. Ergebnisse der Studie⁸

2.1 Bekanntheit und Inanspruchnahme von Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

4,1 Prozent der in Österreich lebenden Personen gaben im Jahr 2014 an, eine (verbindliche oder beachtliche) Patientenverfügung für sich errichtet zu haben, 2 Prozent eine Vorsorgevollmacht. Im Vergleich zu 2009 sind diese Zahlen konstant geblieben, die Bekanntheit der Patientenverfügung ist jedoch gestiegen.⁹ 2014 hatten nur 24 Prozent der im Rahmen der repräsentativen Telefonumfrage befragten Personen noch nicht von der Möglichkeit gehört, eine Patientenverfügung zu errichten, 67 Prozent hatten noch nie von der Vorsorgevollmacht gehört. Trotz des Informationsrückstandes planen jedoch mehr Personen in den nächsten Jahren eine Vorsorgevollmacht als eine Patientenverfügung zu errichten. Begründet wird dies damit, dass der Vorsorgebevollmächtigte in der konkreten Situation entscheiden könne, während bei der Patientenverfügung die Ablehnung medizinischer Maßnahmen im Vorhinein schriftlich erfolgen muss.

2.2 Gründe für die Errichtung

Eine Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht errichten vor allem jene Personen, die persönliche Erfahrungen mit „unwürdigem Sterben“ Angehöriger oder nahestehender Personen gemacht haben. Die Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht soll verhindern, dass sie ein ähnliches Schicksal erleiden wie Angehörige, von denen sie angeben, diese über Monate oder Jahre in einer Krankenanstalt „leiden“ gesehen zu haben,

ohne Hoffnung auf Besserung des Zustandes. Auch viele Angehörige der Gesundheitsberufe errichten eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht, weil sie nach eigener Angabe in ihrem Beruf viele „Schicksale“ miterleben und daher für den eigenen Ernstfall vorsorgen wollen.

Als Hauptgrund für die Errichtung einer Patientenverfügung wurde im Rahmen der repräsentativen Telefonumfrage die Selbstbestimmung angegeben. Weitere 31 Prozent der Befragten gaben an, niemandem zur Last fallen zu wollen.

2.3 Gründe für die Nicht-Errichtung

Ist die Selbstbestimmung das häufigste genannte Argument für die Errichtung einer Patientenverfügung, so zeigt sich, dass die meisten der Befragten (49 Prozent) angaben, dass sie keine Patientenverfügung hätten, weil immer alles medizinisch Mögliche für sie getan werden solle. Dieses Ergebnis lässt die Zahl von 4,1 Prozent der Bevölkerung, die eine Patientenverfügung errichtet haben, unter einem anderen Licht erscheinen. Viele Österreicher sind zwar über die Möglichkeit zur Errichtung einer Patientenverfügung informiert, wollen aber bewusst keine Patientenverfügung, weil sie keine medizinische Behandlung ablehnen möchten bzw. Anspruch auf Maximalversorgung erheben.

Weitere Gründe, warum Patienten keine Patientenverfügung errichten, sind ein als zu hoch empfundener zeitlicher Aufwand sowie die anfallenden Kosten. Die Statistik zeigt deutlich, dass die Tatsache, dass jemand eine Patientenverfügung errichtet hat, auch mit soziodemographischen Faktoren wie Alter, Ausbildung und Einkommen zusammenhängt. Personen, die angeben, über weniger als 1.250 EUR monatliches Haushaltsnettoeinkommen zu verfügen, haben deutlich weniger oft (2-3 Prozent) eine Patientenverfügung errichtet, als Personen, die in Haushalten leben, die bis zu 2.000 EUR monatliches Haushaltsnettoeinkommen zur Verfügung haben (4 Prozent) oder jenen, die bis zu 5.000 EUR monatliches Haushaltsnetto-

einkommen vorweisen können (7 Prozent).

Auch die Gründe für die Nicht-Errichtung einer Vorsorgevollmacht sind ähnlich gelagert. Die Mehrheit der Personen, die keine Vorsorgevollmacht hat, gab an, der Errichtungsprozess sei zu zeitintensiv und zu aufwändig.

2.4 Information auf Seiten der Angehörigen der Gesundheitsberufe

Viele Angehörige der Gesundheitsberufe weisen eine Wissenslücke bezüglich der Instrumente zur Selbstbestimmung auf. Wenngleich die Vorsorgevollmacht mehr davon betroffen ist als die Patientenverfügung, können viele Angehörige der Gesundheitsberufe nur sehr wenig Wissen über Patientenverfügungen vorweisen, und es hatten die meisten der im Rahmen der Studie befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe auch noch nie mit einer Patientenverfügung zu tun. Dies bestätigt auch eine Studie der *Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin* (ÖGARI), bei der 139 Leiter österreichischer Intensivstationen befragt wurden. 30 Prozent gaben an, noch nie eine Patientenverfügung als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung gehabt zu haben, nur 10 Prozent der Befragten hatten bereits mit über zehn Patientenverfügungen zu tun.¹⁰

Während in Einzelfällen Angehörige der Gesundheitsberufe gar nicht wissen, was eine Patientenverfügung ist, ist den meisten der Begriff geläufig und herrschen auch Vorstellungen davon, worum es sich dabei handelt. Es treten allerdings Unsicherheiten auf, wenn es um die Unterscheidung von verbindlicher und beachtlicher Patientenverfügung geht oder um den Errichtungsvorgang.

Angehörige der Gesundheitsberufe erkennen eine verbindliche eher als eine beachtliche Patientenverfügung. Viele wissen um die Formalkriterien der verbindlichen Patientenverfügung und übersehen deshalb, dass auch Patientenverfügungen, die nicht alle Formalkriterien erfüllen, als beachtliche Patientenverfügungen für die Entscheidungsfindung relevant sind. Dies führt dazu, dass z. B.

eine Patientenverfügung, die zwar konkret formuliert, allerdings nicht bei Notar/Rechtsanwalt oder Patientenanwaltschaft errichtet wurde, gar nicht herangezogen und als „nichtig“ erachtet wird. Hierbei spielt auch die Angst vor rechtlichen Konsequenzen aufgrund „falschen“ Handelns eine zentrale Rolle. Weil die Ärzte oder Pflegepersonen Angst vor rechtlichen Konsequenzen bei Beachten einer nicht-verbindlichen Patientenverfügung haben, wird diese „zur Vorsicht“ nicht beachtet.

Genau konträr gestaltet sich die Situation bei Angehörigen der Gesundheitsberufe, die auf Palliativstationen arbeiten oder regelmäßig Patientenverfügungen errichten. Diese gaben in den Gesprächen oftmals zu bedenken, dass die Form der Patientenverfügung nicht so wichtig sei, sondern der klar formulierte Inhalt das sei, was zähle. Viele raten ihren Patienten sogar aufgrund der Kosten oder weil Unsicherheit in der exakten Formulierung besteht, lediglich eine beachtliche Patientenverfügung zu errichten.

2.5 Patientenverfügung als Bringschuld

Patienten, die eine Patientenverfügung für sich errichtet haben, trifft derzeit eine Art „Bringschuld“: Sie müssen dafür Sorge treffen, dass ihre Patientenverfügung den Adressaten (z. B. behandelnden Arzt) tatsächlich erreicht. In der Regel wird bei der Aufnahme in eine Krankenanstalt nicht aktiv nach einer Patientenverfügung gefragt, sondern diese erst dann zur Kenntnis genommen, wenn Angehörige des Patienten darauf aufmerksam machen. Diese Praxis ist insofern problematisch, als Patienten, die eine Patientenverfügung errichtet haben, erwarten, dass diese auch von den Ärzten zur Kenntnis genommen wird. Zwar wissen die meisten, dass sie eine Bringschuld trifft, glauben diese aber mit dem Deponieren der Patientenverfügung bei den Angehörigen bzw. durch das Mitführen einer Hinweis Karte erbracht zu haben. Diese Problematik wird noch verschärft, wenn die Patienten ihre Patientenverfügung in eines der beiden bestehenden

Register eintragen haben lassen. Sie gehen dann davon aus, dass das Register in Krankenanstalten eingesehen wird, was in der Praxis jedoch nicht geschieht und wozu auch keine rechtliche Verpflichtung besteht. Die Novellierung des PatVG sieht vor, dass die Patientenverfügungen zukünftig mittels ELGA abrufbar sind, was die genannte Problematik entschärfen würde.

3. Judikatur zur Patientenverfügung

Der OGH hatte sich bisher nur sehr selten mit der Patientenverfügung auseinandersetzen. Im Jahr 2008 bekräftigte er die Geltung der verbindlichen Patientenverfügung, auch wenn die darin festgehaltene Ablehnung vitale Folgen nach sich zieht.¹¹ Zur verbindlichen Patientenverfügung stellte er 2014 zudem fest, dass diese den Arzt in gleicher Weise binde, wie eine aktuelle Behandlungsentscheidung des Patienten und dass es daher auch keiner Sachwalterbestellung bedarf.¹²

Während der OGH die Verbindlichkeit der verbindlichen Patientenverfügung also betont, hat er mit seiner Entscheidung 9 Ob 68/11g im Jahr 2012 die beachtliche Patientenverfügung erheblich geschwächt.¹³ Er stellte zunächst fest, dass die Bestellung eines Sachwalters bei Vorliegen einer beachtlichen Patientenverfügung nicht ausgeschlossen werden kann, wie dies nach § 268 Abs 2 ABGB bei verbindlichen Patientenverfügungen der Fall ist. Der bestellte Sachwalter habe dann zwar „die beachtliche Patientenverfügung in Bezug auf die medizinische Behandlung zur Erforschung des mutmaßlichen Parteiwillens ins Kalkül zu ziehen“ und er sei an den „in einer bloß beachtlichen Patientenverfügung verankerten mutmaßlichen Willen des Patienten als Richtschnur und Orientierungshilfe gebunden“. Allerdings, so stellt der OGH fest, komme weder dem Sachwalter noch dem behandelnden Arzt die alleinige Entscheidungsbefugnis zu. „Vielmehr haben sie unter Beachtung der beachtlichen Patientenverfügung über die weitere Vorgehensweise konsensual zu befinden. Ist nur einer von ihnen

für die Lebenserhaltung, hat diese Vorrang.“¹⁴

Diese in der Literatur¹⁵ sehr kritisch diskutierte Entscheidung ist, wie Ganner es ausdrückt, „für all jene, die glaubten, dass das PatVG der Selbstbestimmung betroffener Personen zur besseren Durchsetzung verhilft, ernüchternd“.¹⁶ Im Lichte der angeführten Ergebnisse der Studie ist die Entscheidung umso mehr zu kritisieren. Weisen Angehörige der Gesundheitsberufe ohnehin schon Unsicherheiten auf, was das Heranziehen von *beachtlichen* Patientenverfügungen betrifft, werden diese durch die Entscheidung noch verstärkt.

4. Patientenverfügung und Notfall

Gemäß § 12 PatVG lässt das PatVG die medizinische Notfallversorgung unberührt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.¹⁷ Angehörige von Patienten bzw. Mitarbeiter von Alten- oder Pflegeheimen rufen oftmals in Sterbesituationen, die vorhersehbar waren und in denen aufgrund einer Patientenverfügung medizinische Maßnahmen nicht mehr vorzunehmen sind, die Rettung bzw. den Notfallmediziner, weil sie sich mit der Sterbesituation überfordert fühlen. Nehmen Rettungssanitäter, die aufgrund von § 12 PatVG in einer solchen Situation die Verbindlichkeit der Patientenverfügung nicht überprüfen können und müssen, Wiederbelebnungsmaßnahmen vor, sehen die Angehörigen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verletzt, haben dann jedoch keine Möglichkeit mehr, die vom Patienten nicht gewünschte Behandlung zu verhindern. Umfassende Informationen an Angehörige und Pflegepersonen, die Patienten daheim oder in einem Pflegeheim ohne durchgängige Arztpräsenz betreuen oder entsprechende Unterstützung für einen individuellen Notfallplan, der z. B. eine nicht gewollte Spitalseinweisung verhindert, wären hier wünschenswert.

5. Rechtzeitige Kommunikation als zentrales Element der Selbstbestimmung („Vorsorgedialog“)

Es zeigt sich, dass trotz Vorliegens einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht sehr viel Kommunikationsbedarf zwischen den Patienten, deren Vertrauenspersonen und den Mitarbeitern der Gesundheitsberufe notwendig ist. Dieser Kommunikationsbedarf beginnt bei der „Bringschuld“ der Patientenverfügung und erstreckt sich über Situationen, die eventuell nicht von der Patientenverfügung gedeckt sind oder mit denen Vertrauenspersonen oder Angehörige trotz Vorliegens des Patientenwunsches mittels Patientenverfügung nicht einverstanden sind. So kommt es nach Aussagen von Ärzten, Pflegepersonen, aber auch von Patienten, die eine Patientenverfügung errichtet haben, dazu, dass die Beteiligten trotz Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung im Ernstfall nicht wissen, was zu tun ist. Das bloße Vorliegen und Bekanntsein einer Patientenverfügung oder die Anwesenheit eines Vorsorgebevollmächtigten alleine reichen oftmals nicht aus, um die Selbstbestimmung der Patienten bestmöglich zu gewährleisten. Vielmehr äußerten sich im Rahmen der Studie sowohl die Angehörigen der Gesundheitsberufe als auch die Patienten dahingehend, dass Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht Teil eines größeren „Vorsorgedialoges“ sein sollten, in dessen Rahmen unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten, Vorgehensweisen und Szenarien besprochen und der Patient, dessen Angehörige, aber auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe darauf vorbereitet werden. Aus der Erhebung des IERM geht hervor, dass die Beteiligten sich wünschen, diesen Dialog über einen längeren Zeitraum zu führen und dass dieser vom niedergelassenen Arzt initiiert wird, wenn der Patient noch gesund ist.

Die Idee dieses Vorsorgedialogs ist derzeit in zweifacher Hinsicht relevant. Einerseits sieht das 2. ErwSchG vor, dass volljährige Personen, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer ver-

gleichbaren Beeinträchtigung in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind, möglichst selbständig, erforderlichenfalls mit entsprechender Unterstützung, am rechtlichen und geschäftlichen Verkehr teilnehmen können sollen (§ 240 ABGB neu). Eine solche Unterstützung kann insbesondere durch die Familie, andere nahe stehende Personen, Gruppen von Gleichgestellten, Beratungsstellen, im Rahmen eines betreuten Kontos oder eines *Vorsorgedialogs* geleistet werden (§ 241 Abs 3 ABGB neu). Die Erläuterungen halten dazu fest, dass unter dem *Vorsorgedialog* eine strukturierte Form eines Vorsorgesgesprächs nach Übersiedlung in eine Einrichtung oder am Beginn von längeren Krankenhausaufenthalten verstanden wird.¹⁸

Andererseits hat eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Hospiz Österreich 2015 ein Instrument für die Alten- und Pflegeheime entwickelt, das den Willen des Patienten für krisenhafte Situationen frühzeitig und kontinuierlich erkunden und dokumentieren soll. Konkret wurden unter dem Begriff „*Vorsorgedialog*“ ein Gesprächsleitfaden, ein Dokumentationsbogen und Erläuterungen verfasst, die einen strukturierten Kommunikationsprozess ermöglichen sollen.¹⁹ Der *Vorsorgedialog* in Alten- und Pflegeheimen ist ein strukturiertes Gespräch, an dem der Patient, eventuelle gesetzliche Vertreter und das Betreuungsteam teilnehmen und das dazu dient, den Willen des Patienten zu eruieren und zu dokumentieren. Die rechtliche Einordnung dieses Gesprächs ist maßgeblich von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten abhängig. Ist der Patient zum Zeitpunkt der Führung des *Vorsorgedialogs* einsichts- und urteilsfähig, kommt eine Qualifizierung des geäußerten Willens als beachtliche Patientenverfügung²⁰ oder als aktuelle Willenserklärung in Frage, wodurch der geäußerte Wille jedenfalls rechtlich verpflichtend ist. Der im Rahmen des *Vorsorgedialogs* geäußerte und dokumentierte Wille ist jedenfalls keine verbindliche Patientenverfügung im Sinne der PatVG, da die in § 6 Abs 1 PatVG vorgesehenen Formvorschriften nicht erfüllt werden. Ist der Patient nicht einsichts- und urteils-

fähig, scheidet sowohl die Qualifizierung als aktuelle Willenserklärung als auch als Patientenverfügung aus (§ 3 PatVG). Der Vorsorgedialog kann dann als Dokumentation des mutmaßlichen Patientenwillens gesehen werden und dient den Behandlern als Richtschnur und Orientierungshilfe.

6. Conclusio

Obwohl die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht in der Bevölkerung relativ bekannt ist und vor allem im Vergleich zu 2009 stark zugenommen hat, sind die Zahlen der tatsächlich errichteten Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten konstant niedrig. Die Gründe für die Nicht-Errichtung hängen mit gewissen Hürden zusammen, die für alle an der Errichtung teilnehmenden Personen spürbar sind. Neben Unsicherheiten, was den Errichtungsvorgang betrifft, wird dieser als zu zeit- und ressourcenintensiv empfunden. Die derzeit vorbereitete Novelle zum PatVG soll den Errichtungsvorgang zwar erleichtern, ob die Zahlen der Errichtungen jedoch zunehmen, bleibt abzuwarten. Dies vor allem deshalb, weil die hier vorgestellte Studie gezeigt hat, dass ein großer Teil der Bevölkerung den Anspruch auf die Maximalversorgung erhebt und antizipiert keine medizinischen Behandlungen ablehnen möchte.

Sind die genannten Schritte von der Information bis zur Errichtung nach den Regeln des Gesetzes erfolgt, erwarten die meisten Patienten, ihren in der Patientenverfügung festgehaltenen Wunsch nach Ablehnung bestimmter medizinischer Maßnahmen erfüllt zu bekommen. Da die Patientenverfügung derzeit jedoch eine Bringschuld darstellt, erfahren viele Behandler gar nicht vom Vorliegen einer solchen. Zudem werden vor allem jene Patienten enttäuscht, die sich für eine beachtliche Patientenverfügung entschieden haben. Viele Angehörige der Gesundheitsberufe erkennen eine beachtliche Patientenverfügung nicht als solche, und durch die Entscheidung des OGH aus 2012 wurde diese auch noch erheblich geschwächt. Dieses Pro-

blem kann teilweise durch die in der Novelle angeordnete Zurverfügungstellung der Patientenverfügungen in der ELGA entschärft werden, das Wissen und die Haltung der Angehörigen der Gesundheitsberufe können jedoch nicht durch eine Gesetzesnovellierung gelöst werden. Vielmehr muss beständige und strukturierte Kommunikation (Stichwort Vorsorgedialog) sowie eine gesamtgesellschaftliche Auseinandersetzung mit Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Sterben dazu führen, dass das vorgesehene Recht auf Selbstbestimmung tatsächlich gewährleistet werden kann.

Referenzen

- 1 siehe dazu ausführlich Schmoller K., *Lebensschutz bis zum Ende?* ÖJZ 2000, 373; Kopetzki C., *Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten*, iFamZ 2007, 197; Bernat E., *Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei einwilligungsunfähigen Patienten*, JBl 2009, 129
- 2 BGBl I 2006/55
- 3 Kletečka-Pulker M., *Neue Formen der Selbstbestimmung*, J Hyperton 2010/4, S. 12
- 4 Kletečka-Pulker M., Körtner U., Kaelin L., Kopetzki C., Leitner K., *Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen*, Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) (2014)
- 5 Ein Musterformular für eine Vorsorgevollmacht ist abrufbar unter: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/290/Seite.2900207.html> (letzter Zugriff am 1.11.2016).
- 6 Bundesgesetz, mit dem das Erwachsenenvertretungsrecht und das Kuratorenrecht im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt werden und das Ehegesetz, das Eingetragene Partnerschaft-Gesetz, das Namensänderungsgesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Außerstreitgesetz, die Zivilprozessordnung, die Jurisdiktionsnorm, das Vereinschwabacher-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretungsgesetz, das Unterbringungsgesetz, das Heimaufenthaltsgesetz, die Notariatsordnung, die Rechtsanwaltsordnung, das Gerichtsgebührengesetz und das Gerichtliche Einbringungsgesetz geändert werden (2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG).
- 7 siehe dazu <https://www.parlament.gv.at/PERK/NRBR-BV/NR/PARLENQU/PEKWUERDE/> (letzter Zugriff am

1.11.2016)

- 8 Die Gewinnung der Ergebnisse erfolgte mittels quantitativer und qualitativer Methoden. Quantitativ erfolgte im März 2014 eine repräsentative Telefonumfrage unter der in Österreich lebenden Bevölkerung, wobei 1.022^oPersonen befragt wurden. Zudem wurden Fragebogenerhebungen nach Informationsveranstaltungen zum Thema „Selbstbestimmung“ durchgeführt. Qualitativ wurden halbstandardisierte Interviews mit 54 Personen (Ärzte, DGKS, Patienten, Rechtsanwälte, Notare, Rettungssanitäter, Seelsorger) in einer Dauer von je 30 bis 60 Minuten geführt. Zudem fand einer Fokusgruppenerhebung mit insgesamt 30 Teilnehmern statt.
- 9 Körtner U., Kopetzki C., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., *Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG)*, (2009)
- 10 Ulhir C., *Die Patientenverfügung in der Intensivmedizin*, MedMedia – Medical Opinion Network, Klinik OP 02/09
- 11 OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p, RdM 2009/119
- 12 OGH 17.9.2014, 6 Ob 147/14g
- 13 OGH 8.10.2012, 9 Ob 68/11g
- 14 ebd.
- 15 Bernat E., *Sterbehilfe und Sachwalterrecht. Zugleich eine Besprechung des Beschlusses des OGH v 8.10.2012, 9 Ob 68/11g*, EF-Z 2013, 5; Kopetzki C., *Behandlungsabbruch durch Sachwalter – keine gerichtliche Genehmigung*, RdM 2013/74; OGH 8.10.2012, 9 Ob 68/11g Zak 2012/762 (Kletečka A.) = EvBl 2013/60 (Pfurtscheller B.).
- 16 Ganner M., *Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bedarf keiner gerichtlichen Genehmigung*, iFamZ 2013/14.
- 17 siehe dazu Leitner K., *Patientenverfügung: Ein Instrument auch für die Notfallmedizin?* ÖGERN (Hrsg.), *Notfallmedizin am Lebensende* (2016), S. 83
- 18 222/ME 25. GP Erläut 18
- 19 Hospiz Österreich, *Der Hospiz und Palliative Care Vorsorgedialog. Vorausschauende Planung in Alten- und Pflegeheimen in Österreich*, Stand 17.8.2016 (unveröffentlichte Version).
- 20 Halmich qualifiziert den VSD als beachtliche Patientenverfügung. Halmich M., *Rechtssicherheit durch Vorsorgedialog? Antworten zur Verbindlichkeit für Pflegepersonal, Sanitäter und (Not)Ärzte*, in: ÖGERN (Hrsg.), *Notfallmedizin am Lebensende* (2016), S. 103 (109)

Sterbebegleitung: Wunsch und Wirklichkeit klaffen auseinander

Die meisten Menschen möchten zu Hause sterben. Wie groß die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit ist, zeigt ein Blick auf die Statistik. Die Hälfte der im Jahr 2015 verstorbenen Österreicher (49 Prozent von 83.073 Gesamttodesfällen) starb nicht zu Hause, sondern im Krankenhaus. Rund 16 Prozent sterben in Heimen. In Deutschland ist die Lage ähnlich: Nur sechs Prozent der Menschen wollen in einem Krankenhaus oder Pflegeheim sterben, in der Realität jedoch sterben dort drei Viertel aller Deutschen. Das geht aus dem aktuellen *Pflegereport 2016* der *DAK Gesundheit* hervor. Für den *Pflegereport* hat das *AGP Institut Sozialforschung* an der *Evangelischen Hochschule Freiburg* Daten aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung und den DAK-Versorgungszahlen analysiert sowie qualitative Interviews mit Menschen geführt, die sterbende Angehörige begleitet haben.

Laut Studienleiter Thomas Klie vom *AGP Institut Sozialforschung* wollen 76 Prozent der Menschen, die bereits die Erfahrung der Pflege von Angehörigen haben, zu Hause sterben. Für sie spielt für ein würdevolles Sterben die gewohnte Umgebung mit 73 Prozent die größte Rolle. 88 Prozent derer, die bereits einmal einen Sterbenden zu Hause betreut haben, stimmten der Aussage zu, „die gewohnte Umgebung macht für Sterbende die Situation leichter“. Jeder Fünfte stirbt im Krankenhaus allein, jeder Dritte hat im Pflegeheim keinen Menschen um sich. Beim Sterben zu Hause sind es laut Studie nur sieben Prozent der Menschen, die zum Todeszeitpunkt keinen Angehörigen bei sich hatten.

In der Pflege trauen sich viele Angehörige einiges zu: Mehr als jeder Dritte würde jemanden bis zum Tod zu pflegen. Besonders stark sei dies bei Frauen ausgeprägt (41 Prozent der Befragten). Doch dafür bedarf es „verlässlicher Strukturen vor Ort“, erklärte Pflegeexperte Klie anlässlich der Präsentation der Studienergebnisse in Berlin. Oftmals sei diese Zusage aber von der Berufstätigkeit sowie von der weiteren Unterstützung von Professionellen und Ehrenamtlichen abhängig. Auch dem Ausbau mobiler Palliativversorgung kommt eine besondere Bedeutung zu.

Finanziell sei es für die Krankenkassen besser, wenn Sterbende zu Hause betreut werden: Kann ein Pflegebedürftiger zu Hause sterben, entstehen der Krankenkasse im relativen Quartal vor Todeseintritt (91 Tage) durchschnittlich Kosten von 1.154 Euro, wird ein Pflegebedürftiger im Krankenhaus aufgenommen, kostet der Versicherte im selben Zeitraum durchschnittlich 11.042

Euro, so der Report. „Das sind gesundheitsökonomische Aspekte, die auch zu berücksichtigen sind“, betont Klie. Aus seiner Sicht sind viele Krankenhausaufenthalte im letzten Lebensabschnitt durch eine verlässliche hausärztliche Begleitung sowie eine bessere fachliche Unterstützung pflegender Angehöriger vermeidbar. Im Sinne der sterbenden Menschen sollten Krankenhausaufenthalte „konsequent vermieden werden“, heißt es in den Handlungsempfehlungen.

Deutsches Ärzteblatt, 19. 10. 2016 (online)

Geriatric: Zuviel und zuwenig Medikamentenversorgung als Problem bei älteren Menschen

Ältere Patienten leiden häufig unter zahlreichen Diagnosen, die alle unabhängig voneinander „leitliniengerecht“ therapiert werden. Dies kann zur sogenannten Polypharmazie führen, d. h. der gleichzeitigen und andauernden Einnahme von mehr als fünf unterschiedlichen Arzneimitteln. Dies ist wegen der nicht bekannten oder nicht überschaubaren Wechselwirkungen bei älteren Menschen und den praktischen Schwierigkeiten, sie korrekt einzunehmen, ein generelles Problem. Die Folge: Es gibt sowohl ein „zu viel“ als auch ein „zu wenig“ in der Arzneimitteltherapie älterer Patienten.

Dass nicht nur Über- sondern auch eine Unterversorgung mit wichtigen Medikamenten problematisch sein kann, zeigt eine im *British Journal of Clinical Pharmacology* publizierte Studie. Das Team um Maarten Wauters von der *Universität Gent* untersuchte Medikationsfehler und stellte fest, dass von 503 über 80-jährigen Menschen nur 17 Prozent adäquat medikamentös versorgt waren. Bei 56 Prozent der Patienten wurde eine falsche Anwendung der Medikamente festgestellt, bei 67 Prozent der Patienten fehlten bestimmte Medikamente. Im Laufe der 18-monatigen Studiendauer zeigte sich überraschenderweise, dass nicht die Überversorgung, sondern eine Unterversorgung mit einem erhöhten Sterberisiko (39 Prozent) bzw. Risiko für eine Einweisung ins Krankenhaus (26 Prozent) verbunden war, so die Autoren.

Polypharmazie und mangelndes Wissen über die Behandlung hängen häufig zusammen. Laut einer niederländischen Forschungsarbeit waren nur 15 Prozent von 754 älteren Menschen im Stande, korrekt zu benennen, weswegen sie ihre jeweiligen Medikamente zu sich nahmen. Die Teilnehmer waren im Schnitt 73,2 Jahre alt und nahmen durchschnittlich täglich neun verschiedene Medikamente ein. Sie versorgten sich alle selbstständig.

Patienten, die mit einem Partner zusammenlebten, waren laut Studienautoren um Donna Bosch-Lenders von der *Universität Maastricht* im Vergleich zu Alleinle-

benden im Vorteil, wobei Frauen besser abschnitten als Männer. Das Bildungsniveau hatte überraschenderweise keinen Einfluss. Die Faktoren steigende Zahl der Medikamente, Unkenntnis über die Behandlung und zunehmendes Alter spielten in der mangelnden Therapietreue die größte Rolle.

In Deutschland erhalten rund 42 Prozent der über 65-Jährigen gesetzlich Versicherten fünf oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente. Ob Polypharmazie mit einer erhöhten Mortalität verbunden ist, ist offen. Zur Überprüfung der Medikation von älteren Patienten steht Ärzten als Orientierung eine Positiv-Negativ-Liste zur Verfügung. Diese in Deutschland entwickelte *Fit for The Aged* (FORTA)-Liste wurde mehrstufig, zuletzt von insgesamt 25 Experten, entwickelt, um die Arzneimitteltherapie älterer Patienten sicherer und effizienter zu gestalten (vgl. *Universität Heidelberg*). Erste klinische Untersuchungen zeigten einen positiven Effekt der Anwendung dieser Liste, z. B. auf die Verringerung der Sturzhäufigkeit älterer Patienten.

British Journal of Clinical Pharmacology, DOI: 10.1111/bcp.13055

Age Ageing, 2016; 45(3): 402-408

Deutsches Ärzteblatt International, 2016; 113: 627-33

Age Ageing, 2016; 45(2): 262-267

Studie: Hormonelle Verhütung erhöht Risiko auf Depressionen

Dänische Frauen, die hormonell verhüten, bekamen 6,4 Jahre später häufiger ein Antidepressivum verschrieben. Das zeigt eine aktuell in *JAMA Psychiatry* publizierte Studie. Auch Assoziationen zwischen hormoneller Verhütung und einer stationären Behandlung wegen einer schweren Depression wurden festgestellt. Besonders Teenager sind betroffen: 15- bis 19-jährige Mädchen, die die Pille nahmen, hatten ein um 80 Prozent erhöhtes Risiko Antidepressiva verschrieben zu bekommen. Mit alternativen hormonellen Verhütungsmitteln wie etwa der Hormonspirale verdreifachte sich das Risiko sogar.

Øjvind Lidegaard von der *Universität Kopenhagen* und sein Team untersuchte im Zeitraum von 2000 bis 2013, ob die Einnahme dieser Präparate das Risiko von Depressionen erhöhe. Für alle Varianten der hormonellen Kontrazeption fand Lidegaard eine signifikante Assoziation. Die Forscher griffen für ihre Untersuchung auf Daten des dänischen Patientenregisters von über einer Million Frauen und Mädchen (Alter: 15 und 34 Jahre) zurück, denen hormonelle Kontrazeptiva verschrieben worden waren. 55 Prozent der Frauen nutzten eine hormonelle Empfängnisverhütung. Nach etwa 6,4 Jahren gab es 133.178 erste

Rezepte für Antidepressiva und 23.077 erste Diagnosen für Depressionen, sagen die Forscher. Nutzerinnen von Gestagen-Pillen wurde zu 34 Prozent häufiger als anderen Frauen ein Antidepressivum verschrieben, bei Nutzerinnen eines Verhütungspflasters mit Norelgestromin war die Rate sogar verdoppelt. Frauen, die sogenannte Kombinationspräparate einnahmen, hatten schon nach 6 Monaten eine 23 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, ein Antidepressivum verschrieben zu bekommen gegenüber Frauen, die die Pille nicht nahmen.

Die übereinstimmenden Ergebnisse für alle verfügbaren hormonellen Kontrazeptiva wertet Lidegaard als Beleg dafür, dass die Assoziationen nicht zufällig sind. Fachinformationen der Antibabypille nennen „Stimmungsschwankungen“ und „depressive Verstimmungen“ schon seit langem als mögliche Nebenwirkungen, wenngleich das absolute Risiko für die einzelne Anwenderin nicht sehr hoch ist. Weitere Untersuchungen über mögliche schädliche Wirkungen von hormonellen Kontrazeptiva seien jedenfalls nötig, empfehlen die Autoren der Studie.

Frauen werden zunehmend misstrauischer gegenüber der Pille. Unter #mypillstory schildern Frauen in den Sozialen Medien derzeit ihre persönlichen – meist negativen – Erfahrungen mit der Pille. In Deutschland wurde eine Selbsthilfegruppe von durch die Pille geschädigte Frauen gegründet.

JAMA Psychiatry, 2016; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2387

Medicina e morale

Rom, *Rivista internazionale di Bioetica*
 Halbjährliche Zeitschrift
 2016/4
 Articoli:
 Marco Cerruti: *Terapie fetali: questioni etiche*
 Iliaria Malagrì, Maria Teresa Russo: *Ethical dilemmas on “ultrasound bond”: technology and pregnant embodiment*
 Marie-Jo Thiel: *Humans enhanced to the limits of the human condition. Ethical and theological perspectives*
 Elena Mancini: *Diritto alla salute, equità e governance delle malattie neglette e della povertà*
 C. Casini: *Il dibattito in Biogiuridica: Nota Giuridica sulla necessaria integrazione del foglietto illustrativo dei prodotti farmaceutici contenenti ulipristal acetato (UPA) e levonorgestrel (LNG) (nome commerciale: Ellaone e Norlevo) classificati come strumenti di “con-traccezione d'emergenza”*

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, *Zeitschrift in Englisch*
 16. Jahrgang, Heft 2, 2016
 Articles:
 Gwyneth A. Spaeder, MD: *The Moral Obligation to Vaccinate: Autonomy and the Common Good*
 Elliott Louis Bedford: *The Reality of Institutional Conscience*
 Paul Babcock: *Paying Workers as if People Mattered.*

RdU Recht der Umwelt

Wien, *Zeitschrift in Deutsch*
 23. Jahrgang, Heft 5, 2016
 Ferdinand Kerschner, Erika Wagner: *Editorial;*
 Beiträge:
 Leopold Bumberger: *Rechtspre-*

chung des VwGH zum AWG 2002 und zum ALSAG im Jahr 2015;
 Edmund Primosch: *„Nationally Determined Contributions“ im Bereich des völkerrechtlichen Klimaschutzes;*
 Thomas Aigner: *Über die Bedeutung subjektiver Eigenschaften des Nachbarn bei der Immissionsabwehr.*

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch
 49/2, 2016
 Estudios:
 Claudia Carbonell: *Auto-determinación y responsabilidad intransferible en Orígenes de Alejandría. Una consideración filosófica. (De principiis III, 1)*
 Laura Corso de Estrada: *Planos de racionalidad en el conocimiento de sí. Sinergia de tradiciones helenísticas en la Summa aurea de Guillermo de Auxerre.*
 Lourdes Flamarique: *La fenomenología de la interioridad en Agustín de Hipona y su interpretación existencial en Kirkegaard y Heidegger.*

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD
 Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
 Band 28, Heft 2, 2016
 Gunnar Duttge: *Grenzen des Selbstbestimmungsrechts im psychiatrischen Behandlungskontext.*
 Jakov Gather, Tanja Henking, Georg Juckel, Jochen Vollmann: *Vorausverfügte Therapieablehnung in Situationen von Eigen- oder Fremdgefährdung. Ethische und rechtliche Überlegungen zur Umsetzung von Patientenverfügungen in der Psychatrie.*
 Anna-Karina Jakovljevic, Dirk Hesse, Claudia Wiesemann: *Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung als Instrumente der Vorausplanung in der forensischen*

Psychiatrie.
 Manuel Trachsel, Nikola Billeter-Andorno: *Mit zweierlei Maß: Die mangelnde Verbindlichkeit von Patientenverfügungen bei untergebrachten Personen mit psychiatrischen Störungen in der Schweiz.*

ETHICA

Innsbruck, *Quartalsschrift in Deutsch*
 24. Jahrgang, Heft 4, 2016
 Leitartikel:
 Ricardo Bonfranchi: *Warum tut sich unsere Gesellschaft schwer, Menschen mit geistiger Behinderung zu integrieren?*
 Paul Cullen: *Suizidbeihilfe. Der Arzt als Tötungshelfer?*
 Herbert Schlögel, Alexander Merkl: *Menschenwürde und Menschenrechte. Naturrechtlicher Rückbezug und Konkretion.*

Acta Philosophica

Rom, Italien
 Quartalzeitschrift in Italienisch
 Vol. 25 (2016), fasc. II
 Studi:
 Enrique R. Moros, Juan José Salinas: *La verdad. Desde Tomás de Aquino a John McDowell pasando por Richard Rorty.*

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch
 62/3, 2016
 Abhandlungen:
 Volker Roelcke: *Profession und Professionalität in der Medizin: Aktualität, historische Dimensionen und normatives Potenzial eines zentralen Begriffspaares für ärztliches Handeln;*
 Alexander Merkl: *Ärztliches Ethos – gegenwärtige Herausforderungen ärztlichen Handelns;*
 Stephan Sahm: *Keine Kriminalisierung der Palliativmedizin – Ein Nachtrag zur Entscheidung des Bundestages, geschäftsmäßige*

Suizidassistentz zu verbieten;
Claudia Wiesemann: Kindeswohl –
Ein Problemaufriss aus der Perspek-
tive der Medizinethik;
Knut Berner: Vorbeugende Nach-
sicht – Vergebung als Thema der
Medizinethik;
Tobias Wege-Rost: Der Klinische
Ethik-Begleiter – Ein niederschwel-
liges Angebot der klinisch-ethi-
schen Patientenversorgung.

Lebensqualität in der Medizin

Laszlo Kovacs, Roland Kipke, Ralf Lutz (Hrsg.)
 Springer VS, Wiesbaden 2015
 372 Seiten
 ISBN 978-3-658-10678-2

Lebensqualität ist ein komplexes, multidimensionales Konzept, das von der Weltgesundheitsorganisation als die „subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ definiert wird (WHO 1995).

Manche meinen, den Begriff „Lebensqualität“ bis in die Antike zurückverfolgen zu können, die meisten kommen nur bis zum 18. Jahrhundert.

Der Entwurf einer neuen Wirtschaftspolitik in den USA in den 1960er Jahren, der auf eine Steigerung der Lebensqualität abzielte, signalisierte den Start einer inflationären Verwendung des Begriffes Lebensqualität: Seitdem wird in der Ökonomie auf Lebensqualität gesetzt, um das stagnierende Wirtschaftswachstum einer Gesellschaft anzukurbeln, die an der Sättigungsgrenze angekommen ist. Damit Lebensqualität messbar wird, wurden oft Lebensqualität und quantifizierbare Lebensbedingungen gleichgesetzt. Die empirische Glücksforschung weiß aber, dass sich Menschen unter objektiv guten Bedingungen schlecht fühlen können (Unzufriedenheitsdilemma) und Menschen in objektiv schlechter Lage glücklich und zufrieden sein können (Zufriedenheitsparadoxon). Die Einbeziehung der subjektiven Komponente bedeutet eine beträchtliche Steigerung der Komplexität des Begriffes und bringt beachtliche Messprobleme mit sich.

Bei der Verwendung des Begriffes Lebensqualität in der Medizin kann man in den letzten 40 Jahren drei Etappen unterscheiden. In der ersten wurde der Begriff als Ziel zweiter Wahl und als Vergleichskriterium eingeführt. In der Palliativmedizin wird Lebensqualität überhaupt zum Ziel jeder Maßnahme.

In der zweiten Etappe wird Lebensqualität zum neuen medizinischen Konzept, das die Gesundheitsdefinition um den Parameter Lebensqualität erweitert und bedeutende nicht somatische Dimensionen des Menschlichen in die Heilkunst integrieren will. Diese Strategie ist als Regulativ gegen die Fehlentwicklung der Übertechnisierung, der Ökonomisierung und der Politisierung der Medizin, d. h. ihrer Entmenschlichung gedacht.

In der dritten Etappe wird der Begriff Lebensqualität auch im Zuge der Euthanasiediskussion zunehmend mit dem Lebensrecht in Zusammenhang gebracht und maßt sich damit an, die Bedingungen eines lebensunwerten Lebens zu bestimmen, was unmittelbar auf die Begriffe von Person und Menschenwürde hinweist.

Gerade bei der Behandlung von malignen Erkrankungen hat die Bedachtnahme auf die zu erwartende Lebensqualität des Patienten in manchen Fällen zur Einbeziehung der Möglichkeit des Behandlungsverzichts geführt. Dadurch kann dem Patienten eine nebenwirkungsreiche Chemotherapie mit oft nur geringem Gewinn an Lebenserwartung erspart werden. Die Neonatologie sucht ebenfalls in der voraussehbaren Lebensqualität eine Entscheidungshilfe bei schwierigen Situationen. Die Gefahr dabei besteht darin, dass die Lebensqualität zum Maßstab für die Sinnhaftigkeit des Lebens wird.

Der Begriff ist nach und nach von vielen wissenschaftlichen Disziplinen – z. B. Philosophie, Theologie, Soziologie, Wirtschaftswissenschaften, Psychologie und Medizin übernommen worden. Diese haben in den letzten drei Jahrzehnten sehr intensiv darüber geforscht.

In der Folge einige Auszüge aus dem zu besprechenden Band, ohne Rücksicht auf Zusammenhang, aber bezeichnend für die Schwierigkeiten, auf die man bei der Behandlung des Begriffes Lebensqualität stößt:

Zur Berechnung des Erfolgs medizinischer Maßnahmen und zur Entscheidung über ihren Einsatz sollen im Gesundheitswesen patientenre-

levante Endpunkte herangezogen werden. Neben der Verlängerung der Überlebenszeit (Senkung der Mortalität) wird die Verbesserung der Lebensqualität als solcher patientenrelevanter Endpunkt für medizinische Maßnahmen definiert. Diese Festlegung wird immer wieder durch die faktische Gestaltung von Wirksamkeitsstudien zugunsten anderer Endpunkte und Surrogatparameter umgangen (Daniel R. Friedrich).

Medizinische Lebensqualitätsforschung beschäftigt sich seit etwa den 1970er Jahren damit, diese Grundidee von Lebensqualität als patientenrelevanten Endpunkt zu konzeptualisieren und zu operationalisieren. Das Problem liegt u. a. im Zusammenfassen von Messergebnissen in verschiedenen Surrogatparametern zu einem komplexen Score. Diese Schwachstelle der aktuellen Lebensqualitätsmessung sollte dazu führen, operationalisierte Lebensqualität zurückhaltender einzusetzen (Daniel R. Friedrich).

Alexa Nossek verwendet den Begriff Individuen, um die Rede von Personen zu vermeiden, da ihrer Meinung nach Säuglinge und schwerst geistig Behinderte keine Personen sind. So steht es zumindest im 2. Kapitel ihres Artikels.

Generell gilt, dass Lebensqualität kein wertneutraler Begriff ist. Gerade die krankheitsübergreifenden Lebensqualitätsinstrumente rekurrieren implizit auf seine Norm des körperlich fitten, psychisch gesunden, sozial integrierten und funktionell kompetenten Menschen, der zumindest in unserer Kultur besonders hoch geschätzt wird. Wenn solche Lebensqualitätsbewertungen den Therapieentscheidungen zugrunde liegen, ist Sorge dafür zu tragen, dass Patientengruppen nicht systematisch diskriminiert werden (z. B. körperlich behinderte oder psychisch kranke Patienten), (Monika Bullinger).

Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist ein relativ neues, rein wissenschaftliches und beliebiges Konstrukt ohne Bezug zur Laiensprache. Deshalb ist es schlecht und uneinheitlich definiert. Goldstandards, anhand derer

Messinstrumente validiert werden können, existieren nicht. Vielleicht sind einige Messinstrumente nicht für den intendierten Zweck geeignet. Trotzdem wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität jetzt für viele verschiedene Zwecke genutzt, und ihre Messung ist ein wichtiger Teil der Gesundheitsforschung (Peter G. Robinson).

Bei einer Konzeption der Lebensqualität als subjektivem Wohlbefinden können auch praktische Schwierigkeiten auftreten, da der Zusatznutzen dann höher ist, wenn auch Lebensqualitätseffekte nachgewiesen werden können, steigt in der Folge die Wahrscheinlichkeit für einen hohen Erstattungspreis des Arzneimittels (David Lohrberg, Christine Blome).

Parameter wie Altersgewichtung und Diskontierung werden in aktuellen Studien meist nicht mehr angewendet.

Alzheimer-Demenz und Lebensqualität sind also nicht per se ein Widerspruch, aber es ist nicht immer einfach, Lebensqualität bei Demenz zu erkennen. Narrative Zugänge können für dieses Erkennen sensibilisieren (Martina Schmidhuber).

Auf den 368 Seiten dieses Buches bemühen sich 36 Autoren redlich, der Aufgabe einer Definition und Systematisierung des Begriffes Lebensqualität nachzukommen.

Beim sehr genauen Durchlesen des Buches findet man keinen Beitrag, in dem die eigene These nicht relativiert, in Frage gestellt oder als nicht umfassend bewertet wird.

Es stellt sich die Frage, ob die Erfahrung von Paradoxien in medizinischen Entscheidungen, also das Akzeptieren der Ohnmacht und der Unfassbarkeit des Lebens, nicht einen größeren theoretischen Stellenwert erhalten sollte.

Mit dem Einsatz von Lebensqualität als einem therapeutischen Ziel geht man über die naturwissenschaftlich überprüfbare Deskription hinaus. (Johannes G. Meran).

Wenn die Beschäftigung mit dem Begriff Lebensqualität eines zeigt, dann, dass es eine Vielzahl unterschiedlicher Anwendungsfälle und Kontexte

gibt, die kaum etwas miteinander zu tun haben, um unterschiedliche Fragestellungen und ethische Probleme kreisen und ein unterschiedliches begriffliches Werkzeug zu erfordern scheinen. Anwendungsbereiche sind etwa Krankenhaus, Pflegeheim, Hospiz, Behindertenwohnheim u. ä. Eine Erwägung der Lebensqualität kann der Rechtfertigung von Abtreibung, Sterbehilfe und Euthanasie dienen. Sie kann jedoch auch auf die Verbesserung von Lebensbedingungen von Patienten oder Heimbewohnern abzielen. Man kann über episodische und permanente Lebensqualität sprechen, subjektive und objektive Kriterien anlegen, man kann den Begriff deskriptiv oder normativ verwenden, graduell oder absolut, die erst- oder drittpersonliche Perspektive einnehmen und somit sich selbst und anderen Lebensqualität zuschreiben, Lebensqualität antizipieren, gegenwärtig oder retrospektiv, *top down* oder *bottom up* betrachten u.s.w.

Angesichts dieser Fülle von Aspekten kann man die Frage stellen, wie der Begriff Lebensqualität zu verstehen sei.

Das menschliche Dasein geht nicht ohne Begrenzungen und Begrenztheiten ab, die jedoch ihren Bedeutungsgehalt haben. Der bloße Hinweis auf Lebensqualität hat seine Wurzeln in einer hedonistischen Weltanschauung. Wer dem christlichen Weltbild den Vorrang einräumt, muss seinem Handeln eine andere Werteskala zugrunde legen. Das Sein hat absoluten Vorrang vor dem Haben, die Person vor den Dingen. Die Mentalität des zeitgenössischen Hedonismus und Materialismus schreibt nur demjenigen einen Wert zu, was sich auf der Ebene des Habens abspielt, d. h. Dingen, Ereignissen und Eigenschaften, die sich in Kategorien des Nutzens, der Qualität oder des Reichtums ausweisen lassen. Das Leben wird von außen und nicht von innen her bewertet. Wertlos hingegen erscheint das, was auf der Ebene des Seins liegt, d. h. was der Mensch an sich ist; seine innere Dimension wird ausgeblendet. Mit anderen Worten, das Leben wird auf die Eigenschaften reduziert, die zum Vollzug gewisser Funktionen notwendig sind

und infolgedessen wird dem Leben gerade soviel Wert zugeschrieben (Lebensqualität), wie seine Eigenschaften ausmachen. Auf dieser Argumentationslinie kann das Leben lebensunwert werden, weil infolge des Verlustes von Eigenschaften die Lebensqualität unter zumutbare Grenzen sinkt. Die Menschenwürde ist inkommensurabel. Keine ihrer Dimensionen (personale Einzigartigkeit, personale Selbstbestimmung, personale Dimension des menschlichen Herzens, personale Dimension der menschlichen Geschöpflichkeit, Transzendenz) wird durch Einschränkungen der Lebensqualität verändert, solange der Mensch lebt.

Nicht die Lebensqualität, sondern die Menschenwürde wird der Schlüsselbegriff bei der Entscheidung über Lebensverkürzung oder Lebensverlängerung sein. Bei der Prüfung der Frage des Behandlungsabbruches oder -verzichts spielt die Lebensqualität eine Rolle, allerdings eine akzidentielle. Menschenunwürdig ist bei einem Schwerkranken nie der Mangel an Lebensqualität, sondern das Verhalten der Umgebung. Dem Tabu des Sterbens sollte man nicht durch Aufgeben, sondern durch sorgsame Aufmerksamkeit und Betreuung begegnen.

C. Schwarz

Post-Abortion Trauma: Possible Psychological and Existential Aftermaths

Pontifical Academy for Life, Rome 2014

210 Seiten, 3 Tabellen

ISBN 978-88-97830-27-6

Die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen hat epidemische Ausmaße angenommen. Schätzungen beziffern die Zahl der Abbrüche auf 50 Millionen weltweit pro Jahr, was etwa einem Drittel aller Schwangerschaften entspricht. Dabei betrifft jeder zweite Schwangerschaftsabbruch eine Frau, die bereits früher einmal abgetrieben hatte. Die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in den meisten Ländern hat das Unrechtsbewusstsein einer derartigen Handlung schwinden und zu einem legitimen nachgeordneten Mittel der

Geburtenregelung werden lassen.

Proponenten eines legalen Schwangerschaftsabbruchs verweisen auf seine „heilende“ therapeutische Wirkung im Falle eines Schwangerschaftskonflikts und betrachten ihn gleichsam als indizierte medizinische Maßnahme. Gegner eines Schwangerschaftsabbruchs verweisen hingegen – nebst seiner Unsittlichkeit – auf einen gegenteiligen Effekt, nämlich auf das psychische und existentielle Trauma, welches ein Schwangerschaftsabbruch im Leben einer Frau – oder auch ihres Partners – mitunter lebenslang nach sich ziehen kann.

Angesichts solch widersprüchlicher Behauptungen hat es die Päpstliche Akademie für das Leben unternommen, die seelischen und existentiellen Folgen eines Schwangerschaftsabbruches wissenschaftlich untersuchen zu lassen. Die Aufgabe wurde zwei US-amerikanischen Autoren, Vincent M. Rue (Florida) und Priscilla K. Coleman (Ohio), sowie zwei an der Katholischen Universität von Valencia (Spanien) wirkenden Autoren, Justo Aznar und Germán Cerdá, übertragen.

Vincent Rue hatte im Jahr 1981, nur ein Jahr nach der Erstbeschreibung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS/PTSD) und angelehnt an diese, das von ihm so benannte „Post-Abortion Syndrome“ (PAS) beschrieben. In der vorliegenden Schrift rechtfertigt Rue die Abgrenzung dieses Syndroms, wenngleich es bis heute nicht in der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation gelistet ist. Priscilla Coleman, eine ursprüngliche Mitarbeiterin Rue's, bestätigt anhand einer eingehenden Literaturstudie der letzten 40 Jahre das Vorhandensein einer oft länger anhaltenden seelischen Traumatisierung nach Schwangerschaftsabbruch, verweist aber auf die Vielgestaltigkeit ihrer Ausprägung je nach der zugrunde liegenden Persönlichkeit und Konfliktlage und möchte daher lieber von einem „Post-Abortion Trauma“ (PAT) sprechen. In dieselbe Kerbe schlagen die beiden spanischen Autoren, welche sich auf vier ausgedehnte Metaanalysen und einige besonders gut kontrollierte Einzelarbeiten stützen. Nach objektiver Sichtung stellt sich heraus, dass

von jenen Frauen, die einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, etwa ein Drittel an einem PAT leidet, ein Drittel von einer seelischen Erleichterung berichtet und ein weiteres Drittel sich indifferent äußert. Die Autoren weisen auf konkrete Indikatoren hin, welche bereits vor dem Abbruch mögliche seelisch nachteilige Folgen abschätzen lassen und verlangen, dass die vorangehende Beratung diese Fakten berücksichtigen müsse. Im Gegensatz dazu wird heute im Beratungsgespräch fast ausschließlich nur die Aussicht auf seelische Erleichterung betont, die auch tatsächlich eher eintritt, wenn etwa der abzutreibende Embryo als bloßes „Gewebe“ bezeichnet wird – unter Vorgabe einer vorsätzlichen Verdrehung der Tatsachen also, die das Gewissen beruhigen soll.

Man mag bedauern, dass die vorliegende Schrift kaum auf therapeutische Ansätze, ihre Methoden und Erfolgsraten, eingeht. Wohl wird auch die spirituelle Dimension kurz beleuchtet, doch fehlt ein Hinweis, dass die vor dem Gewissen unvergebene Schuld häufigster Auslöser dieser seelischen Störung ist. Aus katholischer Sicht bietet hier das Sakrament der Vergebung eine wichtige Therapieoption für ein Post-Abortion Trauma.

Die Broschüre bietet indes eine umfassende Darstellung der Problemlage und ist Personen, die beratend für Frauen im Schwangerschaftskonflikt engagiert sind, zu empfehlen.

W. Rella

Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge. Theoretische Grundlagen, interreligiöse Perspektiven, Praxisreflexionen

Hille Haker, Gwendolin Wanderer, Katrin Bentele (Hrsg.)
 Reihe *Medical Ethics in Health Care Chaplaincy. Medizinethik in der Klinikseelsorge*, Bd. 4
 LIT Verlag, Münster, Berlin, Wien 2014
 440 S.
 ISBN 978-3-643-11961-2

Für den rücksichtsvollen Umgang mit kranken Personen, die leiden oder sogar im Sterben liegen, sind praxiserprobte Erfahrungen eine besonders große Hilfe. Deshalb ist es ein Glück, dass

es den Sammelband „Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge“ gibt. Er ist eine Fundgrube voller wertvoller Informationen und bedenkenswerter Sichtweisen und Zugänge für alle, die im Seelsorge-Team eines Krankenhauses, aber auch darüber hinaus in Medizin und Pflege bzw. im Sozialbereich mit und für Menschen arbeiten. Eine besondere Brisanz erhält die Thematik sicher in Zeiten, da in der Gesundheitsversorgung immer mehr Menschen aus anderen Kulturen vertreten sind.

Das Buch, das als vierter Band in der Reihe „Medizinethik in der Klinikseelsorge“ erschienen ist, öffnet den Blick für die großartige Weite des menschlichen Lebens. Es enthält die Erkenntnisse einer internationalen Fachtagung zur Klinikseelsorge, die 2010 an der Goethe-Universität Frankfurt stattfand, sowie weiterführende Überlegungen zu aktuellen Fragestellungen und Herausforderungen. Alle 21 Beiträge helfen, Patienten besser zu verstehen und ihren Bedürfnissen gerechter zu werden. Seelsorge kann dadurch wirksamer organisiert und in das Gesamtgefüge der Patientenbetreuung integriert werden.

Ein höchst gelungener Auftakt für die anschließende Diskussion mit Stellungnahmen aus unterschiedlichen religiösen Perspektiven ist die erhellende Beschreibung der Krankenhaussituation auf Seite 37: „Das Krankenhaus ist nun eine der Institutionen, in denen die Trennung von öffentlicher und privater Sphäre ständig unterlaufen wird (...) Die Akteure in einem Krankenhaus handeln als Vertreter und Vertreterinnen ihrer Professionen, aber zugleich bringen sie auch ihre Geschichte mit – dies gilt keineswegs nur für die Patienten, sondern genauso auch für die Pflegekräfte, die Ärzte und die Seelsorger, und darüber hinaus für das gesamte Personal, das das System Krankenhaus trägt. Im Krankenhaus wird ‚geboren und gestorben‘, und zwischen diesen beiden Extremen werden Krankheiten oder Unfälle diagnostiziert und behandelt. Eltern heißen ihre neugeborenen Kinder willkommen, Eltern trösten Kinder und trauern zuweilen um sie; Paare halten zusammen und müssen sich

zuweilen endgültig voneinander verabschieden. Manche Menschen merken, dass sie kein soziales Netz haben, andere werden von ihren Familien umsorgt. Und viele Menschen legen ihren Glauben nicht an der Pforte ab, sondern im Gegenteil, sie suchen Zuflucht zu ihm, lernen ihn neu kennen, oder verabschieden sich auch von ihm. Kurz: das Krankenhaus ist ein Ort des institutionellen, sozialen und persönlichen Handelns, aber auch Ort der existentiellen Selbstkonfrontation.“

Bernhard Dörr berichtet in seinem wunderbar lesbaren und stellenweise humorvollen Aufsatz, dass viele Menschen das Bedürfnis haben, „im ‚System Krankenhaus‘ die eigene Lebens- und Krankengeschichte zu erzählen, um auf diese Weise als ‚ganzer‘ Mensch in Erscheinung treten und sich behaupten zu können“. Von Seiten der Seelsorge erfordere dies „ein zeitlich angemessenes Verweilen und eine authentische persönliche Zuwendung“. Deshalb ist der Seelsorger in Dörrs Augen immer auch „Anwalt des Menschlichen und der menschlichen Perspektive“; jemand, der die Aufgabe hat, „Menschen so in das Ganze der Wirklichkeit hinein zu begleiten, dass diese ihre radikale Endlichkeit nicht überspringen oder ausblenden, sondern vielmehr auszuhalten und anzunehmen lernen“. Kranksein gehört somit zum Grundverständnis des Menschen und darf nicht als ein menschlicher Makel angesehen werden, der die menschliche Würde mindert. Abschließend gibt Dörr noch zu bedenken, dass gerade das, was in der Krankheit trägt, auch im späteren Leben, nach dem Krankenhausaufenthalt, prägend bleiben könne.

Wie die Teile eines Mosaiks fügen sich die hier zusammengetragenen Einsichten erfahrener Seelsorger zu einem großen Ganzen zusammen und laden zum Weiterbauen ein. Ein solches Mosaiksteinchen ist zum Beispiel der Beitrag von Jürgen Janik über die interreligiöse Seelsorge. Zum „Raum der Stille“, der über keinerlei religiös zuordenbare Symbole verfügt, stellt er die völlig berechtigte Frage, „ob die christlichen Seelsorgenden den Besuchern damit nicht eine Möglichkeit der Aus-

einandersetzung mit ihrer Kernbotschaft vom mitleidenden und erlösenden Gott in Jesus Christus am Kreuz nehmen. Unter Umständen führt der Verzicht auf das Spezifische und die Reduktion auf das Verbindende zum Verzicht auf die Möglichkeit der Vertiefung und zur Beschäftigung mit Antwortangeboten auf das, was suchende bzw. gläubige Besucher einer Kapelle bewegt.“ Er berichtet von seinen Erfahrungen am Northwestern Memorial Hospital in den USA und gelangt wohl zu einem ähnlichen Schluss wie der Leser dieses eindrucksvollen Buchs, wenn er schreibt: „Gelebte Diversität beruht auf dem Respekt und der Wertschätzung der Unterschiedlichkeit von Kulturen, Lebensweisen und Religionen. Sie ist Antwort auf und Ausdruck von gottgegebener Freiheit. Für die christliche Seelsorge folgt daraus einerseits die Herausforderung zur Weiterentwicklung ihrer interkulturellen und interreligiösen Kompetenz für das eigene Tun. Zum anderen gilt es, mit Demut die Andersartigkeit der anders Glaubenden zu respektieren. Das heißt dann auch, die Eigenart des helfenden Tuns anderer Religionen wertzuschätzen.“

D. Hartig

Jahresinhaltsverzeichnis des 23. Bandes (2016)

Die angeführten Seitenzahlen entsprechen folgenden Ausgaben:
 Nummer 1 (1-68); Nummer 2/3 (69-180); Nummer 4 (181-256)

Aus aktuellem Anlass

Huber Brigitte, <i>Zulassung fremdnütziger Forschung an nichteinwilligungsfähigen Personen – ein Zivilisationsbruch?</i>	185-187
Knaup Marcus, <i>Der neue §217 des deutschen Strafgesetzbuches (StGB)</i>	9-12
Kummer Susanne, <i>Zika-Virus: Wissenschaftler erheben Zweifel an WHO-Warnstufe</i>	6-8
Kummer Susanne, <i>Aktuelle Fragen zur Gewissensfreiheit im Gesundheitsbereich</i>	79-81
Prat Enrique H., <i>Transparenz und Ethik in der pharmazeutischen Industrie</i>	74-78

Schwerpunkt

Bauer Axel W., <i>Der Autonomiebegriff im bioethischen Diskurs der 1990er Jahre</i>	199-211
Böck Karin, Gabriela Hackl, <i>Begleitung sterbender Demenzkranker aus pflegespezifischer Sicht</i>	103-110
Croy Antonia, <i>Demenz: Angehörige betreuen und entlasten</i>	129-138
Feichtner Angelika, <i>Schmerzerkennung bei Demenz – empathische Voraussetzungen</i>	93-102
Heuser Stefan, <i>Autonomie und asymmetrische Kommunikation in der Pflege</i>	223-234
Hoffmann Thomas Sören, <i>Zum Verhältnis von Autonomie, Selbstbestimmung und Willkürentscheidung</i>	189-198
Illhardt Franz Josef, <i>Einschränkung der Patientenautonomie und Zurechnungsfähigkeit</i>	213-222
Isfort Michael, <i>Der Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus</i>	139-148
Kletečka-Pulker Maria, Leitner Katharina, <i>Patientenverfügung vs. Vorsorgevollmacht – ein Erfahrungsbericht</i>	235-242
Prat Enrique H., <i>Umgang mit Demenzkranken: ein tugendethischer Ansatz</i>	149-158
Schlemmer Marcus, <i>Die Kunst des Ausstiegs: Ärztliche Wahrhaftigkeit und „End of Life Care“</i>	21-26
Schmidl Martina, <i>Umgang mit Demenzkranken: ethische Anforderungen an Ärzte</i>	83-91
Schratter-Sehn Annemarie, <i>Zur Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Schaden in der Onkologie</i>	13-19
Schwarzmeier Josef, <i>Krebstherapie heute: Grenzen und Möglichkeiten</i>	27-33
Sramek Gunvor, <i>Validation: Brücke in die Welt der Demenz</i>	119-128
Weissenberger-Leduc Monique, <i>Demenz und Gewalt</i>	111-118

Freies Thema

Stronegger Willibald J., *Die Legitimität von Tötungshandlungen im modernen Staat: eine biopolitische Perspektive* 35-45

Fall

Nierenersatztherapie bei einem jungen Patienten mit schwerer Psychose 46-47

Bonelli Johannes, *Kommentar zum Fall* 48-49

Wartezeiten auf medizinische Behandlungen im Gesundheitssystem 159

Kummer Friedrich, *Kommentar zum Fall* 160-161

Tagungsbericht

Breunlich Barbara, *Reproduktionsmedizin: Von der Selektion bis zur „geriatrischen Geburtshilfe“* 50-55

Buchbesprechungen

Büssing A., Surzykiewicz J., Zimowski Z. (Hrsg.), *Dem Gutes tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen interdisziplinär betrachtet*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg (2015) 169-170

Emmerling P., *Ärztliche Kommunikation. Als Erstes heile mit dem Wort...*, Schattauer, Stuttgart (2015) 65-66

Gawande A., *Sterblich sein. Was am Ende wirklich zählt. Über Würde, Autonomie und eine angemessene medizinische Versorgung*, S. Fischer Verlag, Frankfurt/Main (2015) 173-174

Gronemeyer R., Heller A., *In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann*, Pattloch Verlag, München (2014) 175-176

Haker H., Wanderer G., Bentele K. (Hrsg.), *Religiöser Pluralismus in der Klinikseelsorge. Theoretische Grundlagen, interreligiöse Perspektiven, Praxisreflexionen*, Reihe Medical Ethics in Health Care Chaplaincy, Medizinethik in der Klinikseelsorge, Bd. 4, LIT Verlag, Münster, Berlin, Wien (2014) 250-252

Kovacs L., Kipke R., Lutz R. (Hrsg.), *Lebensqualität in der Medizin*, Springer VS, Wiesbaden (2015) 247-249

Lübbe A. S., *Für ein gutes Ende – Von der Kunst, Menschen in ihrem Sterben zu begleiten – Erfahrungen auf einer Palliativstation*, Wilhelm Heyne Verlag, München (2014) 170-173

Maio G., *Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung*, Herder Verlag, Freiburg im Breisgau (2015) 63-65

Pontifical Academy for Life, *Post-Abortion Trauma: Possible Psychological and Existential Aftermaths*, Rome (2014) 249-250

1. Allgemeine Erläuterungen

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

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

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten.

2. Gestalten der Manuskripte

Länge/Umfang: 25.000 – 35.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Die erste Seite soll enthalten:

1. einen kurzen Titel der Arbeit auf Deutsch und Englisch
2. Name des Autors/ der Autoren
3. Kontaktdaten
4. eine Zusammenfassung des Beitrags (max. 700 Zeichen inkl. Leerzeichen) und 3 – 5 Schlüsselwörter je auf Deutsch und Englisch

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Dateiformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Grafiken werden in Druckqualität (hoher Auflösung) benötigt. Nach Drucklegung werden dem Autor die entsprechenden Belegexemplare zugesandt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher

Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

3. Literatur

Die Zitierung erfolgt in Form von Endnoten, wobei die Nummerierung fortlaufend und die Zitierungszahlen hochgestellt sein sollen.

Bei Zeitschriftenbeiträgen sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen oder erster Autorennamen und „et al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. abgekürzter Titel der Zeitschrift nach den internationalen Regeln (Index Medicus)
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort(e)
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl

Beispiel: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

1. General information

Submission of an article for publication implies the transfer of the author's comprehensive copyright to IMABE as publisher, including the unlimited right of reproduction and the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

When submitting manuscripts, the following guidelines should be respected.

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF).

2. Design/ formatting of Manuscripts

Length/scale: 25,000 – 35,000 characters (including blank spaces)

The first page should include:

1. A short title in English and German
2. Name of the author/authors
3. Contact details
4. Abstract of the article (maximum 700 characters including blank spaces) and 3-5 keywords in English and German. (These can be provided by the editor.)

Manuscript pages (including the bibliography) should be numbered. Acknowledgements should be made between end of the main text and before citations or references. Automated footnotes should be used. Tables and figures should be inserted at the appropriate places in the text. All graphics and illustrations need to be in print quality (high resolution). The author will receive copies of the publication once the issue is published.

For the sake of readability, dispense with the simultaneous use of both male and female forms of speech. All

personal descriptions apply to both sexes.

3. References

Citations should be in the form of endnotes with consecutive numbering. Citation numbers in the text should be in superscript.

Articles from journals should be cited in the following manner:

1. Author's name -- or first author's name followed by "et al" -- followed by initials of first name in uppercase letters
2. Title of article
3. Journal in standard abbreviation according to international rules (Index Medicus)
4. Year of publication in parentheses followed by semi-colon
5. Volume number followed by colon
6. Pages in which article appeared (first to last page number)

Example: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Citation of monographs and books should include:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Name of publishing company
4. Location(s) of publishing company
5. Year of publication in parentheses followed by a comma
6. Pages in which work cited appeared (first to last page number)

Example: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

IMABE-Info (www.imabe.org)

AIDS 1: Die Infektion und ihre Verbreitung
AIDS 2: Prävention und Therapie
Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht
Burnout
Drogen
Entschlüsselung des menschlichen Genoms
Ethische Qualität im Krankenhaus
Assistierter Suizid und Euthanasie aus ethischer Sicht
Katholische Kirche zu Sterbehilfe und Euthanasie
Familie und Krankheit
Fehlerkultur in der Medizin
Gender
Gentechnik in der Humanmedizin
Grenzen der Sozialmedizin
Hirntod
In-Vitro-Fertilisation
Kardinaltugenden und ärztliche Praxis
Klonen
Kommunikation und Vertrauen
Lebensqualität in der Medizin
Mifegyne. Die Abtreibungspille RU 486
Mitleid: Mitleiden und Mitleben
Neurowissenschaft
Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva
Ökonomie und Gesundheitswesen
Organtransplantation
Palliativmedizin
Der ethische Ruf der Pharmaindustrie
Pille danach
Pille versus Natürliche Empfängnisregelung

Placebo
Post-Abortion-Syndrom (PAS)
Präimplantationsdiagnostik
Pränatale Diagnostik
Pränatalmedizin
Prävention als moralische Tugend des Lebensstils
Reduktion von Therapie bei Terminalpatienten
Ethik in der Schönheitsmedizin
Schmerz
Schwangerschaftsabbruch in Österreich
Sinnorientierte Medizin
Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen
Risiken der späten Schwangerschaft
Stammzellen
Sucht und Alkohol
Tabakrauchen
Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten
Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht
Viagra. Medikament oder Lustpille?

Stellungnahmen (www.imabe.org)

24. 11. 2014: Stellungnahme zur Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
16. 10. 2014: Stellungnahme „Klares Nein zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung - Für eine Kultur des Beistandes“
13. 02. 2013: Stellungnahme zur Diskussion über die Wirkungsweise der „Pille danach“
24. 04. 2012: Stellungnahme zum Vorschlag zur Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
04. 02. 2011: Stellungnahme zur „Kind als Schaden“-Judikatur

Vorschau

Imago Hominis · Band 24 · Heft 1/2017
Schwerpunkt: Ethische Fragen der Reproduktionsmedizin

Editorial	183	
Current Issues	185	Brigitte Huber Approval of Benefit-for-Others Research involving Patients unable to give Consent - a Collapse of Civilization?
Focus	189	Thomas Sören Hoffmann On the Relation of Autonomy, Self-Determination and Arbitrariness
	199	Axel W. Bauer The Concept of Autonomy in Bioethical Discourse during the 1990s
	213	Franz Josef Illhardt The Restriction of Patient Autonomy and Accountability
	223	Stefan Heuser Autonomy and Asymmetric Communication in Care
	235	Maria Kletečka-Pulker, Katharina Leitner Advance Directives and Health Care Proxy – A Progress Report
News	243	
Journal Review	246	
Book Reviews	248	
Imago Hominis	254	The Index to Volume 23 (2016)