

# **Diplomarbeit**

## **Menschenwürde und Patientenautonomie**

eingereicht von

**Alexander Kabasser**

Matr.Nr.: 0210874

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde**

**Dr. med. univ.**

**an der Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin**

unter der Anleitung von

**Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Kröll**

Graz, Juli 2010

## **Eidesstattliche Erklärung**

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

Graz, im Juli 2010

Alexander Kabasser

## **Danksagungen**

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Wolfgang Kröll, der mich bei Erstellung der vorliegenden Arbeit in mehreren Gesprächen unterstützend beraten hat und dabei mein Interesse für philosophisch-ethische Themen in der Medizin weiter angeregt hat.

Meinen Eltern gilt mein großer Dank für die emotionale und finanzielle Unterstützung während des Studiums. Ohne eure Hilfe wäre dies nicht möglich gewesen!

Meiner lieben Freundin Gerhild möchte ich für unsere gemeinsame Zeit während des Studiums danken, für ihre bedingungslose Unterstützung und ihre Hilfe in so vielen Lebensfragen.

Zwei guten Freunden möchte ich ebenfalls danken: Mag. Wolfgang Reichmann für das Korrekturlesen der Arbeit und Mag. Jörg Scherllin für die Hilfe bei der Übersetzung ins Englische.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit und Verständlichkeit habe ich mich entschlossen, im gesamten Text männliche Formulierungen zu wählen. Selbstverständlich sind alle Aussagen für beide Geschlechter gleichermaßen zutreffend.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b>	<b>i</b>
<b>Abstract</b>	<b>ii</b>
<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>1. Historische Entwicklung der Sterbehilfe</b>	<b>3</b>
1.1 Antike	3
1.2 Mittelalter und frühe Neuzeit	3
1.3 18. und 19. Jahrhundert	5
1.4 Erste Hälfte des 20. Jahrhunderts	6
1.5 Zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts	8
<b>2. Menschenwürde</b>	<b>10</b>
2.1 Inhaltliche Bestimmung	12
2.2 Normative Relevanz der Menschenwürde	12
2.3 Menschenwürde als Verfassungsnorm	13
2.4 Der moralische Gehalt der Menschenwürde	14
2.4.1 geschichtliche Entwicklung des Würdebegriffs	15
<b>3. Patientenautonomie</b>	<b>17</b>
3.1 Philosophische Aspekte	17
3.2 Naturwissenschaftliche Aspekte	18
3.3 Autonomie und nachlassende Kompetenz	18
3.4 Rechtliche Aspekte	19
3.5 Der informierte Patient / informed consent	20
3.6 Kompetenz in der Selbstbestimmung	20
3.6.1 Kompetenzstandards	22
3.3 Die ausgeblendete Seite der Autonomie	22
3.3.1 Verdachtsmomente	23
(a) Assistierte Tötung als Ausdruck der vermutlichen Patientenautonomie	23
(b) Entmoralisierung der Ethik	23
(c) Verabsolutierung der Autonomie	24
3.3.2 Facetten eines neuen Arztbildes	24
3.3.2.1 Geschichtliche Entwicklung der Autonomie	25
3.3.3 Balance zwischen Abhängigkeit und Autonomie	26

<b>4. Der Verantwortungsbegriff und seine Systematik</b>	<b>27</b>
(1) Handlungsergebnisverantwortung:	29
(2) Rollen- und Aufgabenverantwortung:	29
(3) Universal-moralische Verantwortung:	29
(4) Rechtliche Verantwortung:	30
<b>5. Traditioneller Paternalismus oder Selbstbestimmungsrecht des Patienten</b>	<b>31</b>
<b>6. Sterbehilfe in der Diskussion – Wertanamnestische Betreuungsverfügungen</b>	<b>39</b>
<i>6.1 Entscheidungskompetenz des Arztes oder des Laien?</i>	<i>40</i>
<i>6.2 Wertanamnestische Betreuungsverfügung</i>	<i>41</i>
<i>6.3 Die integrierte Betreuungsverfügung zur Sicherung des Patientenwohls</i>	<i>43</i>
<b>7. Krisenintervention und Intensivmedizin</b>	<b>44</b>
<b>8. Wissen gegen Angst</b>	<b>47</b>
<b>9. Diskussion</b>	<b>49</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>53</b>

## **Zusammenfassung**

Der medizinisch-technische Fortschritt bringt Ärztinnen und Ärzte zunehmend in Entscheidungskonflikte bei therapeutischen Interventionen am Lebensende. Die Miteinbeziehung des Patientenwillen in diese Entscheidungen wird aufgrund der Autonomiezuschreibung des Einzelnen zum wesentlichen Kriterium. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sollten ethische, rechtliche und philosophische Aspekte als Entscheidungsgrundlage unbedingt berücksichtigt werden.

Nach einem generellen Überblick über die Geschichte der Sterbehilfe werden die Begriffe Menschenwürde und Patientenautonomie einzeln analysiert. Darauf folgen ein Grundriss des Verantwortungsbegriffs sowie die Gegenüberstellung zwischen Paternalismus und Autonomie. Mit dem Modell der wertanamnestischen Betreuungsverfügung wird im Anschluss ein alternatives Modell zur Patientenverfügung vorgestellt. Schließlich wird die Problematik der „Apparatemedizin“ anhand der Krisenintervention im Intensivbereich dargestellt.

Im Schlussteil soll der Versuch unternommen werden, aus der Analyse und Recherche über die einzelnen Begrifflichkeiten eine Anleitung für ärztliche Entscheidungen zu geben.

## **Abstract**

Medical technical progress increasingly leads to conflicts between doctors and patients in decision-making on therapeutic interventions at the end of life. The involvement of the patient's will into this decision becomes an important criterion in respect of self-determination. To meet this requirement, ethical, legal and philosophical issues necessarily have to be taken into account as a basis for decision-making.

After a general overview on the history of euthanasia, the terms human dignity and autonomy will be analyzed separately. This is followed by the explanation of the term responsibility and the juxtaposition between paternalism and autonomy. After defining the words mentioned above the model of the anamnesis focused on own values as a leading point to the patients living will, which presents an alternative to the common last will, is introduced. The problems of today's high-tech medicine is illustrated on the basis of crisis intervention in intensive care units.

Summarizing and analyzing the previous chapters, the conclusion is an attempt to provide guidance of how to make daily decisions.

## Einleitung

Die große mediale Präsenz bei schwierigen Patientenfällen zu der aktuellen Sterbehilfediskussion zeigt einerseits das rege Interesse seitens der Bevölkerung und andererseits die Notwendigkeit zum Diskurs der verschiedenen involvierten Disziplinen untereinander. Die vermehrte Autonomiezuschreibung des Einzelnen soll uns weg von einem Tabuthema hin zu einem gesellschaftlichen und eigenverantwortlichen Prozess der Lebensgestaltung, letztlich auch des eigenen Todes, führen. So fordert es zumindest das neuzeitliche Verständnis von einem selbstbestimmten, unabhängigen und demokratischen Leben in Freiheit.

Die lange medizinische Tradition seit den frühen Aufzeichnungen der Antike sah sich bislang eher mit dem paternalistischen Konzept ärztlicher Grundhaltung konfrontiert. Umso spannender scheint nun der Wechsel hin zu einem neuen Konzept, das durch die eigenverantwortliche Gestaltung der einzelnen Therapiemaßnahmen geprägt ist. Die geschichtlichen Hintergründe des vergangenen Jahrhunderts, insbesondere die Euthanasieaktionen im Dritten Reich, lassen die Problematik rund um das Thema Sterbehilfe rasch erahnen. Es verwundert daher auch nicht, dass das Thema erst Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg wieder öffentlich diskutabel wurde.

Die Möglichkeiten der modernen Medizin haben sich rasant entwickelt und neben unzähligen positiven Errungenschaften auch „neues Leid“ gebracht. Dieses oftmals mit dem Begriff der Apparatedizin assoziierte Phänomen wird von Gegnern oft mit einer „Sterbensverlängerung“ gleichgesetzt, die im Grunde einen unwürdigen Tod bezeichnet.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Begriffen *Menschenwürde* und *Patientenautonomie* in Bezug auf Sterbehilfe. Es soll versucht werden, das Verständnis für ethische Belange zu fördern, denn nur durch die Beschäftigung mit diesen alltäglichen, jedoch oftmals unterschätzten Themen kann ein möglichst konfliktfreier Dialog gelingen. Wohl auch aus diesem besonderen Grund wurde die Aufwertung des Faches Medizintechnik im reformierten Studienplan an der Meduni Graz vorangetrieben und auch in Verbindung mit psychologischen und philosophischen Themen fest verankert.

Im ersten Teil der Arbeit führt ein historischer Überblick zur Sterbehilfe an das Thema heran. In Kapitel 2 wird eine philosophisch-rechtliche Erklärung für den Würdebegriff angestrebt. Der Begriff der Patientenautonomie wird in Kapitel 3 ebenfalls anhand mehrerer Aspekte vorgestellt, besonders auch unter Berücksichtigung ihrer denkbaren negativen Seiten. Kapitel 4 führt in die Formen der Verantwortung gegenüber anderen Personen ein und versteht sich als Überleitung zu Kapitel 5, in dem der traditionelle Paternalismus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Autonomie) gegenübergestellt wird. Kapitel 6 behandelt die wertanamnestische Betreuungsverfügung, die man als Weiterentwicklung der Patientenverfügung sehen könnte. In Kapitel 7 werden die inhärenten Probleme der Intensivmedizin unter Berücksichtigung der künstlichen Lebensverlängerung analysiert. Kapitel 8 hinterfragt das Prinzip des *informed consent* – die geforderte Einwilligung in ärztliches Handeln nach entsprechender Aufklärung.

# 1. Historische Entwicklung der Sterbehilfe

## 1.1 Antike

Der um 400 v. Chr. verfasste Hippokratische Eid lässt vermuten, dass in der Antike bereits um aktive Sterbehilfe angefragt und diese vereinzelt auch praktiziert wurde. So lautet der Text zur eidlichen Verpflichtung des Arztes: „Ich werde niemandem, auch auf eine Bitte nicht, ein tödliches wirksames Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen; gleicherweise werde ich keiner Frau ein fruchtatreibendes Zäpfchen geben“ (Deichgräber 1983, S. 15). Dies beschreibt aus heutiger juristischer Sicht einerseits die strafbare Tötung auf Verlangen sowie die strafbare Beihilfe zur Selbsttötung (vgl. Fabrizy 2010). Als Vorstellung von einem guten und schönen Tod taucht der Terminus *Euthanasie* erstmals in der Antike auf. Abseits der Medizin findet sich der früheste Beleg bei Kratinos (ca. 500 v.Chr.) der als Komödiendichter unter dem Adverb *euthanatos* den guten Tod beschreibt. Dieser wird als leichter Tod verstanden und tritt plötzlich und ohne lange vorhergehende Erkrankung ein. Für die Begriffsbildung wesentlich war eine Textpassage aus dem Werk „Cäsarenleben“ des römischen Historikers Sueton (ca. 70-140 n.Chr.). Dieser beschreibt darin den letzten Tag des Kaisers, der überraschend, leicht und schmerzlos in den Armen seiner Gattin verschied (vgl. Oduncu 2008, S. 230). Meistens, wenn der Kaiser zuvor einen schnellen und quallosen Tod vernommen hatte, bat er die Götter für die gleiche *Euthansie* für sich und seine Angehörigen (vgl. Sueton 1978, zit. N. Junginger 2006, S. 231).

## 1.2 Mittelalter und frühe Neuzeit

Sowohl im mittelalterlichen als auch im neuzeitlichen Recht finden sich kaum Bestimmungen zur Sterbehilfe, wenngleich das mittelalterliche Recht sich mit arztrechtlichen Fragen beschäftigte (vgl. Schumann 2006, S. 9). Im Vordergrund stand die philosophisch-anthropologische und religiös gefärbte *ars moriendi* (Kunst des guten Sterbens), die über den ständigen Bezug auf den Tod zu einem geglückteren Leben führen sollte. Die vorherrschenden Glaubensrichtungen lehnten übereinstimmend die aktive Tötung auch von Schwerkranken und Sterbenden ab (vgl. Oduncu 2008, S. 231). Seit dem sechsten Jahrhundert sind in den frühmittelalterlichen Rechten der fränkischen Zeit, teilweise noch an Anknüpfung an die Heilkunst der späten Antike, Bestimmungen über die

durch unsachgemäße ärztliche Behandlung eines Kranken verursachte Tötung erläutert. Auch über die Höhe sowie Erstattung der Arztkosten und über den Arzt selbst in der Funktion als Gutachter bei Gericht, der den Eid auf seine Instrumente schwören muss, wurde bereits geurteilt (vgl. Schumann 2006, S. 10).

In der Constitutio Criminalis des frühen 16. Jahrhunderts, der sogenannten peinlichen Gerichtsordnung Kaiser Karls V., findet sich die erste reichsweit geltende Strafprozessordnung. Sie enthielt eine Regelung über die Strafbarkeit des Arztes, der durch unsachgemäße Verabreichung von Medikamenten den Tod des Patienten herbeiführt. „*Straff so eyn artzt durch sein arzney tödtet*“ (Peinliche Gerichtsordnung 1526, Art. 134). Dem fahrlässig handelnden Arzt wurde eine Strafe auferlegt, der Giftmörder wurde nach wie vor mit dem Rad zu Tode gebracht (vgl. ebd., Art. 130).

Als Spezialfall zur Tötung Sterbender und Schwerkranker galt eine Regelung der kursächsischen Konstitutionen von 1572, welche diejenigen mit Gefängnis oder Verweisung zu bestrafen vorsah, die aufgrund von Unterlassung den Kranken verhungern und sterben ließen. Die ärztliche Pflicht, Schwerkranke oder Sterbende bis zum Lebensende mit dem Nötigsten zu versorgen und zu pflegen, galt also auch bei unmittelbarer Gefahr für Leib und Leben (vgl. Schumann 2006, S. 11).

Der Euthanasiebegriff wurde von zahlreichen Utopisten zur Zeit der Renaissance erneut aufgegriffen. In seinem bekannten Werk Utopia (1516) definierte Thomas Morus bereits die Unterscheidung zwischen Formen der passiven und aktiven sowie der indirekten und direkten Sterbehilfe:

„Sogar unheilbar Kranken erleichtern sie [die Leute von Utopia] ihr Los, indem sie sich zu ihnen setzen, ihnen Trost zusprechen und überhaupt alle möglichen Erleichterungen verschaffen. Ist die Krankheit aber nicht nur unheilbar, sondern auch andauernd qualvoll und schmerzhaft, so reden Priester und Behörden dem Kranken zu, da er doch allen Anforderungen des Lebens nicht mehr gewachsen, den Mitmenschen lästig und sich selbst unerträglich, seinen eigenen Tod bereits überlebt habe, nicht darauf zu bestehen, das unheilvolle Leiden noch länger zu nähren, und nicht zu zögern zu sterben, zumal das Leben nur noch eine Qual für ihn sei [...]“ (Morus 1981, zit. n. Oduncu 2007, S. 231).

Zur unkorrekten Gleichsetzung der Begriffe Euthanasie und Sterbehilfe trug der englisch-protestantische Philosoph Francis Bacon (1561-1626) bei. In seinem Werk „De euthanasia medica“ unterschied er eine „euthanasia interior, eine seelisch-geistige Vorbereitung auf

den Tod von der euthansia exterior, der Linderung von Schmerzen im Todeskampf – auch unter Inkaufnahme einer Verkürzung des Lebens als unvermeidbare Nebenfolge“ (Oduncu 2007, S. 27). Letztere verstand sich als Linderung von Schmerzen im Kampf gegen den Tod. Dabei zielte diese Form der Euthanasie nicht primär auf Tötung ab, im Vordergrund stand die Erleichterung der Agonie. Die Verkürzung des Lebens als unvermeidbare Nebenfolge wurde in Kauf genommen (vgl. Bacon 1963, zit. n. Oduncu 2007). Bis zum 19. Jahrhundert war der Begriff *Euthanasie* vorerst im positiven Sinne gebräuchlich. Über die Zeit von der Antike bis zum 19. Jahrhundert lässt sich zusammenfassend sagen, dass, abgesehen „von einigen theoretisch-utopischen Gesellschaftsmodellen der Renaissance“ die aktive Tötung im ärztlichen Alltag unerwünscht war (Oduncu 2007, S. 28).

### **1.3 18. und 19. Jahrhundert**

Es gilt als Verdienst der Aufklärungsphilosophie des 18. Jahrhunderts mit ihren Bemühungen im Kampf gegen die Selbstmordstrafen, dass die Tötung auf Verlangen und damit auch ärztliche Sterbehilfe auf Wunsch eines schwerkranken Patienten erstmals angedacht werden konnten. Entgegen der Meinung nahezu aller deutschen Juristen setzte sich Friedrich der Große Mitte des 18. Jahrhunderts für die Auflösung der weltlichen Selbstmordstrafen ein. Entscheidend hierfür war die Auseinandersetzung mit Montesquieus Werk über „Größe und Niedergang Roms“. Folglich übernahmen auch Frankreich und zu Beginn des 19. Jahrhunderts die übrigen preußischen Staaten diesen Gesetzesentwurf (vgl. Schumann 2006, vgl. auch Bernstein 1907).

Die Auseinandersetzung mit ärztlicher Sterbehilfe fand auch Eingang in andere deutsche Strafgesetzbücher, wurde jedoch aufgrund der breiten Ablehnung mit den Gesetzesrevisionen von 1851 auch in Preußen wieder abgeschafft. Bemerkenswert scheint für Schumann (2006) jene weitere Regelung zur aktiven Sterberegulierung des Allgemeinen Landrechts von 1794, die bis heute singulär blieb. Aus dem Prinzip des *edlen Motivs* des Täters und dem herannahenden Tod des Opfers ergründete sich eine Privelegierung, die ohne Berücksichtigung des Willens sterbender Patienten gleich dem fahrlässigen Totschlag geahndet wurde. Mit diesem Beschluss trat erstmals eine Sonderregelung in Kraft, die für die Lebensverkürzung bei einer ohnehin aussichtslosen Krankheit oder Verletzung anwendbar wurde und in Bezug auf die Tötung auf Verlangen mit einem wesentlich geringeren Strafmaß versehen war. Wenngleich sich das *edle Motiv* auf Täterseite in Deutschland nicht etablieren konnte, wurde der Umstand, dass sich der Getötete bereits im

finalen Stadium befand zur Mitte des 19. Jahrhunderts in mehreren deutschen Strafgesetzbüchern berücksichtigt. Die daraus resultierende doppelte Privelegierung galt in jenen Fällen, in denen der Täter auf „ausdrückliches und ernstliches Verlangen getötet hatte“ (ebd., S. 14). Die vorerst angenommene Versuchung auf Seiten der Ärzte, dieses doppelte Privileg auszunützen, konnte durch die in der Strafrechtswissenschaft des 19. Jahrhunderts diskutierten Fälle widerlegt werden (vgl. Mittermaier 1861). Es zeigte sich anhand des Studiums zwölf häufig in der Praxis vorkommender Fälle, dass vielmehr die Erlösung der tödlich verwundeten Kameraden auf dem Schlachtfeld eine Rolle spielte, deren Qualen nach ausdrücklicher Aufforderung ein Ende gesetzt wurde (vgl. Schumann 2006, S. 13-15).

Mehrere namhafte Persönlichkeiten sowohl aus Medizin als auch aus Theologie setzten sich klar gegen die aktive Verkürzung des Lebens ein. Christoph Hufeland (1762-1836) mahnte als einer der einflussreichsten Ärzte der Epoche zu Beginn des 18. Jahrhunderts zu der unbedingten Pflicht des Arztes, Leben zu erhalten. In seiner berühmten Stellungnahme von 1836 heißt es:

Er soll und darf nichts anderes tun als Leben erhalten, ob es ein Glück oder ein Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn gar nichts an. Und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft mit aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mann im Staate. Ist nämlich einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwert und folglich die Unmöglichkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden. (Hufeland 1836, zit. n. Oduncu 2008)

Auch die lebensverkürzende Schmerzbehandlung lehnte Hufeland entschieden ab, unter Berufung auf den Eid des Hippokrates und vermutlich aus Vorahnung auf die „utilitaristischen Überlegungen zum Kosten-Nutzen Verhältnis bei der Pflege eines dahinsiechenden Kranken als Teilaspekt sozialdarwinistischer, eugenischer und rassenhygienischer Forderungen“ (Schumann 2006, S. 18).

#### **1.4 Erste Hälfte des 20. Jahrhunderts**

Der Philosophiestudent Adolf Jost läutete im Jahre 1895 mit der Studie „Das Recht auf Tod“ (1895) die Wende zur Diskussion der Sterbehilfe ein. Jost forderte ein Recht auf Tod, wobei er sich auf den ethischen Standpunkt bezog. Mit der Forderung nach Anspruch des Kranken auf praktische Umsetzung betrat er eindeutig Neuland:

„Daß es ein Recht auf den Tod für arme und geistig oder körperlich kranke Menschen geben könne, daß dies viel wichtiger wäre, als alle sentimentalischen Selbstmorde wegen unglücklicher Liebe und dergleichen, daß wir vielleicht alle eine Pflicht verletzen, wenn wir diese Unglücklichen ihren hoffnungslosen Leiden überlassen, an diese Möglichkeiten denkt man gar nicht“ (Jost 1895, zit. n. Schumann, 2006, S. 18).

Konkrete Vorstellungen zum Vorgehen dieser aktiven Sterbehilfe mittels Narkotisierung und der anschließenden Verabreichung einer rasch wirksamen tödlichen Injektion sollten von nun an nicht nur entscheidungsfähigen, sondern auch geisteskranken Patienten ermöglicht werden. Mit ihrer Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (1920) entfachten der Strafrechtler Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche die bis heute anhaltende Diskussion zur ärztlichen Sterbehilfe. Unter Weiterentwicklung des Ansatzes Adolf Josts gelangte Binding über die Konstruktion einer doppelten Privilegierung erstmals zur Straffreiheit. „Als Privilegierungsgründe nannte er die Einwilligung des Getöteten und das Unwerturteil über dessen Leben“ (Schumann 2006, S. 20). Als Kernaussage dieser Schrift formuliert Oduncu (2007) den Gedanken, „dass der Mensch den Wert eines zu schützenden Rechtsguts in dem Maße verliert, in dem sein Dasein für die Allgemeinheit zur Last wird“ (S. 30). Kritiker bemängelten Bindings utilitaristische Argumentation und sahen die freie Willensäußerung im Falle einer geistigen Behinderung oder Bewusstlosigkeit schon von vornherein zum Scheitern verurteilt. Als Ausweg aus dieser Situation fingierte Binding die Einwilligung in die Tötung jenes nach objektiven Kriterien als unwert geltenden Lebens über die nicht positive Äußerung des Lebenswillens. Somit gelangte er wiederum zum Prinzip der doppelten Privilegierung, welches sich am „Unwerturteil“ des Getöteten orientierte und den Patienten zu einer Beweislastumkehr führte. Auch wenn sich Bindings Ansatz in der Strafrechtswissenschaft nicht durchsetzen konnte, gilt er als Wegbereiter der Euthanasieaktionen im Dritten Reich. Das geht aus Berufungen mehrfach angeklagter NS-Ärzte hervor, die ihre Handlungen über das Binding'sche Verfahren rechtfertigten (vgl. Schumann 2006, S. 19-22).

Die systematischen Ermordungen im Zuge des nationalsozialistischen Euthanasieprogramms haben zumindest im deutschen Sprachraum zu einer weitgehenden Vermeidung des Begriffs *Euthanasie* in Bezug auf aktive Sterbehilfe geführt. Durch die Verschleierung als „Gnadentod“ oder „Mitleidstötung“ wurden zahllose unschuldige Menschen ermordet (vgl. Oduncu 2008, S. 232). Für einen detaillierten Überblick der Euthanasieaktionen siehe Mitscherlich und Mielke (1962).

Die entfachte Diskussion zur Euthanasie und der Ruf nach Tötung auf Verlangen sowie nach „Vernichtung unwerten Lebens“ zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde als Instrument der *Erbpflege* verstanden und sah die Tötung von schwachen, kranken, körperlich missgebildeten sowie geistig behinderten Neugeborenen vor. Diese Regelung wurde unter dem Deckmantel der Mitleidstötung auch auf unheilbar Kranke angewandt und aus Gründen der Kostenersparnis auch auf Langzeitpatienten in psychiatrischen Einrichtungen ausgeweitet (vgl. Oduncu 2008, S. 232).

### **1.5 Zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts**

In den letzten Jahrzehnten prägte die moderne Medizin einen Entwicklungsstand, der durch ein hohes erreichbares Alter und eine damit oft einhergehende jahrelange Phase des körperlichen und geistigen Abbaus begleitet ist. Diese Problematik führte zu der Einführung neuer Begriffe und Tatbestände in Medizin und Rechtswissenschaft. 1965 definierte der Medizinsoziologe Helmut Ehrhardt den Tatbestand und eindeutig negativ behafteten Begriff der „künstlichen Lebens- und Leidensverlängerung“, die seiner Ansicht nach zu einer „rein animalischen Existenz“ führte (Ehrhardt 1965, zit. n. Schumann 2006). Als negative Form der Euthanasie bezeichnete Ehrhardt jene Fälle, „in denen der natürliche Tod nur durch einen besonderen technischen Aufwand hinausgeschoben [werde], obwohl keine Aussicht auf Heilung besteh[e] oder schwerste Defekte und ständiges Siechtum bestenfalls zu erwarten seien“ (ebd.). Wenig später wurde in der juristischen Literatur erstmals von dem Strafrechtler Geilen der Begriff der passiven Euthanasie verwendet. Im Gegensatz zur negativ behafteten künstlichen Lebens- und Leidensverlängerung beschrieb er diese Form der Euthanasie als positiv, da sie die Gefahr des „Humanitätsterrors“ abzuwenden vermöge und durch dieses Regulativ, nämlich das auf einen natürlichen Tod, gewahrt bliebe (vgl. Geilen 1968, zit. n. Schumann 2006).

Gegenüber der aktiven Sterbehilfe wurde passive Sterbehilfe von Beginn an als positiver Ausweg aus Problemsituationen des medizinisch technischen Fortschritts bewertet. Dies kam ab 1986 in Deutschland in einem alternativen Gesetzesentwurf über Sterbehilfe zur Geltung, demzufolge erstmals lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen werden durften. Gültig sollte diese Regelung nur in jenen Fällen sein, in denen keine Aussicht auf Besserung des Zustandes bestand, also nicht für jede medizinische Behandlung, die

geeignet war, den Tod abzuwenden. Im Falle eines unwiederbringlichen Bewusstseinsverlustes war passive Sterbehilfe auch unabhängig vom Willen des Patienten möglich (vgl. Schumann 2006, S. 25).

Drei weitere wesentliche Entwicklungen haben für Schumann aktuell die Diskussion zur Sterbehilfe angeregt. Erstens entwickelt sich das Sterben von einem individuellen, im Kreis der Familie stattfindenden Prozess immer mehr zu einem öffentlichen und auch kostenträchtiger werdenden Prozess. Zweitens führte Mitte der 1980er Jahre die Einführung der PEG-Sonde zur Möglichkeit, Patienten über Monate und Jahre am Leben zu erhalten. Drittens drängt die sich seit den 1970er Jahren in ständiger Aufwertung befindliche Patientenautonomie über das Selbstbestimmungsrecht die eigenverantwortliche Gestaltung des Sterbeprozesses mehr und mehr in den Vordergrund (vgl. ebd., S. 25f.).

## 2. Menschenwürde

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (deutsches Grundgesetz, Art.1, Abs.1)

Fast schon beschwörerisch klingt diese Formel und ihre weitverbreitete Verwendung im klinischen Alltag und im biomedizinischen Diskurs. Was genau sich hinter dem Begriff der Würde verbirgt lässt sich jedoch nicht so ohne weiteres sagen, gerade auch deshalb, weil zwischen den einzelnen Parteien auf dem Diskussionsfeld tiefgreifender Dissens besteht (vgl. Gillen 2006, S. 79).

Zur Ergründung des Begriffes bietet es sich an, die rechtliche Grundlage des Menschenwürdeprinzips heranzuziehen, welches als oberste Norm die Verpflichtung zur Achtung der Menschenwürde der Handlungsbeteiligten vorsieht. Da durch die Menschenwürdenorm als oberstes Verfassungsprinzip in weiterer Folge auch sämtliche Grundrechte gespeist werden, wird ihr Charakter des obersten Prinzips allen Rechts offensichtlich (vgl. Werner 2004, S. 192f.).

Was ist nun das Unantastbare des Menschen? Die Körperlichkeit, der Leib an sich, kann es schon deshalb nicht sein, weil der Mensch selbst und auch Fremde auf diesen Einfluss ausüben. Dasselbe gilt für die Seele des Menschen, die sich dem Einfluss durch das Umfeld wohl kaum entziehen kann (vgl. Gillen 2006, S. 79). Der Geltungsbereich der Menschenwürde erstreckt sich „auf das gesamte Feld der sittlichen Lebensführung des einzelnen und des gesellschaftlichen Miteinanders“ (Kasper 2009, S. 134). Es gilt als Zeichen der Neuzeit, dass moralische Ansprüche aufgrund der aktuellen Forderungen nach individueller Freiheit nicht mehr staatspolitisch eingefordert werden dürfen. Stattdessen wird in Form von Rechten die individuelle Sphäre für die Schaffung der Identität des Einzelnen und für die Kommunikation mit anderen vermittelt. In mehreren innerstaatlichen Verfassungen (z. B. deutsches Grundgesetz) und auch zwischenstaatlich, nach dem Vorbild der Menschenrechtserklärung von 1948 hat man sich feierlich zur Achtung und zum Schutz der Menschenwürde bekannt und dies zur obersten Aufgabe staatlichen Handelns erklärt. Auch heutzutage hat sich trotz des Pluralismus an Weltanschauungen und Lebensstilen an dieser allgemeingültigen Menschenwürdevorstellung nichts geändert. Der Rückbezug auf die Menschenwürde als letztes und umfassendes Bewertungskriterium

kommt vor allem dort zum Tragen, wo sich neu erlangter Handlungsspielraum auftut (Humangenetik, Reproduktionsmedizin, Sterbehilfe) (vgl. ebd., S. 134). Da sich aus der Menschenwürde keine konkreten inhaltlichen Normen ableiten lassen, erweist sich die dritte Formulierung des Kant'schen Kategorischen Imperativs als hilfreich, wonach es im Sinne der Selbstzweckformel verboten ist, jemanden ausschließlich als Mittel zu gebrauchen (vgl. Kant 1797).

Nach Ansicht mehrerer philosophischer Strömungen geht es beim Begriff der Würde um das Wesen des Menschen. Die eher abstrakte und unbestimmte Definition bezieht sich laut Gillen (2006) auf die „nicht mehr reproduzierbare Identität der Menschengattung als solcher bzw. eines einzelnen Menschen“ (S. 79). Der Würdebegriff „verweist auf eine verortete Offenheit des Menschen(-geschlechtes) auf seine Zukunft hin“ (ebd.). Demnach wird jemand dann in seiner Würde verletzt, wenn ihm seine Zukunftsfähigkeit genommen wird. Hier wird der enge Zusammenhang zwischen Autonomie und Würde deutlich. Um die verortete Offenheit des Menschen zu begreifen, ist für Gillen (ebd.) ein gewisses Maß an Freiheitsverständnis erforderlich. Der Mensch ist nicht frei von allem, schon gar nicht vor sich selbst und seinem geschichtlichen Hintergrund. Seiner Freiheit kann der Mensch jedoch innerhalb dieser Grenzen Ausdruck verleihen. Dadurch gewinnt der Begriff der Würde an Elastizität, der sich zwischen Fixpunkten und der auf sie ausgeübten Spannung (offene Ziele) ausdehnt. Die Definition als dynamischer Begriff steht jener als originärer Begriff gegenüber. Letztere beschreibt Würde als fundamentales Gut (vgl. ebd.).

Wiederum andere philosophische Strömungen bringen Würde mit grundlegenden Werten in Verbindung. Freiheit in Bezug auf das Leben und den Tod wird selbst zum Ausdruck der Würde. Wenn von würdigen oder unwürdigen Bedingungen gesprochen wird, kann der Begriff eindeutig und wertend für andere wiederum als Adjektiv in die moralische Diskussion geführt werden. Dies kann schnell zu Engpässen in der Argumentation führen. Denn wer etwas für unwürdig hält gibt damit das Ende, den tiefsten Punkt des moralischen Verständnisses zu erkennen. Die Wörter würdig–unwürdig lassen sich mit synonymen Wertungsworten wie gut–böse oder richtig–falsch gleichsetzen. Wird also Würde in dieser Form wertend gebraucht, kann es der sachlichen Diskussion nicht dienen, da diese Wertung einen konkreten Standpunkt darlegt, der zum Schutz der moralischen Integrität des Gegenübers akzeptiert werden muss. Der Diskussionsteilnehmer hat sich endgültig festgelegt und erwartet aus Respekt vor seiner Menschenwürde keine Widerrede mehr. Im

Sinne der selben Zuschreibung aller Menschen kann niemand den letztgültigen Anspruch auf eine moralische Auffassung erheben. Gerade vor Differenzen dieser Art und der Pluralität schützt die Würde (vgl. ebd., S. 80f.).

Der eindeutige Standpunkt, der im moralischen Diskurs ja durchaus erwünscht ist und kommunikabel sein soll, erlangt seine Tragfähigkeit nur aufgrund zuvor geschuldeter Argumente. Die unvorsichtige und voreilige Verwendung des Begriffes trägt auch dazu bei, dass manche Diskussionsteilnehmer aufgrund der inflationären Bezugnahme auf die Menschenwürde diese als beliebig interpretierbares Konstrukt ansehen, „dem lediglich die rhetorische Funktion eines willkürlich verwendbaren >Todschlagnarguments< zukomme“ (Werner 2004, S. 193). Immerhin wird mit diesem Vorwurf das höchste Verfassungsprinzip in Frage gestellt. Für Werner sollte das Auftreten dieser radikal-ideologiekritischen Auffassungen nachdenklich stimmen (vgl. ebd.).

## **2.1 Inhaltliche Bestimmung**

Wenn von Menschenwürde oder Personenwürde die Rede ist, dann bezieht sich diese auf die an sich gegebenen Eigenschaften des Menschen. Diese sind unveränderlich und beinhalten *nicht* die personenbezogenen Eigenschaften wie etwa die gesellschaftliche Position, Standeszugehörigkeit, Leistungsvermögen oder Geschlecht. Diese gemeinsamen Grundvoraussetzungen müssen nicht nur gewusst und beschrieben werden, sie müssen in der individuellen Lebensgeschichte und der konstitutionellen Endlichkeit und Schwäche des Menschen im Handeln geachtet und rechtlich geschützt werden (vgl. Kaspar 2009, S. 134).

## **2.2 Normative Relevanz der Menschenwürde**

Trotz der vielfältigen Deutungen des Begriffs der Menschenwürde, lässt sich als Konsens die generelle Moralfähigkeit des Menschen und die damit verbundene kategorische Forderung zum sittlich guten Handeln folgern. Zwar lässt die Rede von der Menschenwürde keine konkreten Schlussfolgerungen und Lösungen im politischen Diskurs um gesellschaftliche Fragen zu, sie entfaltet sich aber in der Verpflichtung, die Moralität „als höchste Potentialität und obersten Maßstab menschlichen Seinkönnens, Daseins und Handelns zu denken und den Menschen infolge dessen nie bloß als Mittel, sondern immer auch als Zweck an sich zu betrachten“ (Kaspar 2009, S. 136). Somit wird

Moralität mit kritischer, appellativer und stimulierender Kraft als Gegenbild in jenen Situationen wirksam, in denen die Gefahr besteht, dass durch Menschen verursachte faktische Verletzungen und Verselbstständigungen von Handlungsabläufen überhand nehmen. Durch die unverstellte Wahrnehmung von konstitutioneller Schwäche, von Verletzungen und Gefahren können diese gemildert, aufgehoben und von vornherein verhindert werden. Im Interessenskonflikt einzelner Individuen oder auch ganzer Gruppen, die ihrer Position gegenüber der Konkurrenz nicht entsprechendes Gewicht verschaffen können, tritt die Funktion der Menschenwürdenorm besonders hervor. Diese regulative Funktion bedarf konkreter ethischer und rechtlicher Umsetzungen, um nicht Gefahr zu laufen, als Leerformel mit bloß assoziativer Bewertung ihre normative Funktion gegenüber allem und jedem einzubüßen (vgl. ebd., S.136).

Ankermann (2004) formuliert Menschenwürde wie folgt:

„Man versteht unter Würde des Menschen seine Einzigartigkeit als Person und die aus seinem Menschsein folgende allgemeine Achtung, die ihm in der Gesellschaft gebührt. Diese Menschenwürde ist unabhängig von Alter, Geschlecht, sozialer Stellung und körperlichen wie geistigen Fähigkeiten und Charakter.“ (S. 20)

### **2.3 Menschenwürde als Verfassungsnorm**

Vor dem Hintergrund der moralischen Katastrophe der Aktionen im Dritten Reich wollte der Deutsche Parlamentarische Rat, der 1949 das Grundgesetz verfasste, über die Definition zur Wahrung der Menschenwürde die moralische Verantwortung der Staatsgewalt gegenüber dem Volk zum Ausdruck bringen. (Aufgrund des Fehlens einer entsprechenden österreichischen gesetzlichen Regelung wird im Folgenden auf das deutsche Beispiel eingegangen): „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (Deutsches Grundgesetz, Art.1, Abs.1) Aus diesem Gesetz lässt sich eine Definition des Würdebegriffes nicht ableiten. Dazu helfen jedoch die beiden darauffolgenden Sätze, die eine Beziehung zum oben genannten herstellen. „Das deutsche Volk bekennt sich darum zu unverwechselbaren und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.“ (Art.1, Abs. 2 GG)“

Besondere Bedeutung kommt in diesem Satz dem Wort *darum* zu. (1) Es macht deutlich, dass sich die Achtung der Menschenwürde in der Achtung der Menschenrechte konkretisieren muss (vgl. Schwartländer 1998, zit. n. Werner 2004, S. 197) und weist auf

die Wechselwirkung zwischen der Menschenwürde und den Menschenrechten hin. Daraus ergibt sich, dass Menschenwürde nicht verletzt werden könne, ohne dass gleichzeitig auch ein Menschenrecht verletzt würde und umgekehrt (vgl. Herzog 1986, zit. n. Werner 2004 S. 197).

Durch die Einbeziehung in das Grundgesetz wird den Menschenrechten die Rechtsgeltung zugesichert. Zwar sind diese eher auf Seiten der Moral und die Grundrechte näher beim positiven Recht angesiedelt, im Prinzip dienen Grundrechte jedoch dazu, den Menschenrechten – und der sich darin entfaltenden Menschenwürde – Geltung zu verschaffen. Werner (2004) spricht deshalb von einem „Menschenwürdekern“ der Grundrechte (S. 197). Eine weitere Bedeutung des Wortes „darum“ lässt sich (2) für das Volk ableiten. Aus der Pflicht zur Wahrung der Menschenwürde ergibt sich die Wahrung der Grundrechte und nicht umgekehrt. Dies besagt, „einfacher ausgedrückt, dass Menschenrechte zu wahren sind, weil die Menschenwürde zu wahren ist“ (ebd., S. 198). In dieser Konstellation stellt sich die Würde als „oberste[s] Konstitutionsprinzip allen objektiven Rechts dar“ (Maunz & Dürig 1999, zit. n. Werner 2004, S. 198). Dies könnte man gleich einem obersten Moralprinzip sehen, wie etwa Kants Kategorischem Imperativ.

Die Menschenwürdenorm konkretisiert sich also in den Menschenrechten und ist von unbedingter, durch nichts einschränkbarer Verbindlichkeit. Dies kann für Grundgesetze nicht gelten, da sie im Falle von Kollisionen gegeneinander abgewogen werden müssen. Das Freiheitsrecht einer Person muss beispielsweise eingeschränkt werden, wenn dies unabdingbar ist, um das Leben anderer zu schützen. Im Konstrukt der „Normenpyramide“ steht die Menschenwürdenorm an oberster Stelle und gilt gewissermaßen als Ordnungsprinzip, als übergeordneter Maßstab im Fall kollidierender Grundrechte (vgl. Werner 2004, S. 198).

## **2.4 Der moralische Gehalt der Menschenwürde**

Nach der soeben geschilderten rechtstheoretischen Sicht hat die Menschenwürde oder Menschenwürdenorm einen eigenen normativen Gehalt, der in seiner von der Verfassung zugeschriebenen Funktion durch die Pflicht zur Achtung und dem Schutz von Menschenrechten gesichert wird. Letztlich wird dieser primär moralische Begriff jedoch an die Ethik weitergegeben. Einen Einblick in die Tradition der Moralphilosophie gibt Horstmann (1980).

#### 2.4.1 geschichtliche Entwicklung des Würdebegriffs

Ursprünglich hatte der Begriff der Menschenwürde bei den Aristokraten der römischen Staats- und Gesellschaftsordnung eine besondere Stellung im politischen und gesellschaftlichen Leben. Cicero und Seneca deuteten im Anschluss an die Philosophie der Stoa den bis dahin politisch gebräuchlichen Begriff in einen moralischen um, der nun verallgemeinernd auf alle Menschen Bezug nahm. Die Würde (*lat. dignitas*) zeichnet den Menschen gegenüber allen anderen Lebewesen dadurch aus, dass er Herr über seine Bedürfnisse bleiben kann und souverän mit seiner Vernunft über die Leidenschaft zu entscheiden vermag. Durch die universelle Zuschreibung der Würde auf alle Menschen (Weltvernunft) wurde eine Gleichheit aller Menschen geschaffen, die trotz etwaiger faktischer Ungleichheiten im Grunde bestehen bleibt (vgl. Kaspar 2009, S. 134).

In den folgenden Jahrhunderten verbindet sich dieser Würdegedanke eng mit der biblischen Vorstellung von der „Gottesebenbildlichkeit des Menschen u. dessen Anwendung auf die heilsgeschichtliche Grundstruktur ursprünglicher Gutheit, Sündenfall und Erlösungshandeln Christi“ (ebd.) Erst in der Zeit der Renaissance und des Humanismus setzt eine Lockerung dieser beiden Gedankenstränge ein. Diese gilt als Resultat der Wahlmöglichkeit aus einer Fülle von Möglichkeiten zum Erreichen des eigenen persönlichen Glücks. Nun gilt die Vorstellung, dass Menschen innerhalb politischer und rechtlicher Konsequenzen in ihren Handlungen frei sind. Auf der Suche nach einer grundlegenden staatsphilosophischen Ausrichtung, unter anderem auch in der spanischen Spätscholastik, „gewinnt Menschenwürde als Inbegriff der Vernunftbegabung des Menschen eine wichtige Impulsfunktion für die Idee der Gleichheit aller Menschen ‘von Natur‘“ (ebd., S. 135). Dieser Ansicht wurde in den Menschenrechtskatalogen der folgenden Jahrhunderte eine zentrale Stellung eingeräumt. Durch Kants Interpretation des Würdebegriffs im 18. Jahrhundert wird dessen Rolle maßgeblich geprägt, da die Willensfreiheit zum Fundament der Moralität des Menschen wird. Gegenüber der bisherigen Tradition galt sie nicht nur zur Erfüllung vorausgesetzter Normen, sondern auch als Ursprung der Normgebung. Diese unbedingte Normgebung erfährt der Mensch individuell, faktisch begrenzt und angesichts seiner Neigungen. Als autonomes Wesen kann er ihr zum praktischen Vollzug verhelfen. Da diese Forderung zur Selbstverantwortung auf alle Menschen zutrifft, muss die Achtung eines jeden anderen als

freies und gleiches Subjekt folgen. In der politischen und rechtlichen Gestaltung dieser Interpretation vollziehen sich die Menschenrechte (vgl. ebd.).

Konsens besteht nach weithin geteilter Ansicht über die Einzigartigkeit und Identität des Menschen und die Fähigkeit zu vernünftigen, sittlichen und selbstbestimmten Entscheidungen. Darauf beruht seine Würde. Das bringt vorerst lediglich eine besondere Auszeichnung zum Ausdruck, eine moralische Definition der Menschenwürde liefert das allerdings noch nicht. (vgl. ebd.)

Werner (2004) nähert sich der Definition, indem er den Begriff der Würde mit jenem der vernünftigen Selbstbestimmung gleichsetzt. Pflicht des Menschen sei es, diese zu wahren und zu respektieren. Die Fähigkeit zur vernünftigen Selbstbestimmung setze voraus, dass Freiheit von äußerem Zwang, Leben und körperliche wie geistige Gesundheit gegeben sind. Diese Forderung wiederum schließt diese Voraussetzungen in die Pflicht zur Wahrung der Selbstbestimmung ein. Da die Menschenwürdenorm mit der Achtung von Freiheit, Leben, psychischer und physischer Gesundheit etc. verstrickt ist, wird klar, dass sich die Menschenwürdenorm in den Menschenrechten wiederfinden muss. Zur Verdeutlichung der Menschenwürde werden auch häufig Kants Selbstzweckformel (siehe Kapitel 2, S. 19) und die sogenannte „Objektformel“ gebraucht (S. 201f.). Letztere entstammt der Grundrechtsdogmatik und besagt, dass der Subjektcharakter eines Menschen nicht negiert werden dürfe, um dadurch zum Objekt gemacht zu werden. Über die Verdinglichung verstoße man gegen die Selbstbestimmung.

Beim Versuch die Frage, ab wann nun von einem Verstoß gegen die Menschenwürde ausgegangen werden kann, zu beantworten, stößt man sowohl bei Kant als auch in der Grundrechtslehre auf Probleme. Nach gängigem Verständnis spricht man nur bei besonders bedeutenden Verletzungen von Verstößen gegen die Menschenwürdenorm. Man könnte die Norm jedoch auch so verstehen, dass letztlich nur jene Handlungen mit ihr in Einklang stehen, denen alle Mitglieder einer Gesellschaft zustimmen. Dann wäre die Norm mit der Gesamtmenge aller moralischen Verpflichtungen identisch (vgl. ebd., S. 202)

### **3. Patientenautonomie**

Als Fundament selbstbestimmten Handelns gilt die Patientenautonomie, die auch im Krankheitsfall und bei Entscheidung am Lebensende zu respektieren ist. In dieser begründet sich die Priorität der Entscheidungen des Patienten gegenüber den medizinischen Vorstellung der Ärzte.

#### **3.1 Philosophische Aspekte**

Die christlich religiöse Ethik definiert Autonomie eindeutig über den Menschen als Gottes Geschöpf, der in seiner Person einzigartig ist und der in von Gott gegebener Freiheit zum Handeln lebt. Sein Handeln muss er letztlich nur gegenüber Gott verantworten. Ähnlich postuliert auch die philosophische Ethik eine Autonomie der Person, die im Rahmen ihrer Möglichkeiten und im sozialen Kontext frei zu entscheiden vermag. Nach der Lehre Immanuel Kants ist der Mensch als vernünftiges Wesen definiert, welches im Gegensatz zu anderen Lebewesen sehr abstrakt zu denken vermag und sich reflektieren sowie über die Zukunft nachdenken kann. Der Mensch ist ferner grundsätzlich frei und entscheidet in dieser Freiheit allein für sich, was er für richtig und geboten hält. Ankermann fasst zusammen:

„Autonomie ist die Fähigkeit, selbstbestimmt, nach den eigenen, als vernünftig erkannten Regeln zu entscheiden und zu handeln. Der Umstand, dass es gesellschaftliche Zwänge gibt, die ein Handeln, das diesen Zwängen zuwiderläuft, unmöglich oder wenigstens sehr schwer machen, ändert an der Grundannahme einer personellen Autonomie nichts. Ihre rechtliche Ausprägung erhält die Autonomie durch die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Menschen.“ (Ankermann 2004, S.50)

### **3.2 Naturwissenschaftliche Aspekte**

Auch die neuesten Erkenntnisse der Hirnforschung stellen die personelle Autonomie nicht in Frage. Nach heutigem Wissen ist jeder Mensch einerseits durch seine Genetik, andererseits durch das Produkt seiner Lebenserfahrung und seiner Umgebung geprägt. Aus dieser besonderen, weil einmaligen Persönlichkeitsstruktur ergeben sich letztlich Entscheidungen, die notwendigerweise so oder anders ausfallen (vgl. Ankermann 2004, S. 50).

### **3.3 Autonomie und nachlassende Kompetenz**

Die personelle Autonomie unterliegt einer Veränderung, wenn im Falle schwerer Krankheit die Entscheidungsfähigkeit zunehmend eingeschränkt wird. Unter Umständen ist der Patient, dem Tode nahe, physisch oder psychisch nicht zur eigenen Willensbildung und Willensäußerung in der Lage, sodass er über das weitere Behandlungsvorgehen nicht selbstständig entscheiden kann. Dies ändert jedoch nichts an der Menschenwürde und Personalität, die bis zum Ableben erhalten bleibt und die zu respektieren ist. Aus der nachlassenden Handlungs- und Entscheidungskompetenz des Patienten und dem größer werdenden Übergewicht ärztlicher Handlungs- und Entscheidungsnotwendigkeiten verstärkt sich ein Ungleichgewicht, das ohnehin fast immer von vorneherein gegeben ist, wenn Patient und Arzt im Krankheitsfall ein Bündnis eingehen. Die Basis dieses Bündnisses ist im Idealfall *Vertrauen*. Genau in diesem Vertrauen liegt die große Verantwortung des Arztes gegenüber dem Patienten begründet, wonach er die personelle Autonomie und das Selbstbestimmungsrecht seines Gegenübers wahren muss, auch in Fällen, in denen bei Eintritt der Bewusstlosigkeit oder bei vollständiger geistiger Verwirrung und Demenz das Ende der Autonomie des Kranken zu sehen ist. Aus Achtung vor der Personalität des Patienten sollten seine persönlichen Verhältnisse und Ansichten mit Hilfe einer vorhandenen Patientenverfügung und durch Bevollmächtigte des Patienten oder aus der Befragung von Angehörigen und engen Vertrauten in Erfahrung gebracht werden. Im Rahmen dieser Entscheidungsfindung besteht am ehesten die Möglichkeit, Willensäußerungen gerecht zu werden und so die Autonomie nachwirken zu lassen (vgl. ebd., S. 51f.).

### 3.4 Rechtliche Aspekte

Die Rechtslage in diesem soeben dargestellten Verhältnis zwischen Arzt und Patient sieht schon seit langem vor, dass jede Form einer ärztlichen Heilbehandlung als Eingriff in die körperliche Integrität gilt und deshalb einer entsprechenden Zustimmung bedarf. Zwangsbehandlungen sind nur in Ausnahmefällen zum Schutz des Patienten oder zum Schutz der Gesellschaft zulässig. Daraus ergibt sich, dass jeder einwilligungsfähige und entscheidungsfähige Patient die ärztliche Behandlung ohne nähere Begründung ablehnen kann, selbst wenn diese unbedingt erforderlich und lebensrettend erscheint. Auch wenn das Wohl des Patienten – *salus patienti suprema lex* – als oberstes und absolutes Gebot einer der Grundsätze ärztlichen Handelns ist, kommt es letztlich darauf an, die Entscheidungen des Patienten für oder gegen ärztliche Behandlungen zu respektieren, auch wenn diese gemessen an den Maßstäben der modernen Medizin unvernünftig erscheinen (vgl. ebd. S. 53). In der rechtlichen Betrachtungsweise sind die Konsequenzen der eigenmächtigen Heilbehandlung ohne Einwilligung klar definiert:

„§110. (1) Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

(2) Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, dass durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs. 1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§6) hätte bewusst sein können.

(3) Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen“ (Fabrizy, S. 358).

Fabrizy (vgl. ebd., S. 359f.) weißt in seinem Kommentar zu dieser gesetzlichen Regelung auf die Wichtigkeit der Einwilligung hin und stellt klar, dass bereits die teilweise Unkenntnis von möglichen zu erwartenden Folgen die rechtliche Bedeutung nehmen kann. Auch bei Gefahr im Verzug gilt die Heilbehandlung gegen den erklärten Willen des Patienten als unzulässig.

### **3.5 Der informierte Patient / informed consent**

Für Ankermann (2004) gelten zur Achtung und Ausübung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten als wichtigste Voraussetzung die Informationen über das Für und Wider ärztlicher Maßnahmen. Nur wer *aufgeklärt* ist, also wer über die Fakten und Konsequenzen Bescheid weiß, ist im Sinne des *informed consent* in der Lage, persönliche Entscheidungen zu treffen. Über die Art und den Umfang der dem Patienten geschuldeten Aufklärung besteht eine umfangreiche Rechtsprechung, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Viel wichtiger erscheint die praktische Umsetzung der juristischen Vorgaben, über die abgesehen von Einzelheiten kein Streit zwischen Ärzten und Juristen besteht (vgl. ebd., S. 55). Es gilt als bekannt, dass die Mehrheit der Patienten auf medizinische Details nicht eingehen wollen, da diese ohnehin schnell in Vergessenheit geraten. Krankheiten werden an sich tendenziell verdrängt, da sie als unangenehme Bedrohung empfunden werden. Daher fügen sich Patienten eher dem Gegebenen, als sich konkret mit Tatsachen auseinandersetzen zu wollen. Die Aufklärung bleibt in diesen Situationen letztlich häufig nur ein Versuch der Aufklärung, der aus Achtung vor der Person des Patienten dennoch immer ernsthaft unternommen werden muss. Ankermann macht keinen Unterschied, ob der Patient völlig verstanden hat oder alles überhaupt verstehen will. Seine autonome Entscheidung gilt, sofern er bei Verstand ist. „Für die besondere Situation des Todkranken und Sterbenden folgt daraus: „Er darf sich entscheiden, dass er seiner Krankheit, dem bei ihm ablaufenden pathologischen Prozess, den Lauf lässt, ohne einen Aufschub durch erfolgversprechende Therapien zu erstreben, wenn er es will auch ohne Linderung seiner Schmerzen und Leiden. Jeder darf sterben, wie und wann bestimmt nur er“ (ebd.).

### **3.6 Kompetenz in der Selbstbestimmung**

Die medizinische Praxis sieht sich häufig mit dem Problem der inadäquaten weil inkompetenten Entscheidungsfindung des Patienten konfrontiert. Dem Arzt kommt hier in seiner Funktion als Urteilsrichter große Bedeutung zu, da er zwischen kompetenten und inkompetenten Entscheidungen befinden soll. Gerade wegen der Nähe zur Patientenautonomie ist bei diesem Urteil besondere Vorsicht geboten. Rechtlich gesehen ist es Medizinern nicht gestattet, die (In-)Kompetenz von Patienten festzustellen, in der Tat

wird dies jedoch häufig durchgeführt und vor Gericht werden Urteile über die Zuschreibung von Inkompetenz nur äußerst selten angefochten. Nach Ansicht vieler fehlt in dieser Debatte eine akzeptable Definition sowie ein allgemeingültiger Standard für den Begriff der Kompetenz. Schließlich existiert kein unverbindlicher Test, der zwischen kompetent und inkompetent unterscheiden könnte. Im Folgenden soll versucht werden, dem Wort Kompetenz eine begriffliche Definition zu geben. Als Kernaussage könnte Beauchamp & Childress (2001) zufolge die Fähigkeit zur Ausführung einer Aufgabe gelten. Im Gegensatz zur Kernaussage ändern sich die Kriterien für jeweilige Kompetenzen abhängig von den spezifischen Aufgaben. Deshalb muss die Bewertung über die Kompetenz einer fremden Entscheidung immer in Bezug auf die spezielle Situation erfolgen. Kaum jemand sollte für alle Lebensbereiche als inkompetent erklärt werden (vgl. ebd., S. 69f.).

Üblicherweise wird in der Entscheidungsfindung bei medizinischen Behandlungen nur ein bestimmter Teil der Kompetenz berücksichtigt. Die vollkommene Inkompetenz in anderen Lebensbereichen schließt die selbstbestimmte Therapieentscheidung nicht aus. Beispielsweise jemand, der in Geldangelegenheiten inkompetent agiert, kann sehr wohl kompetente Äußerungen in Bezug auf eigene Behandlungsfragen oder seine Teilnahme an medizinischer Forschung machen (vgl. ebd., S. 70).

Kompetenz kann im Laufe der Zeit auch intermittierend und schwankend auftreten, weshalb zwischen jenen Krankheiten unterschieden werden sollte, die langfristige Auswirkungen auf Intellekt, Sprache oder Gedächtnis haben und jenen, die durch hohe Reversibilität gekennzeichnet sind. Unter Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Krankheitsgruppen empfiehlt es sich, bei inkompetent erscheinenden Patienten das generelle Verständnis gegebenenfalls erneut zu evaluieren. Die Frage nach der Kompetenz hat weitreichende Folgen und praktische Bedeutung: Aus rechtlicher Sicht werden als inkompetent angesehene Menschen neben dem Mitspracherecht in Behandlungsfragen auch das Wahlrecht und etwa das Heiratsrecht entzogen (vgl. ebd.).

Die Analyse des Konzepts der Kompetenz weist auf die enge Verwandtschaft zur Forderung nach Patientenautonomie hin. Als kompetent können Entscheidungen also gelten, wenn Patienten die Fähigkeit besitzen, (1) die übermittelte Information zu verstehen, (2) ein Urteil über diese Information in Abstimmung mit den eigenen Werten zu

treffen, (3) damit ein bestimmtes Ziel zu verfolgen und (4) offen mit den Ärzten und dem Pflegepersonal über ihre Wünsche sprechen zu können (vgl. ebd., S. 71).

### **3.6.1 Kompetenzstandards**

Bei der Beurteilung der Kompetenz ist die Einführung von Standards oder Richtlinien hilfreich. Dazu zählen geistige und im weiteren Sinne jene Fähigkeiten, die mit den Forderungen an Autonomie gestellt werden. Das folgende von Beauchamp & Childress (2001) aufgestellte Schema schlägt zur Feststellung von Inkompetenz die Evaluierung folgender Punkte vor:

1. Unfähigkeit zur einer Auswahl oder Bevorzugung
2. Unfähigkeit, die eigene Situation und deren Konsequenzen zu verstehen.
3. Unfähigkeit, relevante, für die Aufklärung wichtige Informationen zu verstehen.
4. vernünftige Gründe können nicht angegeben werden
5. Unfähigkeit zur Argumentation in Bezug auf Nutzen/Risiko-Abwägungen
6. Unfähigkeit zur Vollziehung einer vernünftigen Entscheidung (S. 73)

### **3.3 Die ausgeblendete Seite der Autonomie**

In den letzten drei Jahrzehnten haben die Entwicklungen im medizinischen Fortschritt zu einer ausgeprägten Ökonomisierung dieser Disziplin geführt. Mit diesem Fortschritt einhergehend befinden sich auch Ethikbestrebungen im Aufwind, die, so könnte man meinen, vor den Gefahren der Ökonomisierung schützen sollten. Als „Akzeptanzbeschaffung der Ökonomisierung der Medizin“ sieht Dörner (2008) die zunehmende Ethisierung und damit einhergehend Gefahren, die er anhand von drei Verdachtsmomenten erklärt (S. 165 ff.):

### 3.3.1 Verdachtsmomente

#### (a) Assistierte Tötung als Ausdruck der vermutlichen Patientenautonomie

In der heutigen Zeit ist es keine Seltenheit, dass Patienten (z.B. Wachkomatiker) im Sinne der mutmaßlichen Autonomie und mit der Zustimmung der höchsten Rechtssprechung in die Option auf Tötung miteinbezogen werden. Besonders in Pflegeheimen steht das Personal oft vor Entscheidungen, die mit ihren eigenen Auslegungen des Grundgesetzes und ihrer persönlichen Autonomie nicht vereinbar scheinen. In diesem Falle kann die „ethischrechtliche Freigabe“ (ebd.) zur Tötung von Menschen im Wachkoma über die einfache Verlegung des Patienten in ein anderes Heim erfolgen, das sich dieser Aufgabe annimmt. Für Dörner lässt sich erahnen, dass diese Freigabe zum Töten und damit das Urteil über lebensunwertes Leben zu einem Dammbbruch führen könnte und dass die Tötung von viel größeren Bevölkerungsgruppen (z.B. Demenzkranke) durch gleiches Recht geltend gemacht die Folge sein könnte. Jene Bevölkerungsgruppen, die auf den Schutz durch die Gesellschaft am meisten angewiesen sind, also „Un- und Neugeborene, Behinderte, Wachkomatiker, Demente und Sterbende“ (ebd., S. 166) laufen Gefahr, durch die uneingeschränkte Autonomiezuschreibung jedes Einzelnen gerade aufgrund ihrer verminderten Ausdrucksfähigkeit zur Selbstbestimmung überhaupt noch als Menschen angesehen zu werden. Die zunehmende Gleichsetzung der Begriffe Autonomie und Würde untermauert für den Richter Kuchenbauer am OLG München (2007) Befürchtungen, wonach auf die Bewertung der Autonomie die Bewertung der Würde folgen könnte. Somit müsste jeder Mensch, der sich im Krankheitsfall nicht gegenüber der Gesellschaft zur eigenen autonomen Entscheidung aufraffen kann, seine Berechtigung für ein Weiterleben begründen müssen. Dadurch würde nun auf Kranke oder pflegebedürftige Menschen Druck ausgeübt und ihr Lebensrecht generell in Frage gestellt (vgl. ebd.).

#### (b) Entmoralisierung der Ethik

Die Etablierung des Faches Medizinethik hat eher zur Einführung der Patientenautonomie im Sinne eines extrinsischen Prinzips geführt, weniger fördert es die Sensibilisierung des Arztes gegenüber den Belangen seines Patienten. Es werde die Verpflichtung zum „Moralisch-Sein“ geschaffen, das eigentliche Nachdenken über Moral gerät in den Hintergrund. Diese Ent-Ethisierung wirkt sich auf das moralische Handeln der Ärzte aus, die sich in Ethik-Fragen nun auf Spezialisten berufen können (vgl. Dörner 2008, S. 166f.).

### (c) Verabsolutierung der Autonomie

Dörner (2008) sieht die Gefahr, dass die Medizinethik die Autonomie zur obersten Norm erheben und diese verabsolutieren könnte. Wissenschaftstheoretisch hat sich gezeigt, dass sich Normensysteme im Alltag als praktischer und zweckdienlicher erweisen, wenn sie sich im Spannungsfeld zwischen komplementären Normen entfalten. Unter dem Aspekt der reichen Tradition der Medizin und ihren „weniger bekannten Seiten einer Ethik als Beziehungswissenschaft“ (Saynisch 1997, zit. n. Dörner 2008, S. 167) würde durch die unbegrenzte Autonomiezuschreibung der Mensch im gegenwärtigen Prozess als isoliertes und selbstbestimmtes Individuum dargestellt. „Dasselbe gilt auch von der Ökonomisierung der Medizin; denn auch dieser Prozess privilegiert einseitig die Autonomie, nämlich den Menschen als ein isoliert entscheidendes Individuum, als souveränen Kunden, der so am leichtesten zu manipulieren und in Tauschhandlungen zu täuschen (derselbe Wortstamm!) ist“ (Dörner 2008, S. 167).

Dörner berichtet von seinen Erfahrungen in der Medizin, dass die Erstbegegnung des Patienten zunächst Beziehungswissenschaft, danach Handlungswissenschaft und erst darin eingebettet Naturwissenschaft sein kann. Die Handlungsethik entwickelt sich demnach aus der Beziehungsethik. Diese grundsätzliche Vorrangigkeit der Beziehungen vor den Handlungen muss vor allem für Ärzte erkennbar sein, da seit der zunehmenden naturwissenschaftlichen Auslegung der Medizin die Tendenz zur isolierten Betrachtung von Handlungen folgend dem Prinzip der Patientenautonomie den Blick einzuengen droht. Der Umgang mit Patienten wird erheblich erleichtert, wenn die Aufmerksamkeit zuerst auf die Beziehung ausgerichtet wird, sodass sich daraus eine handlungsleitende Norm entwickeln kann, die ihren Grund in sich selbst trägt. Viele „Entscheidungsdilemata“ in der täglichen Praxis zwischen Leben und Tod manifestieren sich als künstliche Abstraktionen, die erst gar nicht entstehen würden, wenn sich die Entscheidungen aus den Beziehungen heraus entwickeln würden (vgl. ebd., S. 167f.).

#### 3.3.2 Facetten eines neuen Arztbildes

Wir alle sind Teil einer Entwicklung, die auf bedrohliche Weise das Gemeinwohl und die Gesellschaft prägt. So mahnt Dörner (ebd.), dass wir uns problemlos an Spotbegriffe wie „Lebensschützer“ gewöhnt haben, während Mainstreamern der Medizinethik mit dem Hang zur Verabsolutierung der Autonomie breite Zustimmung zufließt. Kann einem Arzt

das Gute in seinem Handeln zugeschrieben werden, wenn er sich vollständig der Autonomie seines Patienten unterwirft? Um die Entwicklung der Autonomie etwas besser verständlich zu machen folgt ein kurzer Überblick:

### 3.3.2.1 Geschichtliche Entwicklung der Autonomie

Bei den Griechen galt Autonomie als Ausdruck des Stolzes darüber, dass das Gemeinwesen sich selbst Gesetze gibt. In den folgenden Jahrhunderten wurde die Bedeutung des Begriffes zunehmend individualisiert. Ihren Höhepunkt erlebte die Autonomie in der Zeit der Aufklärung im 18. Jahrhundert. Der damals beginnende Wunsch nach Befreiung von sämtlichen Heteronomien setzte sich in der Moderne fort und zeigte in seiner Weiteentwicklung in Richtung bloßer Willkür. Durch Kant und seine Auslegung des Kategorischen Imperativs wurde entscheidend entgegengelenkt und somit „konnte in der Tat ein hinreichender Restbestand an Heteronomie und Abhängigkeit, an Solidarität unter den Menschen und damit an Gemeinwohlorientierung durch die Moderne hindurch garantiert werden“ (ebd., S. 169).

Auffallend an der heutigen Entwicklung, am Übergang von der modernen zur postmodernen Gesellschaft, ist die Radikalisierung der ethischen und ökonomischen Prozesse in der Medizin. Der Mensch als Individuum beansprucht nun mehr als je zuvor sein Recht auf Leben und vor allem auch das Recht auf den eigenen Tod. Für Dörner funktioniert die heutige soziale Marktwirtschaft, die sich zur neoliberalen entwickelt hat, aufgrund der auch im Gesundheitswesen einsetzenden Ökonomisierung nicht mehr anhand solidarisch gebundener Bürger. Vielmehr sind Wünsche und Bestrebungen isolierter Individuen bestimmend. Im häufig gebräuchlichen juristischen Begriff des Selbstbestimmungsrechts vollzieht sich ein Wandel zu einem neuen Modell, das sich vom Autonomiebegriff und seinem teilweisen Verallgemeinerungs-Anspruch entfernt (vgl. ebd., S. 169f.).

Während der Fortschritt an individueller Selbstbestimmung und Autonomie durchaus wünschenswert ist, dürfen Gemeinwohl, Heteronomie und Fremdbestimmung nicht unberücksichtigt bleiben. Für die weniger autonomiefähigen Personen würde dies die Vereinsamung und folglich den Verlust des Lebensrechts bedeuten. Um dieses Problem zu schultern, muss für Dörner der „(philosophische) Rettungsversuch“ gelingen, der deutlich radikaler als bisher [ausfällt.] Er muss anthropologisch noch stärker betonen, dass mein

Selbst/autos weniger von mir, sondern mehr vom Anderen her normiert wird, seine Gesetzgebung erfährt“ (2008, S. 170).

### 3.3.3 Balance zwischen Abhängigkeit und Autonomie

Um der Ökonomisierung in der Medizin zu widerstehen, bedarf es einer „Gesundshrinkung“ der Bedeutung von Autonomie und Selbstbestimmung. Richtungen und Anregungen, welche zu einem Umdenken im Selbstverständnis der Ärzte und üblichen Heilberufe führen, müssen im Alltag eingebracht werden. Wenn auch das Selbstbestimmungs- und Eigennutzprinzip des Marktes in mehreren Punkten hilfreich sein mag, im Kern der Bestrebungen nach dem Gesamtwohl, dem Helfen, der Gemeinschaft und somit der Medizin findet dieses Prinzip für Dörner keinen Platz (vgl. ebd., S. 173). Deshalb gilt für ihn die Beziehungsethik vor der Individualethik. Gleiches gilt für die Wissenschaft. Bevor Medizin Handlungswissenschaft ist, ist sie schon Beziehungswissenschaft. Deutlich wird dies bei dem fragwürdigen Begriff der „Dienstleistung“, der wörtlich genommen in die Fähigkeiten Leisten und Dienen unterteilt werden kann. Während ersteres die Handlungen des Experten im Rahmen seiner autonomen Leistungskompetenz betrifft, bezieht sich das Dienen auf das Vertrauensvolle, auf die Hilfe-Beziehung. Zum Dienen gelangt man über die am Gemeinwohl orientierte Beziehungsbasis, nämlich dadurch, dass ich mich vom anderen (vom Patienten) in Dienst nehmen lasse. Anthropologisch betrachtet bedeutet das: „Mein Arzt-Sein beginnt damit, dass mich die hilfeschauenden Augen des Anderen auffordern, in seinen Dienst zu treten, mich ihm auszusetzen“ (ebd., S. 173).

Das Prinzip der Aufopferung für den Nächsten lässt sich weiterverfolgen bis zur Figur des Letzten, der als Kränkster und Bedürftigster besonders dem Schutz durch die Gesellschaft bedarf. Es geht also darum, mit diesem Letzten zu beginnen. Als unbedingte Voraussetzung für eine lebensfähige Gesellschaft beschreibt Dörner das Vorhandensein dieser heterogenen Norm gegenüber jener ohnehin beständigen marktwirtschaftlichen Norm, in der Handel und Tausch erlaubt sind. Nur das Vorhandensein und die Verteidigung eines Bereichs, in dem nicht nach dem Regime des *survival of the fittest* gehandelt wird, macht den konträren Bereich unschädlich und einigermaßen erträglich, in dem man nach der Ethik der Selbstbestimmung in gebotener Weise mit dem Ersten und Profitabelsten beginnt. (vgl. ebd., S.174)

## 4. Der Verantwortungsbegriff und seine Systematik

In der medizinischen Ethik, die sich auch als Ethik der Verantwortung versteht, geht es neben der Beurteilung moralischer Verpflichtungen auch um die Erarbeitung von Kriterien des Zulässigen, die angesichts unvermeidbarer Schwierigkeiten möglich sind. Um der Aufgabe der ethischen Argumentation gerecht zu werden, stellt Irrgang (1995) ein Schema mit vier Ebenen vor (s. u.), das durch die medizinische Entscheidungsfindung, welche einerseits durch den „Rückbezug auf fundamentale bereichsspezifische ethische Handlungsregeln“ und andererseits durch Kriterien und Regeln, die in bestimmten Handlungsbereichen zu berücksichtigen sind, geprägt ist (S. 63). Den Begriff der Verantwortungsethik konzipiert Hans Jonas als „Zukunftsethik und als Verpflichtung zur Fürsorge“ (Jonas 1984, zit. n. Irrgang 1995, S. 63) an der sich die problematische Ableitung der Pflicht zur Zukunft sowie der Pflicht zum Sein aus ontologischer Sicht ergibt. Diese Theorie über die Verantwortung in der elterlichen, da sie auch für die Nachkommen gilt, und in der staatsmännischen Fürsorge, wird als Pflicht zur Existenz verstanden und stößt eher auf Ablehnung.

Mit einer ersten Spezifizierung des Verantwortungsbegriffs weist John Ladd (1989) auf das sich verändernde Rollenverhältnis des Arztes im Lichte des medizinischen Fortschritts hin. Mit der Frage nach „moralischer Gutheit“ (Ladd 1989, zit. n. Irrgang 1995, S. 64) verwirft Ladd zwei traditionelle Modelle: auch wenn Resultate einen guten Arzt ausmachen, dürfen nicht aus utilitaristischer Sicht Erfolg und Nutzen zum Kriterium des moralisch Guten gemacht werden. Dies münde in einer skrupulösen Befolgung moralischer Regeln als reiner Pflichterfüllung. Außerdem führe das traditionelle Tugendkonzept mit seiner Verpflichtung zur Entwicklung eines festen Charakters lediglich zu einer minimalistischen Moral (vgl. ebd.). Zur Beantwortung der Frage nach einem guten Arzt reiche eine erneute Tugendethik nicht aus, da sich Tugenden nicht direkt in Handlungsziele übersetzen ließen. So ist auch das Modell der Kausalverantwortung, auf das gerne zurückgegriffen wird, nicht wie von Ladd gefordert zukunftsorientiert, da es Verantwortung retrospektiv, oft gerichtlich und anhand von Schuldzuweisungen definiert (vgl. ebd.) Folgende drei Komponenten zeichnen nach Ladd die Verantwortung aus:

- (1) Folgen, Ergebnisse, Resultate
- (2) eine Kausalbeziehung zwischen Handelndem und dem Resultat und
- (3) eine subjektive Haltung oder Motivation (S. 64)

Individuelle Verantwortung müsse für Lenk (1992) auch im Sinne einer Mit- und Gruppenverantwortung gelten. Er beschreibt die Lösung der Frage nach Verantwortung, indem er zusätzlich die strategische Stellung des Einzelnen im Wirkungs- und Handlungsmuster im Team berücksichtigt. Im System ist jeder sozusagen für alles mitverantwortlich, niemand jedoch für alles alleine. Mit dem aus der Sozialpsychologie entlehnten Begriff des *risky shift* (Schub zum Risiko) wird die Tatsache beschrieben, dass Entscheidungen innerhalb einer Gruppe risikoreicher ausfallen, als sie jeder Einzelne verantwortet hätte (vgl. ebd., S. 182). Durch den enormen technischen Fortschritt der vergangenen Jahre fordert Lenk nun die Verfeinerung des ethischen Denkens (vgl. ebd., S. 197). Angesichts der Dynamisierung des Menschenbildes, welches ihn nicht mehr als geschlossenes System sehen lässt, müssen im medizinischen Umfeld die Interessen aller potentiell Betroffenen berücksichtigt werden und Diskussions- sowie Abstimmungsverfahren entwickelt werden, die eine Mitbestimmung ermöglichen (vgl. ebd., S. 185).

Den Verantwortungsbegriff konstruiert Lenk über mindestens sechs Komponenten:

*„jemand*: Verantwortungssubjekt, -träger (Personen, Kooperation) ist

*für*: etwas (Handlungen, Handlungsfolgen, Zustände, Aufgaben usw.)

*gegenüber*: einem Adressaten

*vor* einer (Sanktions-, Urteils-) Instanz

*in bezug auf*: ein (präskriptives, normatives) Kriterium

*im Rahmen eines*: Verantwortungs-, Handlungsbereiches verantwortlich“ (S. 81f).

Im Anschluss an Jonas und Ladd empfiehlt Lenk, die klassische Schuldverantwortung durch eine erweiterte moralische Vorsorge- und Fürsorgeverantwortung zu ergänzen (vgl. Irrgang 1995, S. 66). Indem er vier weitere Dimensionen der Verantwortung unterscheidet, nimmt Lenk (1992) die geforderte soziale Erweiterung selbst vor:

- (1) Handlungsergebnisverantwortung
- (2) Aufgaben- und Rollenverantwortung,
- (3) Universal-moralische Verantwortung und
- (4) Rechtliche Verantwortung (S. 27)

#### (1) Handlungsergebnisverantwortung:

Als bekannteste Art der Verantwortlichkeit gilt sie für die kausalen Konsequenzen des eigenen Handelns (Kausalhandlungsverantwortung). Sie umfasst sowohl die positive (durch das eigene Handeln verursachte Konsequenzen) als auch die negative Form der Verantwortung. Letztere bedeutet für Lenk jene Verantwortlichkeit, die im Falle von Unterlassungen zum Tragen kommt. Die verstärkte Form dieser negativen Kausalverantwortung könnte als „aktive Verhinderungsverantwortung“ (ebd., S. 27) angesehen werden, da sie in besonderen beruflichen Rollen systematisch nach Fehlerquellen sucht (z. B. Prüf- und Kontrolldienste).

#### (2) Rollen- und Aufgabenverantwortung:

Dazu zählen generelle Aspekte der Fürsorge- und Vorsorgeverantwortung sowie der Haftungs- und Entschädigungsverantwortung. „(a) Verantwortung zur Rollenerfüllung (Erfüllung von formellen, informellen, legalen Rollenpflichten sowie von repräsentativer als institutioneller Rollenverantwortung), (b) (berufs-)spezifische Aufgaben-(Erfüllungs-)Verantwortung, (c) Loyalitätsverantwortung und (d) Korporative Verantwortung von Institutionen (gegenüber Mitgliedern der Gesellschaft usw., und zwar organisatorisch, legal und moralisch)“ (Irrgang 1995, S. 66).

#### (3) Universal-moralische Verantwortung:

Zu unterscheiden ist bei dieser Form der Verantwortung gegenüber anderen die direkte, handlungsorientierte moralische Verantwortung von der indirekten Verantwortlichkeit, die nicht unmittelbar mit der Nahhandlungssituation verbunden ist. Weiters gilt die Selbstverantwortung im Handeln und Urteilen, die einmal aus „Rücksicht und Achtung für mich selbst als Person – und zum zweiten mit Bezug auf mich selbst als beurteilende Instanz“ doppelsinnig beachtet werden muss (Lenk 1992, S. 30). Als höherstufige (individuelle) Verantwortung gelten die Erfüllung von formellen Pflichten und Ethikkodizes und jene Verantwortung für die öffentliche Sicherheit, Gesundheit und Wohlfahrt sowie die moralische Verantwortung von Institutionen und Korporationen im

Sinne der Mitverantwortung. (Gruppenverantwortung, je nach Einwirkungs- und Mitwirkungsmacht) (vgl. ebd., S. 32 ff.).

(4) Rechtliche Verantwortung:

beschreibt die Verantwortung gegenüber rechtlichen Normen

## 5. Traditioneller Paternalismus oder Selbstbestimmungsrecht des Patienten

Jede ethische Argumentation, die im Sinne einer Verantwortungsethik geführt wird, ist von einer Hintergrundvorstellung geprägt, die man auch Leitbild nennen könnte. Für Irrgang (1995) versteht sich dieser Begriff als „Hintergrundrechtfertigung zur Charakterisierung von Paradigmen für ethische Argumentation wie von Leitbildern für Ethosformen“ (S. 69). Demnach sind Hintergrundrechtfertigungen „(1) Grundhaltung[en] einer Gruppe oder Gemeinschaft und (2) rechtfertigende Ideen und Prinzipien im Sinne von Rechtfertigungsgründen die im Diskurs als Rechtfertigungsverfahren aus ethischer Perspektive legitimerweise herangezogen werden dürfen“ (ebd.). Im Wesentlichen besteht sie aus zwei Grundtypen von Hintergrundrechtfertigungen, nämlich:

(1) „dem paternalistischen hippokratischen Ethos mit seiner Verpflichtung zu helfen und zu heilen, zumindest aber nicht zu schaden,

(2) dem aus der Rechtsprechung entlehnten Prinzip der Einwilligung nach Aufklärung („informed consent“), das in der Medizinethik allgemein als Selbstbestimmungsrecht des Kranken oder als Patientenautonomie formuliert wird“ (ebd., S. 69).

*primum nihil nocere* – zuallererst nicht schaden, lautet einer der Grundsätze des traditionellen hippokratischen Ethos (vgl. Deichgräber 1983). Mit seiner Forderung nach Sorgfalt bei der Verminderung von Übel und Schaden durch die Behandlung sowie bei der Vermeidung von Nebeneffekten gilt er für Verwandte, das Pflegepersonal und Ärzte. Er gilt aber auch für Patienten selbst, die beispielsweise an einer nicht offensichtlichen, jedoch ansteckenden Krankheit leiden. Im Eid des Hippokrates (um 400 v. Chr.), jener grundlegenden Formulierung einer ärztlichen Ethik, wird bereits die Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen relevant (vgl. ebd.). Was ein Schaden ist, hängt von objektiven und subjektiven Standards ab und läßt sich in den meisten Fällen nur empirisch feststellen. Für eine anwendungsorientierte Ethik ist es daher unabdingbar, diese empirischen Fragen mitzudiskutieren (vgl. Irrgang 1995, S. 70).

Im zweiten Grundsatz, der den Handelnden „zum Wohltun, zum Nutzen, zum Heilen und zum Retten verpflichtet“ (ebd.), ist die Fürsorgepflicht des Arztes, gemäß dem

Subsidiaritätsprinzip aber auch die des Personals und der Verwandtschaft, beschrieben. Dieser Grundsatz soll zur Erhaltung und Steigerung des Gesamtwohls beitragen. Beide Grundsätze gelten durch die Betonung des ärztlichen Handelns als paternalistisch. Auch wenn ein gewisser Paternalismus durchaus gerechtfertigt sein kann (vgl. Beauchamp & Childress 2001, S. 176-194), hat sich in der heutigen medizinischen Ethik eher der zweite Typus unter besonderer Berücksichtigung des Prinzips des „informed consent“ durchgesetzt. Diese Einwilligung zum ärztlichen Handeln nach vorheriger Informierung und Aufklärung bedeutet, dass die Entscheidung des Patienten die maßgebliche Voraussetzung für die rechtliche Absicherung sowie die Sittlichkeit jedes ärztlichen Handelns darstellt. Trotz des Übereinstimmens mit unserem Demokratieverständnis und unseren Autonomiebestrebungen ist dieser Ansatzpunkt für Irrgang (1995) problematisch, da Entscheidungen des Patienten auch „willkürlich, irrational, unüberlegt und unbegründet sein können“ (S.70). Das Prinzip des „informed consent“ setzt außerdem eine sittliche Kompetenz des Einzelnen voraus und ist überdies in jenen Fällen nicht anwendbar, in denen Ärzte oder Angehörige für Patienten bzw. Eltern für ihre unmündigen oder ungeborenen Kinder entscheiden müssen. In mehreren Bereichen der Medizin (Notfallmedizin, Psychiatrie, Geriatrie, pränatale Diagnostik) kann die faktische Zustimmung oft nicht eingeholt werden, weshalb ein faktischer Konsens nicht als generell gültiges letztes Kriterium herangezogen werden kann. (vgl. ebd., S. 70f.).

Illhard (1985) sieht drei Bedrohungen für den „informed consent“: (1) die Gefahr gesellschaftlicher Entfremdung, (2) die Gefahr des Selbstverlusts und (3) die Gefahr unbewusster Zwänge (S. 11f.). Da Information bewusst oder unbewusst manipulativ übermittelt werden kann und diese auch vom Zeitdruck abhängig ist, unter dem Arzt und Patient eventuell stehen, erscheint es insgesamt fragwürdig, dass die Legitimität ärztlichen Handelns alleine durch die Zustimmung des Behandelten gegeben sein soll. Demgegenüber steht die Unzulässigkeit einer Behandlung gegen den klaren Willen des Erkrankten. Nicht außer Sicht zu lassen ist die Tatsache, dass der Arzt nicht selten bei der Informationsübergabe den rechtlichen Hintergrund im Auge behalten wird, sodass er besonders auf mögliche Risiko- und Schadenserwägungen hinweisen muss. Daraus ergibt sich, dass nicht jeder faktische Konsens sittlich sein kann (vgl. Irrgang 1995, S. 71).

Die Forderung nach dem „informed consent“ im medizinischen Bereich ist seit den 1950er Jahren vor allem in der Rechtssprechung hinsichtlich ärztlicher Kunstfehler bekannt. Wegen der Tendenz, zu Konzepten der „Defensivmedizin“ zu führen, stößt dieses Prinzip

bei Medizinern eher auf Abneigung (Malcolm 1988, zit. nach Illhardt 1995), auch wenn der Patientenwille den Arzt vorerst schützt. Besonders in Härtefällen läßt sich der Patientenwille oft nicht anwenden. 1957 wurde in den USA zum Schutz des Patienten das Recht auf die Zurückweisung einer Behandlung im Sinne des „informed consent“ eingeführt. Das Konzept umfaßt folgende Komponenten:

- (1) Kompetenz
- (2) Aufklärung und Information
- (3) Verstehen
- (4) Freiwilligkeit,
- (5) Zustimmung und Autorisierung des Arztes zu einer bestimmten Behandlung  
(vgl. Beauchamp & Childress 2001, S. 79).

Die Miteinbeziehung des Patienten in die ärztliche Praxis hat nachweislich medizinische und psychologische Vorteile gebracht (King 1988, zit. n. Irgang 1995), besonders deshalb, weil in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient die größte Chance zur Änderung des Lebensstils liegt, der für die häufigsten Todesursachen verantwortlich ist. Außer Frage steht auch, dass die verbesserte Kommunikation einem zu sehr paternalistisch-fürsorglichem Arzt vorbeugt. Andererseits fehlen jedoch die Kriterien dafür, wann das rechte Maß an ärztlicher Information, Krankheitseinsicht und Mindestmaß an medizinischem Wissen für eine begründete Zustimmung auf Seiten des Patienten vorhanden sind. Die Verpflichtung zur weitgehenden Respektierung der Patientenautonomie als alleinige Hintergrundrechtfertigung ist für Beauchamp & Childress (2001) nicht ausreichend. Gemäß seiner Autonomievorstellung soll der Hauptbetroffene einer Handlung über die Art der Behandlung entscheiden. Vergleiche dazu finden sich in Kants Autonomiepostulat und Selbstzweckformel. Durch die Unmöglichkeit einer vollständigen Berücksichtigung von „Kompetenz (Freiwilligkeit) und Information (Wissen)“ bei der Umsetzung des „informed consent“ sollte in einer medizinischen Ethik der Grundsatz der Patientenautonomie nur weitestmöglich gelten, nicht uneingeschränkt (vgl. Irrgang 1995, S. 72). Schließlich trägt auch das Umfeld, letztlich die Gesellschaft die Folgen der an den *informed consent* gebundenen Regeln.

Der Grundsatz des Heilens und Helfens zum Zwecke des Patientenwohls behält auch aus heutiger Sicht seine Berechtigung und steht in engem Verhältnis zur Forderung nach Kompetenz (Freiwilligkeit) bei der Einwilligung in ärztliches Handeln. Trotz der

alternativen Ansätze können sich die beiden Typen von Hintergrundrechtfertigungen gut ergänzen. Einerseits die „Salus-Direktive“, deren oberste Richtlinie des Handelns das Wohl des Patienten darstellt und die von dem Arzt verlangt, alles Mögliche zu unternehmen, um den besten Gesundheitszustand des Patienten zu erhalten und zu fördern. Andererseits die „Voluntas-Direktive“, deren Handeln sich nach dem Patientenwillen richtet und die es dem Arzt nur gestattet, dem Patienten von ihm gewollte Behandlungen zukommen zu lassen. Im Vergleich lassen sich diese beiden Formulierungen in eine „Regel-Ausnahme-Beziehung“ (ebd., S.74) setzen, die dann zwei alternative Interpretationen zulässt: „Im Prinzip entscheidet der Patientenwille, in Ausnahmefällen jedoch das ärztlicherseits festgestellte Patientenwohl, oder: Im Prinzip entscheidet das Wohl des Patienten, ausnahmsweise aber auch sein Wille“ (ebd.). Zusätzlich bietet sich auch noch eine Alternative an, deren Handlungsregeln folgendermaßen lauten müssten: „Der Arzt darf nur im Rahmen eines entsprechenden Patientenwillen, aber insgesamt nur zu dessen Wohl ärztlich behandelt werden“ (ebd.). So ergibt sich eine gewisse Gleichrangigkeit zwischen *salus aegroti* und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, wobei dem Selbstbestimmungsrecht im Konfliktfall ein gewisser Vorrang eingeräumt werden sollte. Während aus ärztlicher Sicht eher die Salus-Perspektive bevorzugt wird, genießt die Voluntas-Perspektive aus juristischer Sicht eindeutig Vorrang.

Eine Übereinstimmung der Salus-Perspektive mit dem Selbstbestimmungsrecht besteht im Notfall, in dem vom gemeinsamen Ziel der Lebenserhaltung ausgegangen wird. Dies darf der Arzt vermuten, solange vom Patienten bei vollem Bewußtsein nichts Gegenteiliges geäußert wurde. Er darf kraft mutmaßlicher Einwilligung handeln, als würde das Selbstbestimmungsrecht nicht gelten (vgl. ebd.).

Während ein starker Paternalismus im Alltag wegen der damit einhergehenden Verletzung des Selbstbestimmungsrechts nicht mehr gerechtfertigt scheint, kann ein schwacher Paternalismus durchaus mit der Respektierung der Autonomie einhergehen. Zur Interpretation der Autonomie beschreibt Irrgang (1995) folgende vier Ansätze:

1. „Die erste Interpretation greift im Sinne des Emotivismus auf Stimmungen und Neigungen des Patienten zurück. Diese sind mangels einer verbindlichen, rational begründeten Ethik, die eine solche Entscheidung kritisieren könnte, zu akzeptieren, auch wenn sie irrational und nicht verständlich erscheinen. Wenn diese Einstellung auch weit verbreitet ist – den Namen Ethik verdient sie nicht.

2. Die zweite Position legt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Sinne der Vertragsfreiheit aus, wobei der Erkrankte als schwächerer der Vertragspartner in besonderer Weise geschützt werden muß und daher das Recht auf letzte Entscheidung über eine Behandlung hat. Diese Konzeption kann sich auf den alten juristischen Spruch berufen: „volenti non fit iniuria“ – dem, der etwas will, kann (durch die Erfüllung seines Wunsches) kein Unrecht geschehen.
3. Modell 3 greift auf den Präferenzutilitarismus zurück und erkennt jedes Interesse, Bedürfnis, jede Entscheidung eines einzelnen an, wenn er sie geäußert hat.
4. Das vierte Konzept erkennt ebenfalls die Entscheidung eines jeden an, wenn sie im sittlichen Sinne autonom getroffen wurde, also frei von allen äußeren Einflüssen, auch den eigenen Interessen. Autonom in diesem Sinne ist jede sittlich verantwortbare Entscheidung, nicht aber jede Entscheidung eines einzelnen“ (S. 75).

Die Kernaussage der ersten drei Positionen bezieht sich, wenn auch unterschiedlich begründet, auf das faktisch bestehende Selbstbestimmungsrecht. Demnach ist jeder geäußerte Wunsch zu respektieren. Stellvertretend für die ersten drei Positionen erklärt Irrgang das Autonomiepostulat des dritten Modells aus utilitaristischer Sicht. Dieses beruht auf einer präferenztheoretischen Deutung des Nutzenkalküls. Jeremy Bentham (1748-1832) definiert das Utilitätsprinzip über eine (1) konsequentialistische, (2) eine wohlfahrtstheoretische und (3) eine Summationskerntese. Jedoch bleibt der Begriff des Gesamtnutzens weitgehend unbestimmt (vgl. Gähde 1992, S. 89). Als Ausgangspunkt diene die behaviouristische Grundthese, die das menschliche Verhalten als Suche nach Lust und der Vermeidung von Schmerzen sieht. Bentham nahm damit einen deskriptiven und psychologisch-hedonistischen Standpunkt ein (vgl. ebd., S. 95). Wenig später formuliert Mill eine präferenztheoretische Interpretation des Nutzenbegriffs, indem er den Gesamtnutzen darüber definiert, was die einzelnen Betroffenen einer Handlung als wünschenswert erachten. Dieses Nutzensummenargument erhebt die Optimierung der Menge an Lust und Wunschbefriedigung zum obersten Prinzip. Aufgrund der fehlenden Möglichkeit, eine stellvertretende Wunschbewertung durchführen zu können, wird in dieser Form der Patientenautonomie jede Entscheidung des Einzelnen akzeptiert, die einigermaßen rational gefällt wird. Voraussetzung für eine rational gefällte Entscheidung ist die ausreichende Information, daher auch der enge Zusammenhang zwischen Autonomie und „informed consent“. In Bezug auf Gerechtigkeitsforderungen sind jedoch

weder der Präferenzutilitarismus noch das utilitaristische Nutzensummenargument geeignet, da sie den Schaden des Einzelnen zum Zwecke der Mehrheit nicht ausschließen (vgl. Irrgang 1995, S. 76, siehe auch Gähde 1992).

Mit einem anderen Autonomieverständnis steht das vierte Konzept den genannten Positionen gegenüber und bezieht sich dabei auf Kants „Abgrenzungskriterien zwischen sittlichen und nonsittlichen Entscheidungen“ (Irrgang 1995, S. 77). In völliger „Unabhängigkeit von Gefühlen, Neigungen und anderen anthropologischen Charakteristika“ (ebd.) versucht Kant in der Ableitung des kategorischen Imperativs sowie in der Begründung des Gedankens der Menschenwürde dieser Autonomieform Ausdruck zu verleihen (vgl. Kant 1797). Im Mittelpunkt des Interesses steht die Frage, nach welchen Kriterien ein vernünftiger Wille sittlich gut ist. Dabei wird die jeweilige Handlungsmaxime einem Prüfungsverfahren unterzogen. Ziel dieser Prüfung ist die Feststellung, ob das Handeln generalisierbar ist, so dass sich daraus ein moralisches Gesetz ableiten lässt. Von großer Bedeutung ist hierbei die Beachtung und Bewertung des Unsittlichen.

In einer zweiten Auslegung des kategorischen Imperativs begründet Kant sein Autonomieverständnis mittels der sogenannten *Selbstzweckformel*, bei der die Unterscheidung des Menschen hinsichtlich Preis und Würde Bedeutung erlangt. „Natürlich kann es klug oder geschickt sein, einen anderen Menschen ausschließlich als ein Mittel zu gebrauchen, ihn auszunutzen, auszubeuten oder zu versklaven. Aber sittlich ist das nicht“ (Irrgang 1995, S. 77). Durch diese ausschließliche Betrachtung verliert der Mensch seine Freiheit und Sittlichkeit und das Humane an ihm wird zerstört.

Jede Theorie, die den Menschen nach einem materiellen Wert beurteilt, bleibt für Irrgang letztendlich unsittlich (ebd.). Mit dem zentralen Gedanken der *Selbstzweckformel* bereitet Kant den systematisch wichtigen Weg für die Begründung der Menschenwürde: „handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst“ (Kant 1797, S. 66f). Die Selbstzweckformel geht vom Begriff des Willens aus und hat zum Inhalt, den Menschen – sowohl die eigene Person als auch die anderen – davon ausgehend zu behandeln, dass dieser nach einem guten Willen sittlich handle. Darin liegen Pflichten gegenüber anderen begründet, da der Gedanke der gleichen Freiheit für alle die Handlungsfreiheit des Einzelnen so weit beschränken muss, dass durch diese Beschränkung die gleiche

Handlungsfreiheit aller anderen möglich wird. Es bedarf zur Anwendung dieses Moralprinzips nicht der Universalisierung, sondern anthropologischer Aussagen. Durch die Begründung der Selbstzweckformel wird eine Autonomie gerechtfertigt, die vor sittlichen Entscheidungen steht (vgl. Kant 1797).

Autonomie bei Kant ist also dadurch bestimmt, dass jegliche Abhängigkeit und Determination durch äußere Faktoren und Gesetze als unsittlich gelten, dennoch kann sie nicht als willkürlich gelten. Sie ist auch nicht mit der „Freiheit vom Zwang sittlicher Selbstverpflichtung zu identifizieren“, da sie eindeutig mit der vorausgehenden Konzeption vom Gewissensurteil, wenn auch in modifizierter Form, einhergeht (Irrgang 1995, S. 78).

Die christliche Ethik des Apostel Paulus und dessen Lehre von der Gewissensfreiheit und vom Gewissensurteil findet sich eindeutig formuliert im Brief an die Römer 14,23: „Wer aber beim Essen ein schlechtes Gewissen hat, ist schon verurteilt, denn er handelt nicht aus der Überzeugung des Glaubens. Und alles, was nicht aus dem Glauben kommt, ist Sünde.“ (Cid 1996). Daran knüpft Peter Abaelard (1079-1142) an: „Wo wir nicht gegen unser Gewissen handeln, brauchen wir nicht fürchten, vor Gott schuldig gesprochen zu werden“ (Abaelard 1979, zit. n. Irrgang 1995, S 78). In seiner Lehre vom Gewissen kann dieselbe Handlung je nach Motiv gut, indifferent oder schlecht sein. Allein von der Absicht des Handelnden hängt sie ab. Bei der sittlichen Bewertung der Handlung stellt Abaelard das Subjekt in den Mittelpunkt. Gut ist eine Handlung, die in ihrer Absicht gut ist und nicht bloß als solche erscheint. Als Sünde gilt die Zustimmung zu einer Sache, von der man glaubt ihr nicht zustimmen zu dürfen. Es lädt der Schuld auf sich, der gegen sein eigenes Gewissensurteil handelt (vgl. ebd., S. 78f.).

„Auch in der theologischen Ethik des Thomas von Aquin (1225-1274) nimmt das Gewissensurteil eine zentrale Stellung ein. Das Gewissen ist gewissermaßen ein Ausspruch der Vernunft (Aquin, S.th.I-II, 19,5). Dies hat zur Folge, dass auch ein irrendes Gewissen verpflichtet (Aquin, S.th. I-II, 19,5), wenn auch nicht in allen Fällen entschuldigt. (Aquin, S.th.I-II, 19,6). Nur verschuldetes Nichtwissen ohne Nachlässigkeit erkennt Thomas an. Das Verdienst einer Handlung hängt letztlich von der Intention, also vom Ziel ab. Indirekt ausgerichtet ist jeder gute Willensakt auf das höchste Gut (summmum bonum) als seinem Endziel (finis ultimus), also auf Gott (Aquin, S.th. I-II, 19,9)“ (ebd., S. 79).

In diesen historischen Betrachtungen zählen also Äußerungen und Entscheidungen, die sittlich und einsichtig getroffen wurden, als Ausdruck der Patientenautonomie. Allerdings müssen sich diese dem Universalisierungstest nach Kant unterwerfen lassen. Auch im Sinne einer medizinischen Ethik und nach deren Kriterien und Grundsätzen muss diese Entscheidung überprüfbar sein und zu einer verantwortbaren und ausgereiften Entscheidung für bestimmte Situationen gefällt worden sein. Außerdem macht die Auffassung der Autonomie nach Kant klar, dass eine getroffene Entscheidung neben ihrer Universalisierbarkeit auch situationsangemessen im Sinne der Gerechtigkeit sein sollte. Ganz klar im Vordergrund der ethischen Diskussion steht vielmehr die sittliche Entscheidung und deren Vorbereitung durch den Diskurs der Beteiligten, als das eher juristische Prinzip des „informed consent“. „Inkompetent ist nach diesem Verständnis der, der keine situationsangemessene sittliche Entscheidung treffen kann“ (ebd., S. 80). In diesem Falle müssen dann andere Entscheidungen treffen, wodurch sich ein weiteres fundamentales Problem für die medizinische Ethik eröffnet (vgl. ebd.).

Für Irrgang (ebd.) stellt sich die Frage, ob Patientenautonomie im Sinne des Emotivismus und Präferenzutilitarismus überhaupt als Ethik im strengsten Sinne angesehen werden könne. Weder Universalisierungs- noch Gerechtigkeitsforderungen werden diese beiden Positionen gerecht und dies gelte in neuzeitlichen Ethikbestrebungen als entscheidender Mangel. Irrgang schlägt daher als Hintergrundrechtfertigung für eine medizinische Ethik eine Interpretation der „Patientenautonomie im Sinne der kantischen Ethikbegründung vor“ (S. 80). Diese Patientenautonomie ist wegen ihrer sittlichen Qualifikation als vernünftig anzusehen und daher auch dazu geeignet, den vermutlichen Patientenwillen für einen Inkompetenten zu bestimmen.

## 6. Sterbehilfe in der Diskussion – Wertanamnestische Betreuungsverfügungen

In unserer westlichen Gesellschaft, die in ihrer Zeit durch Ideale von Jugend, Erfolg und Selbstbestimmung, Gesundheit und Lebensgenuss geprägt ist, zählt die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod nach wie vor zu den unangenehmen Themen. Es sind dies Themen, die wir nicht in den Griff bekommen, über deren Finalität wir letztlich keine Kontrolle haben. Gerade in Zeiten, in denen der Wunsch nach individueller Freiheit und der Anspruch auf Selbstbestimmung enorm gestiegen sind, scheint uns die langfristige Sicherung eines selbstbestimmten Todes nicht zu gelingen. In Bezug auf die Zeit nach dem Tod hingegen ist es durchaus üblich, sich schriftlich oder mündlich testamentarisch festzulegen. Wie wir nun die letzten Stunden, Tage oder Wochen des Lebens verbringen wollen, darüber herrscht in der Regel Unklarheit. Hier schwindet der Wunsch nach Selbstbestimmung, da menschliches Leiden nicht nur gesellschaftlich und kulturell, sondern auch individuell und medizinisch ein Tabu darstellt. Das lebenslange und oft vehemente Pochen auf Selbstbestimmung weicht am Ende des Lebens dem Verzicht auf die eigene Entscheidung zugunsten oder gegen mögliche therapeutische Interventionen. Aus dieser unangenehmen Situation heraus flüchten sich auch Ärzte oft in die Apparatemedizin, seltener in die aktive Sterbehilfe (Sass 2000, S. 90). „Eine solche Fluchthaltung, so verständlich sie ist, ist dennoch, gemessen an der *aegroti salus suprema lex*-Tradition des Arztberufes, nur ein Verantwortungsplacebo“ (ebd.).

Die in der Postmoderne übliche Forderung nach einer gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient muss sich auch in der individuellen vorausblickenden Befassung mit den Wünschen und Erwartungen des Patienten in Bezug auf dessen Tod manifestieren. Sass und Kielstein (1999) stellen hierzu die medizinische Wertanamnese vor, die als kritische Selbstanalyse und Selbstbewertung verstanden werden soll. Sie dient dazu, in aktuellen oder prospektiven Krisensituationen die Selbstverständigung zu fördern, und soll durch „Klarheit der Aussage, Konsistenz und Interpretierbarkeit bestimmt“ sein (Sass 2000, S. 92). Kernpunkte der medizinischen Wertanamnese sind Erwartungen, die im „engeren Zusammenhang von Gesundheitsrisiken, Lebensstil, Lebenserwartung, dem individuellen Konzept von

Lebensqualität und den Einstellungen zu Krankheit, Schmerz, Leiden und Tod zu tun haben“ (ebd.).

Diese Wertvorstellungen, die idealerweise im anamnestischen Vorsorgegespräch erhoben werden, haben dreierlei Funktion:

- (1) „Reflexion des Patienten auf leitende Werte, die das eigene Gesundheitsverhalten und die Einstellung zu Gesundheitsrisiken, zu Krankheit, Schmerz, Betreuung und Tod bestimmen;
- (2) Integration wertanamnestischer Kriterien in der Festsetzung von Zielen für Prävention und Intervention und damit Qualitätssicherung der individualisierten Behandlung des Patienten;
- (3) Information über Hinweise, Wünsche, Verfügungen, die im Betreuungsfall vom Betreuer, von Pflegern und Ärzten im Interesse einer individuellen Versorgung und Betreuung genutzt werden können“ (ebd).

Neben dem bereits berücksichtigten Aspekt der notwendigen Kompetenz des Patienten stellt sich für Sass nun auch die Frage nach der Kompetenz des Arztes. Soll dieser als medizinischer Experte unter Beachtung individuell unterschiedlicher Auffassungen von Lebensqualität, Lebenszielen, Werten und Wünschen die Entscheidungen anhand von klinischen Labordaten treffen (vgl. ebd.)?

## **6.1 Entscheidungskompetenz des Arztes oder des Laien?**

Abgesehen von akuten Vitalindikationen, in denen es gerechtfertigt scheint, dass ärztliche Entscheidung zum Zwecke des gemeinsam angenommenen Strebens nach Lebenserhaltung paternalistisch ausgeführt werden, gilt in den Bereichen Prädiktion, Prävention, bei chronischer Krankheit und besonders in der Situation der Betreuung bei Koma und Demenz die feine Abstimmung zwischen den Ansichten des Arztes und jenen des Patienten. Diese als *good clinical practice* bezeichnete klinische Option bedeutet für Sass: „Eine gute klinische Praxis ist ohne eine gute ethische Praxis undenkbar; eine gute, gründliche Anamnese ist ohne Wertanamnese unvollständig und für eine patientenorientierte Behandlung sehr häufig nicht hinreichend“ (ebd., S.93).

Über die Reflexion des Wertprofils des Patienten ließe sich im Alltag viel unnötig entstehender Paternalismus umgehen und über die Integration des Patientenwunsches bei

Entscheidungen in Extremkonflikten eine Entlastung zwischen Behandlungsangebot und -verzicht erreichen (vgl. edb.).

## **6.2 Wertanamnestische Betreuungsverfügung**

Als Erweiterung des traditionellen Patiententestamentes könnte man das narrative Modell einer Wertanamnese deuten, wie es am Zentrum für medizinische Ethik an der Ruhr-Universität Bochum entwickelt wurde (Kielstein, Sass 1999). Anstatt dem Arzt wie bisher Entscheidungen und Handlungen im Falle eines Testaments zu untersagen, stellt das narrative Modell die nötigen und unerlässlichen Informationen zur Verfügung, um patientenorientierte und individuelle Entscheidungen zu treffen. Durch die selbstständige Beschäftigung mit einer Liste von fünf Krankengeschichten von „Demenz, infauster Prognose, schwerem Koma, Suizid und schwerem Trauma“ (Sass 2000, S. 96) soll sich der Patient prospektiv über die eigenen Ziele und Werte zur eigenen Gesundheitsverantwortung klar werden (Kielstein 1995). Diese Krankengeschichten sind eher kurz gehalten und gleichen Fabeln oder Parabeln, die den Leser anhand begleitender Fragen zur Analyse der menschlichen, professionellen und ethischen Parameter des jeweiligen Szenarios herausfordern. Durch die genaue Bearbeitung der insgesamt fünfzehn Fragen, soll der Patient die Möglichkeit haben, sich zu den wesentlichen Themen rund um Sterben und Tod zu äußern. Er wird auch angehalten, sich differenziert zwischen der aktuellen Bewertung und der prospektiven, also jener in der Zukunft zu äußern. Abschließend werden sieben für die Wertanamnese zentrale und interventionsleitende Fragen zum Thema Lebensverlängerung, Schmerz, Abhängigkeit, Aufenthalt im Krankenhaus, Sterbebegleitung etc. gestellt (Sass 2000, S. 99).

Sass beschreibt folgende Ergebnisse und Auswertungen der Gespräche:

- (1) Alle Gesprächspartner haben sich positiv zur narrativen Form der Patientenverfügung geäußert.
- (2) konsistente und aussagekräftige Anamnesen bei nahezu allen Beteiligten.
- (3) Der partnerschaftlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient wird große Bedeutung beigemessen.

(4) Juristische Formeln des traditionellen Testaments wirken abschreckend, die Übersetzung durch Ärzte in die klinische Praxis gelingt selten.

(5) Es kommt zur Konfrontation mit der verdrängten Wirklichkeit über die Verbindung von typischen Krankenhausgeschichten mit Fabelcharakter und Wertaussagen.

(6) Die meist reflexiven Reaktionen der Leser zeigten, dass die narrative Methode den Leser auch zur Beschäftigung mit Verdrängtem oder Vergessenem bringt.

(7) Die Liste mit sieben essentiellen Fragen hat sich in ihrer Unterscheidung zwischen der aktuellen und der prospektiven Bewertung als unerlässlich erwiesen und eine differenzierte Aussage erst möglich gemacht.

(8) Die hausärztliche Auswertung erlaubt die differentialethische Integration der Ergebnisse des Wertbildes mit denen des Blutbildes, um so zur Gesamtdiagnose zu führen. Im Gegensatz zum traditionellen Patiententestament wird dem Arzt kein Recht entzogen, vielmehr gibt ihm der narrative wertanamnestische Ansatz Informationen an die Hand, ohne welche stellvertretende Entscheidungen im Betreuungsfall nicht verantwortbar wären.

(9) Die Kohärenz zwischen aktueller und künftiger Selbstbestimmung (im Rahmen eines Betreuungsfall) liegt bei über 90%.

(10) Das narrative Modell ist nach Ansicht der Verfasser übertragbar auf alle Patientengruppen mit chronischen Erkrankung. Dazu bedarf es jedoch einer jeweiligen krankheitsspezifischen Modifikation der Krankengeschichten (vgl. ebd., S. 99f.).

Zusammenfassend lässt sich zu Sass festhalten, dass sich der wertanamnestische Ansatz gegenüber der juristischen Formulierung der vorsorglichen Verfügung, fälschlicherweise Patiententestament genannt, aufgrund von drei wichtigen Punkten unterscheidet: (a) der Patient erhält die Gelegenheit zur differenzierten Selbstbewertung und Selbstbestimmung, (b) der Arzt wird nicht aus der Verantwortung entlassen, (c) auf diesen Ansatz kann sowohl in der präventiven als auch in der betreuenden Situation zurückgegriffen werden (vgl. ebd.).

### **6.3 Die integrierte Betreuungsverfügung zur Sicherung des Patientenwohls**

Der Deutsche Bundesgerichtshof (1994) hat in seinen Ausführungen eindeutig auf die Verpflichtung zur Respektierung früherer Festlegungen in der präfinalen und finalen Lebensphase hingewiesen. Die vom Patienten formulierten Werte, Hoffnungen und Wünsche bedeuten nicht bloß den wie im BGH formulierten mutmaßlichen Willen, sondern sie gelten als Ausdruck des tatsächlichen und aktuellen Willens. Sollte die Feststellung des mutmaßlichen Willens notwendig werden, so sind “-frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten, seine religiösen Überzeugungen, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen-“ entsprechend einzubeziehen (Bundesgerichtshof 1994:2). Keine eigenständige Bedeutung misst der BGH der objektiven Messung und allgemeinen Wertvorstellungen bei, die weitläufig als normal oder vernünftig angesehen werden. Diese können nur ein Anhaltspunkt sein und in solchen Fällen gelten, in denen die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens nicht möglich erscheint. (vgl. ebd.) Die Verbindlichkeit der wertanamnestischen Betreuungsverfügung muss für Sass (2008) soweit reichen, dass sie als aktiver Wille anerkannt wird. Schließlich hat sich der Patient die Mühe gemacht, sich intensiv mit möglichen Situationen auseinander zu setzen, um einen selbstbestimmten Willen zu verfassen. Zu dieser unbedingten Bindungswirkung von Betreuungsverfügungen gibt es mehrere Einwände, die sich darauf beziehen, dass Menschen mit Krankheit, Leid und Schwäche umzugehen lernen und dies ihr Wunschbild zu ändern vermag. Hierzu gibt es unterschiedliche Szenarien, in denen zwischen urteilsfähigen Bürgern, Komapatienten, Patienten mit chronischen Erkrankungen und dementen Personen differenziert wird (vgl. ebd. S. 104). In all diesen Fällen, in denen die Lebenssituation sich geändert hat, gilt für Sass jedoch die vorab verfasste Patientenverfügung, auf dessen Adaptation der Patient beispielsweise im Falle einer chronischen Erkrankung wohl hingewiesen werden darf, deren grundlegende Respektierung jedoch verpflichtend ist, als ob sie erst kürzlich verfasst worden wäre. Interessant erscheint hierbei, dass Patienten häufig misstrauisch gegenüber Ärzten sind und sich nach rechtlichen Absicherungen erkundigen, die Ärzte zur Einhaltung des Patientenwillens zwingen (vgl. ebd. S. 102ff.).

## 7. Krisenintervention und Intensivmedizin

Den Begriffen Behandlungspflicht und Behandlungsverweigerung kommen in der Notfallsituation besondere Bedeutung zu. Im Grunde sind beide Vertragspartner, also Arzt und Patient, berechtigt, eine Behandlung zu verweigern. Dies kann in der Ausnahmesituation des Notfalles für den Arzt jedoch nicht gelten, da hier die Hilfestellung des dazu berufenen Arztes zu Gunsten des hilfsbedürftigen, unter Umständen lebensgefährdeten Menschen schon durch den Berufsethos vorausgesetzt wird. Für Eser (1989) steht hier die ärztliche Handlungspflicht regelhaft außer Frage. (vgl. ebd., S. 206) Problematischer sind jene Fälle, in denen Patienten aufgrund mangelnder Akzeptanz der Diagnose für ihre Erkrankung Behandlungsvorschläge zurückweisen. Solange durch das Verhalten des Patienten keine erhebliche Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung für Dritte besteht, muss der Arzt dies hinnehmen und die Entscheidung freilich als „Ausfluß des Selbstbestimmungsrechts des Individuums“ (ebd., S. 207) ansehen. Außerdem sind aus berufsrechtlicher Sicht Behandlungen abzulehnen, die außerhalb der Grenzen des eigenen Fachgebietes liegen.

Die klassischen Bereiche der Notfallmedizin und Krisenintervention sind durch die teilweise Reanimationspflicht geprägt. Dies gilt besonders dann, wenn es sich bei bis dahin offenkundiger oder scheinbarer Gesundheit um Unfälle, Vergiftungen oder um ein plötzliches Krankheitsereignis handelt (vgl. ebd., S. 888). In Bezug auf das Alter sollte hier kein Unterschied gemacht werden, genauso wie die Kenntnis der persönlichen Lebens- und Krankengeschichte aus ethischen Gründen nicht zur Rechtfertigung einer Unterlassung der Hilfeleistung führen darf. Die Situation am Einsatzort fordert zweifelsohne dringende medizinische Diagnosen (Einteilung von Verletzungsgraden, Triage), es übersteigt aber die menschliche und medizinische Kompetenz, diese Diagnostik als Maßstab für die Behandlungswertigkeit des Einzelnen in Bezug auf die Reanimation anzuwenden (vgl. ebd., S. 612). Hier gilt das Vorsichtsprinzip. Mit der Pflicht zur Reanimation müssen jedoch auch Überlegungen angestellt werden, die man dem Thema Euthanasie zuordnen könnte. Durch die Reanimation kann nämlich ein irreversibler Sterbeprozess eingeleitet werden. Aus diesem Grund hat es sich bewährt, in den ersten zwei bis fünf Tagen nach der Reanimation in einer interdisziplinären Zusammenarbeit anhand mehrerer Untersuchungen eine Prognose der Funktionen des zentralen Nervensystems zu geben (vgl. ebd., S. 302f.).

Eine Befreiung von der Reanimationspflicht könne es in jenen Fällen, in denen „unersetzliche Organfunktionen definitiv zusammengebrochen sind oder wenn der Herzstillstand als Folge einer fortschreitenden und unheilbaren Erkrankung oder altersbedingter Auszehrung eingetreten ist“ (ebd., S. 888). Durch eine vorhergehende und gerechtfertigte Entscheidung kann hier auf die Reanimation verzichtet werden. Entscheidend ist für Illhardt (1985) bei der Unterlassung der Wiederbelebungsmaßnahmen die Frage, ob der ärztliche Eingriff das Leben wirklich verlängern würde im Sinne eines Aufschubes beziehungsweise einer Ausheilung einer Grunderkrankung, oder ob ein *unaufhaltsamer Sterbeprozess* nur unnötig verlängert würde (vgl. ebd., S. 114). In der Krisensituation ist die nötige Zeit zur Analyse der zugrundeliegenden Erkrankung nicht annähernd gegeben, deshalb greift hier das Vorsichtskriterium. Falls der Arzt jedoch mit der Patientengeschichte vertraut ist und die Prognose hinreichend bekannt ist, kann im Endstadium einer chronischen Erkrankung auf die Reanimation verzichtet werden, wenn damit nur ein verlängerter Sterbeprozess und entsprechendes Leid einhergehenden würden (vgl. Irrgang 1995, S. 112).

Zwischen Reanimation und Intensivmedizin besteht ein enger Zusammenhang, wohl auch aus dem Grund, dass letztere sich zumindest in Teilen aus der Reanimation entwickelt hat (vgl. ebd.). Als Disziplin, die sich fächerübergreifend der Erhaltung von Vitalfunktionen widmet, sieht sie ihre Aufgabe dem menschlichen Organismus gegenüber darin bestimmt, dass sie ihm zeitlichen Aufschub verschafft, den er zur Heilung benötigt (vgl. Eser 1989, S. 553). Die Intensivmedizin hat in ihrer Komplexität eine Konzentrierung erfahren, die zu mehreren Untergruppen geführt hat. Gerade aufgrund der breit gefächerten Möglichkeiten und Anwendungsgebiete ist dieser Bereich der Medizin nicht zu Unrecht mit dem Unbehagen der Apparatedizin konfrontiert (vgl. ebd., S. 554). In der Ohnmacht der Erkenntnis über die Unbeeinflussbarkeit des Todes flüchten sich Angehörige wie auch Ärzte zu oft in die Apparatedizin. Dies birgt die Gefahr in sich, dass die Aufmerksamkeit vom Patienten weg auf bestimmte Organsysteme konzentriert wird (vgl. Marquard 1988, S. 26). Durch die ausschließliche Betrachtung der technischen Medizin werden die pflegerische und die ärztliche Erfahrung und damit auch die menschliche Zuwendung in den Hintergrund gedrängt. Das Schreckensbild der intensivmedizinischen Behandlung entfaltet sich etwa im fixierten, bleichen und kaum kommunikationsfähigen Patienten, umringt von technischen Geräten, der bei stark eingeschränkter Intimsphäre oft

nur durch Glasscheiben von den Angehörigen observiert werden kann (vgl. Irrgang 1995, S. 113f.).

Diesem Extrembeispiel sollte man fairerweise entgegenhalten, dass dieser Eindruck in den meisten Fällen trügt. Lorenz (vgl. 1989, S. 33) fordert die Würdigung der generell hohen Zuwendung auf Intensivstationen. Keinesfalls sollte man die psychische und emotionale Belastung des Personals außer acht lassen, das bei ständigem Schichtwechsel meist unter Lebensgefahr für den Patienten arbeiten muss. Von Seiten der Ethik wird die menschliche Zuwendung gegenüber der technischen Medizin vordergründig angesehen, wenn auch in Akutfällen das „medizinisch-technisch Gebotene zur Überwindung der Krise nicht nur ethisch erlaubt ist, sondern Verpflichtungscharakter erhält“ (Irrgang 1995, S. 114). Bei der Einführung neuer technischer Methoden besteht das Risiko, dass inhärente Gefahren bei gleichzeitig angeordneten Therapiemaßnahmen (Polypragmasie)<sup>1</sup> synergistisch wirken und somit noch verstärkt werden (vgl. Eser 1989, S. 555f.). Besonders im Bereich der Intensivmedizin ist dieses Phänomen zu berücksichtigen. Durch die technischen und ökonomischen Sachzwänge, die dem Pflegepersonal durch die Apparatedizin aufgezwungen werden, geht wertvolle Zeit personaler Zuwendung verloren. Irrgang (1995) fordert, dass die Entwicklung der patientenzentrierten Lebensbedingungen für das Pflegepersonal noch vorangetrieben werden müssen (vgl. ebd., S. 114).

Während viele Teilbereiche der Intensivmedizin sich ethisch unproblematisch darstellen (frische Operationen, Unfallversorgung, Krisenintervention im Akutfall), sollte im Terminalstadium einer chronischen Erkrankung keine Intensivtherapie angestrebt werden. Sei es Herz-, Lungen-, Leber- oder Niereninsuffizienz oder ein Karzinomleiden. Die alleinige Aussicht auf kurzfristige Lebensverlängerung darf die Intensivtherapie in diesen Fällen nicht rechtfertigen, außer der Patient wünscht dies ausdrücklich. Es wäre dies ein Vergehen an der Würde des Menschen, welches nur zusätzliches Leid für den Patienten und dessen Angehörige bedeuten würde. Abgesehen von den ethisch nicht vertretbaren Kosten für die Allgemeinheit würde auch anderen Patienten bei voller Belegung die lebensnotwendige Therapie vorenthalten (vgl. Eser 1989, S. 556f.).

---

<sup>1</sup> Als Polypragmasie bezeichnet man ein therapeutisches oder diagnostisches Vorgehen, das durch eine große Zahl verschiedener, unkoordinierter und oft sinnloser ärztlicher Maßnahmen gekennzeichnet ist.

## 8. Wissen gegen Angst

Über die Auswertung mehrerer Studien gelangte Keller (2008) zu dem Erkenntnis, dass nahezu alle Patienten den Wunsch nach umfassender Aufklärung über ihre Erkrankung und deren Prognose in sich tragen (vgl. ebd., S. 26). Problematisch an diesen Erhebungen ist die Gleichsetzung der Termini „Vermitteln von Information“ und „Aufklärung von Patienten“ (ebd., S. 26). Grundsätzlich ist die Übermittlung von Information noch nicht ausreichend für die Aufklärung. Diese versteht sich viel mehr als Prozess der Entscheidungsfindung und als kontinuierlicher Dialog zwischen Arzt und Patient. Das Modell der vollständigen Aufklärung wird maßgeblich von der Annahme geprägt, dass Wissen gegen Angst helfe. Jedoch führt die Konfrontation mit Expertenwissen oft zu Verunsicherung und Angst. (vgl. ebd., S. 27) Durch die seit der Einführung des Internets abrufbare Fülle an medizinischem Wissen stehen dem Patienten Informationen zur Situation der eigenen Erkrankung jederzeit zur Verfügung. Neben den Gefahren der Fehlinformation stehen diesen neuen Informationsquellen auch Chancen und Herausforderungen für den Prozess der Aufklärung gegenüber. „Patienten brauchen ihre Ärzte weiterhin, als Übersetzer, als Lotsen auf der Suche nach kognitiver und emotionaler Orientierung, bei der Interpretation und Bewertung von Informationen, und bei ihrer Integration in die persönliche Lebenswelt“ (ebd., S. 27). Gerade das vielfältige Wissen um komplexe medizinische Fakten bringt den autonomen und aufgeklärten Patienten in Schwierigkeit: innerhalb kürzester Zeit wird er zum Experten, der die eigenen Befunde, Laborwerte, das Tumorstadium und die Prognose kennt. Auch Daten zur Remissionsdauer oder zur bleibenden Lebenserwartung bleiben ihm nicht vorenthalten. Bei oft fehlender körperlicher Beeinträchtigung müssen sämtliche Befunde vorerst gedanklich verarbeitet werden. Jedes Auftreten einer körperlichen Auffälligkeit, jeder noch so kleine Hinweis wird folglich als Voranschreiten der Erkrankung gedeutet. Diese ständige Wachsamkeit und Alarmbereitschaft geht nicht selten mit der erheblichen Beeinträchtigung von psychischem und physischem Wohlbefinden einher. Das Wissen um die eigene Erkrankung kann also nicht nur gegen die Angst helfen, sondern besonders in existentiellen Fragen auch Ängste fördern. In der Bestrebung um das Recht auf Teilhabe an medizinischer Information werden in der Arzt-Patienten-Beziehung Ängste selten thematisiert, „häufiger in wechselnder Schonhaltung seitens Patienten und Ärzten vermieden“ (Pollack et al. 2007, zit. n. Keller 2008). Aber wer ein Recht auf Information

hat, soll auch das Recht auf die Ängste haben, die diese Informationen begleiten. Solange dies nicht ein Teil der Arzt-Patienten-Kommunikation ist, kann für Keller von einem „informed consent“ nicht die Rede sein (vgl. ebd., S. 28).

## 9. Diskussion

Ausgehend von den besprochenen Themen soll nun versucht werden, unter Berücksichtigung der angeführten Aspekte eine Zusammenfassung zu bieten, die als Anleitung für ein ethisch reflektiertes Handeln dienen soll. Die Beschäftigung mit ethisch-philosophischen Themen in der ärztlichen Praxis soll zum Ziel haben, eine Sensibilisierung für Wünsche, Hoffnungen und Vorstellungen in der Behandlung des Patienten zu entwickeln. Dass dies in der heutigen Zeit für angehende Ärzte eine Selbstverständlichkeit sein muss, zeigt sich anhand der zunehmenden Schilderungen über Missverständnisse und Probleme im ärztlichen Alltag, die nicht selten auch auf rechtlicher Ebene geregelt werden. Es gilt als Zeichen des modernen Medizinbetriebes, dass die Berufung auf Strukturen und Institutionen zum Schutze des Patientenwohls und -rechts nicht mehr wegzudenken ist. Darin spiegelt sich das eindeutig veränderte Rollenverhältnis zwischen Arzt und Patient, zwischen Behandlungspflicht und Behandlungsrecht wieder.

Wie können Ärzte nun zu einem vernünftigen Konsens zwischen den eigenen, oft naturwissenschaftlich geprägten Vorstellungen und jenen freien Entscheidungen des als autonom geltenden Patienten kommen? Die Antwort auf diese Frage stellte die Motivation für die Erstellung der vorliegenden Arbeit dar.

Eine allgemeingültige Formel lässt sich hierzu wohl nicht aufstellen, zu groß scheint die Vielfalt an Weltanschauungen und individuellen Lebenskonzeptionen unter den Menschen. Zwar lässt sich über rechtliche Forderungen, wie beispielsweise die bindende Definition der Menschenwürde, ein gewisses Maß an Verpflichtungen gegenüber anderen im Sinne des Gemeinwohls erzielen, dennoch lässt die Auslegung selbst dieser höchsten Verfassungsnorm viel Freiraum. In Bezug auf den ärztlichen Beruf bedeutet dies, dass Entscheidungen schließlich in weiten Teilen vom jeweiligen Moralverständnis abhängen und dass dieses je nach persönlichem Interesse und in Abhängigkeit zur Ausbildung im Bereich der Ethik stärker oder schwächer ausgeprägt sein kann. Dasselbe gilt auch für Patienten, die zwar durch die Autonomiezuschreibung nach ihren Ansichten frei zu entscheiden vermögen, jedoch auch im Sinne der Gesellschaft nicht aus der Verantwortung gegenüber anderen entlassen werden dürfen. Dem Kant'schen Kategorischen Imperativ folgend gilt die soziale Universalverantwortung als oberste Handlungsmaxime für alle Entscheidungen, die als sittlich gut angesehen werden. Für Patienten ergibt sich daraus

gleichermaßen die Pflicht zur Auseinandersetzung mit ethischen Themen, um nicht Gefahr zu laufen, in Konfliktsituation wegen mangelnder Kompetenz aus der Entscheidung ausgeschlossen zu werden. Das Problem der inkompetenten Entscheidung auf Seiten des Patienten ist am Lebensende häufig ein entscheidendes Thema, da in dieser Situation beim Fehlen einer eindeutigen Anweisung (Patientenverfügung) der mutmaßliche Wille nur erahnt werden kann. Auch wenn unter Berücksichtigung und Anhörung der Vertrauenspersonen des Patienten die Eruiierung des Patientenwillens weitgehend möglich erscheint, bleibt es letztlich bei dessen unvollständiger Beachtung. Diese Tatsache scheint in den meisten Fällen nicht verwunderlich und wir haben uns daran bereits gewöhnt. Um diesen sogenannten „Entscheidungs dilemata“ (Dörner 2008) vorzubeugen, muss das Bewusstsein in der Bevölkerung für die teilweise Eigenverantwortlichkeit des Sterbens gefördert werden. Die Enttabuisierung des Todes muss vorangetrieben werden, damit ein angstfreier Dialog möglich wird. Die Voraussetzungen dafür sind in der ernstlichen Aufklärung des Patienten zu finden. Ebenso muss die Möglichkeit geschaffen werden, bei allem nötigen Respekt vor der *Würde* des Menschen das eigene Sterben zu thematisieren. Nicht bloß zwischen Arzt und Patient; die einzelnen klinischen Abteilungen müssen genauso miteinander kommunizieren wie das familiäre Umfeld des Betroffenen.

Die Autonomie des Patienten stellt ein zentrales Thema in Behandlungsfragen dar. Sie soll dem Patienten die letztgültige Entscheidung garantieren, in der Praxis ist dies häufig aber nicht der Fall. Wie können wir diesem Problem entgegensteuern? Durch die Verfeinerung des Denkens in ethischen Belangen sowie durch die Schaffung von *Raum und Zeit*, wo der *informed consent* - jene Einwilligung in die Behandlung nach ausführlicher Aufklärung – ausreichend berücksichtigt werden kann, ließe sich die Autonomie weitgehend wahren.

Der Schutz des Patienten vor strengen paternalistischen und autoritären Strukturen steht im Mittelpunkt dieser Diskussion. Die Gefahr der „Unterdrückung“ des Patientenwillens und damit die Vernachlässigung des Patientenwohls finden sich besonders im bereits vorgestellten Bereich der Intensivmedizin und gerade wenn es an das Sterben geht. Der Hinweis auf die Relevanz einer vorhandenen Patientenverfügung muss in der Gesellschaft entsprechend bekräftigt werden. Die Kenntnis von dieser Möglichkeit muss klar ersichtlich sein und ohne bürokratische Hindernisse für jedermann leicht zugänglich sein. Während meiner Tätigkeiten im Rahmen des „Pflichtpraktikums-Allgemeinmedizin“ (Mai/Juni 2009) an der Meduni Graz wurde mir bewusst, dass nur ein geringer Teil der Patienten sich

über eine klare Regelung zum eigenen Sterbeprozess Gedanken macht. Viele der befragten Patienten wussten überhaupt nicht über die Möglichkeit einer verbindlichen Patientenverfügung Bescheid. Andere kritisierten den hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand.

Eine detaillierte Anleitung zum Vorgehen bei der Erstellung einer Patientenverfügung gibt der *Dachverband HOSPITZ ÖSTERREICH* unter [www.hospitz.at](http://www.hospitz.at). Hier kann ebenfalls das Patientenverfügungsgesetz aus dem Jahre 2006 eingesehen werden, welches eindeutig zwischen beachtlicher und verbindlicher Verfügung unterscheidet.

Es liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes, die Aufmerksamkeit seiner Patienten auf dieses Thema zu lenken. Vor dem Respekt der Autonomie und Würde des Gegenübers sollten die Themen Tod und Sterben zuallererst auf der Beziehungsebene angesprochen werden, lange noch bevor über konkrete handlungsleitende Fragen entschieden wird.

*„Wir regeln den Eintritt ins Leben, es wird Zeit, dass wir auch den Austritt regeln.“*

(Max Frisch, Tagebuch 1966-1971)

## Literaturverzeichnis

- Ankermann, E. (2004). *Sterben zulassen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press, Inc.
- Bernstein, O. (1907). *Die Bestrafung des Selbstmords und ihr Ende*. Breslau.
- Binding, K., & Hoche, A. (1920). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*. Leipzig.
- Christliche Internet dienst GmbH. (1996). *bibel-online.net*.  
Abgerufen am 23. 06 2010 von <http://www.bibel-online.net/buch/45.roemer/14.html#14,1>
- Deichgräber, K. (1983). *Der hippokratische Eid* (4. erweiterte Auflage). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Deutscher Bundestag (2010). *Deutscher Bundestag: 1. Die Grundrechte*.  
Abgerufen am 21.04.2010 von  
[http://www.bundestag.de/dokumente/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg\\_01.html](http://www.bundestag.de/dokumente/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01.html)
- Deutscher Bundesgerichtshof. (1994). *Urteil vom 13.09.1994 - 1 StR 357/94*.  
Abgerufen am 02.06.2010 von  
<http://www.hrr-strafrecht.de/hrr/1/94/1-357-94.php>
- Dörner, K. (2008). Alles dreht sich um den autonomen Patienten, aber was ist ein guter Arzt? - Ein ausgeblendeter Diskurs. In F. J. Illhardt (Hrsg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie* (S. 165-176). Berlin: LIT Verlag Dr.W.Hopf.
- Ehrhardt, H. (1965). Euthanasie. In H. Göppinger (Hrsg.), *Arzt und Recht, Medizinisch-juristische Grenzprobleme unserer Zeit*, Stuttgart.
- Fabrizy, E. E. (2010). *Strafgesetzbuch*. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.
- Geilen, G. (1968). *Das Leben des Menschen in den Grenzen des Rechts*. FamRZ
- Gillen, E. (2006). *Wie Ethik die Moral voranbringt*. Berlin: LIT Verlag.
- Herzog, R. (1986). Die Menschenwürde als Maßstab der Rechtspolitik. In H. Sessing, *Technologischer Fortschritt und menschliches Leben: Die Menschenwürde als Maßstab der Rechtspolitik* (Bd. VII, S. 23-32). München.
- Horstmann, R.-P. (1980). Menschenwürde. In J. Ritter, & K. Gründer (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. 5, (S. 124-1127). Basel.
- Irrgang, B. (1995). *Grundriss der medizinischen Ethik*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Jost, A. (1895). *Das Recht auf den Tod, Sociale Studie*. Göttingen.

- Kaiser Karl, V. (1826). *Peinliche Gerichtsordnung*. Abgerufen am 20. 06 2010 von: [http://books.google.at/books?id=4wJBAAAACAAJ&pg=PR11&dq=bambergische+peinliche+gerichtsordnung&hl=de&ei=2AAeTKD3HNyM\\_AbaydHNDQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDMQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false](http://books.google.at/books?id=4wJBAAAACAAJ&pg=PR11&dq=bambergische+peinliche+gerichtsordnung&hl=de&ei=2AAeTKD3HNyM_AbaydHNDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CDMQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false)
- Kant, I. (1797). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Abgerufen am 06. 06 2010 von <http://books.google.de/books?id=mawUAAAAQAAJ&printsec=frontcover&dq=kant+sitte+n&cd=1#v=onepage&q&f=false>
- Kaspar, W. (2009). *Lexikon für Theologie und Kirche*. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.
- Keller, M. (2008). Aufklärung und informed consent: Grenzen der Selbstbestimmung. In F. J. Illhardt (Hrsg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie* (S. 21-33). Münster: LIT Verlag.
- Kielstein, R., & Sass, H. M. (1995). *Wertanamnese und Betreuungsverfügung* (3. Auflage). Bochum: Zentrum für medizinische Ethik.
- Ladd, J. (1989). The good doctor and the medical care of Children. In L.M. Kopelman, & J.C. Moskop (eds.) *Children and Health Care: Moral and Social Issues*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Lenk, H. (1992). *Zwischen Wissenschaft und Ethik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Mitscherlich, A., & Mielke, F. (1962). *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses* (2. Ausg.). Hamburg.
- Mittermaier. (1861). *Die Beihilfe zum Selbstmord und die Tötung eines Einwilligenden nach dem gegenwärtigen Standpunkte der Gesetzgebung, Rechtsprechung und Wissenschaft geprüft*. Archiv für Preussisches Strafrecht 9.
- Oduncu, F. (2008). Geschichte und Bedeutung des Begriffs Sterbehilfe. In T. Junginger, A. Perneckzy, C. Vahl, & C. Werner (Hrsg.), *Grenzsituationen in der Intensivmedizin* (S. 229-235). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Oduncu, F. (2007). *In Würde sterben*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sass, H. M., & Kielstein, R. (1999). *Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis* (5. Ausgabe). Bochum: Zentrum für medizinische Ethik.
- Sass, H.-M. (2000). Sterbehilfe in der Diskussion. Zur Validität und Praktikabilität wertanamnestischer Betreuungsverfügungen. In H. Kreß, & H.-J. Kaatsch (Hrsg.), *Menschenwürde, Medizin und Bioethik* (S. 89-114). Münster: LIT Verlag.
- Schwartländer, J. (1998). Menschenwürde/Personenwürde. In W.Korff, L.Beck, P.Mikat (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd.2, Gütersloh
- Schumann, E. (2006). *Dignitas - Voluntas - Vita*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Werner, M. H. (2004). Menschenwürde in der bioethischen Debatte - Eine Diskurstopologie. In M. Kettner (Hrsg.), *Biomedizin und Menschenwürde* (1. Ausgabe), S. 191-220). Frankfurt am Main: Shurkamp Verlag.