

J. Vollmann
Institut für Geschichte der Medizin, FU Berlin

Einwilligungsfähigkeit als relationales Modell

Klinische Praxis und medizinethische Analyse

Zusammenfassung

Die Aufklärung und Einwilligung von Patienten in der Psychiatrie gilt heute als allgemein akzeptierter rechtlicher und ethischer Standard. In der Praxis stößt das Konzept jedoch an Grenzen, wenn Patienten aufgrund ihrer psychischen Störung die Einwilligungsfähigkeit verlieren. Die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit zur medizinischen Behandlung oder zur Teilnahme an wissenschaftlichen Studien ist besonders in der Psychiatrie schwierig. Neue empirische Untersuchungen mit klar definierten Standards weisen auf einen erheblichen Anteil nicht einwilligungsfähiger Patienten in der Psychiatrie hin. Hieraus resultiert für den Psychiater die schwierig medizinethische Abwägung zwischen Patientenselbstbestimmung und Patientenwohl, bei der das relationale Modell der Einwilligungsfähigkeit in Theorie und Praxis helfen kann.

Schlüsselwörter

Patientenaufklärung · Einwilligungsfähigkeit · Relationaler „informed consent“ · Ethik in der Psychiatrie

Autonomie versus Paternalismus

In der Medizin gilt es heute als allgemein anerkannter Standard, dass medizinische Eingriffe erst nach Einwilligung des vorher durch den Arzt aufgeklärten Patienten durchgeführt werden können. Diese Forderung nach Aufklärung und Einwilligung (informed consent) [5, 24, 25] soll die Selbstbestimmung des Patienten in der Medizin stärken und den Kranken vor paternalistischer Bevormundung durch den Arzt schützen.

Die Vorstellung eines aufgeklärten Patienten, wie sie dem Informed-consent-Konzept zugrunde liegt, stößt in der klinischen Praxis, insbesondere in der Psychiatrie, auf Probleme. Einerseits wird das Konzept als Folge einer einseitig autonomiedominierten Medizinethik kritisiert, das in der medizinischen Praxis zu einer Überbewertung kognitiver Aspekte bei gleichzeitiger Vernachlässigung emotionaler und subjektiver Faktoren führt. In der Beziehung zwischen Arzt und Patient spielen nicht nur Rationalität und Selbstbestimmung von „Vertragspartnern“ eine Rolle, sondern auch intersubjektive Faktoren wie z. B. Vertrauen, Sorge und Fürsorge. Für das Heilen haben gerade diese zwischenmenschlichen Aspekte große Bedeutung und müssen in einer medizinethischen Theorie umfassender berücksichtigt werden [15, 16, 23]. Subjektive, voluntative, emotionale Faktoren und zwischenmenschliche Beziehungsaspekte spielen bei der

Aufklärung und Einwilligung eine von der ethischen Theorie häufig nicht ausreichend beachtete Rolle und müssen daher in der Praxis des Prozesses der Aufklärung und Einwilligung verstärkt berücksichtigt werden.

Auf der anderen Seite kritisieren Vertreter eines „concept of choice“ [22] die unzureichende Selbstbestimmungsmöglichkeit des Patienten im Konzept des „informed consent“. Hierbei würde dem Autonomie-Prinzip nicht genügend Geltung verschafft, weil dem Konzept der Aufklärung und Einwilligung ein verdeckter Paternalismus zugrunde liegen würde. Bei der „Einwilligung“ hätte der Patient nur eine Auswahl zwischen den vom Arzt vorgegebenen Behandlungsalternativen, aber keine wirklich gleichberechtigte Entscheidungspartnerschaft mit einer freien Auswahlmöglichkeit zwischen allen verfügbaren Optionen. Unter „Paternalismus“ wird in der Medizinethik ein Verhalten des Arztes verstanden, das sich in konkreten Situationen über den geäußerten Willen des Patienten hinwegsetzt. Als Legitimation für ein solches Verhalten des Arztes wird

Das Projekt wurde durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft gefördert (DFG Vo 625/1–3).

Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Vollmann
Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin,
Institut für Geschichte der Medizin der
FU Berlin, Klingsorstr. 119, 12203 Berlin,
E-Mail: vollmann@ukbf.fu-berlin.de

J. Vollmann

The ability of informed consent. Clinical practice and ethical analysis

Abstract

The doctrine of informed consent has become a legal and ethical standard in psychiatry today. However, ethical problems arise if patients lose the capacity to give informed consent due to their psychiatric disorders. Particularly in the field of psychiatry, the assessment of competence of informed consent to medical treatment and participation in clinical trials is a controversial issue. New empirical data suggest that a high percentage of psychiatric patients are incompetent according to defined standards for assessing their capacity to make treatment decisions. Assessing competence according to a sliding scale integrates the ethical principles of autonomy and beneficence and provides help in assessing competence in clinical practice.

Keywords

Informed consent · Competence · Capacity · Sliding scale · Ethics in psychiatry

Übersicht

das traditionelle ärztliche Fürsorgeethos (salus aegroti suprema lex) angeführt, das über dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten stehe.

In der gegenwärtigen medizinethischen Debatte wird zwischen einem sog. „starken“ und einem „schwachen Paternalismus“ unterschieden ([6], Übersicht s. [1]) und versucht durch, verschiedene medizinethische Zwischenpositionen [12, 13, 14, 18, 19] das Spannungsverhältnis zwischen Patientenautonomie und Paternalismus auszugleichen. Unter einem „starken Paternalismus“ wird ein Hinwegsetzen des Arztes über den eindeutig geäußerten Willen des autonomen Patienten verstanden, was von der Mehrheit der Autoren abgelehnt wird [20]. Differenzierter stellt sich die Debatte zum „schwachen Paternalismus“ dar. Hierunter werden Situationen verstanden, in denen Willensäußerungen von Patienten fragliche autonome Entscheidungen darstellen („natürlicher“ versus „autonomer“ Wille) und der Arzt sich auf das „Wohl“ und das „beste Interesse“ des Kranken beruft. Diese Situation tritt häufig bei psychisch Kranken (z. B. demente, schizophrene, schwer depressive Patienten) auf, die aufgrund ihrer psychischen Störung nicht mehr selbstbestimmt entscheiden können. In dieser klinischen Situation ist es medizinethisch strittig, ob der Selbstbestimmung des Patienten ein Eigenwert zukomme oder die Patientenautonomie vielmehr als Teil einer umfassenden Konzeption von Patientenwohl zu verstehen sei, die dem Arzt auch die Möglichkeiten einräumen müsse, in Einzelfällen entgegen fraglich autonomer Willensbekundungen des Kranken zu dessen Wohl zu entscheiden [20].

Einwilligungsfähigkeit

Unabhängig davon, ob man in dieser Debatte die Autonomie-Seite vertritt, also argumentiert, dass der Selbstbestimmung des Patienten in jedem Fall ein Eigenwert zukomme, der ethisch als höchstes Gut zu respektieren sei, oder einen schwachen Paternalismus vertritt, stellt sich für beide ethischen Positionen die Frage der Selbstbestimmungs- bzw. Einwilligungsfähigkeit des Patienten, der z. B. an einer psychischen Störung leidet. Denn für die Autonomie-Position ist es entscheidend zu wissen, ob ein individueller, dementer Patient in einer konkre-

ten Situation selbstbestimmungsfähig ist. Für die Position eines schwachen Paternalismus muss ebenfalls eine Grenzangabe erfolgen, ab der die Selbstbestimmungsfähigkeit eines Patienten so fraglich geworden ist, dass der Arzt die dann nicht mehr autonome Willensbekundung („natürlicher Wille“) zugunsten des Wohls und besten Interesses des Kranken übergehen darf.

Aus diesen medizinethischen Überlegungen ergibt sich für die medizinische Praxis die Notwendigkeit einer möglichst objektiven und gültigen Feststellung der Einwilligungsbzw. Selbstbestimmungsfähigkeit des Kranken, womit in der Klinik zumeist der Psychiater beauftragt wird. Die Arbeitsgruppe um den amerikanischen Psychiater Appelbaum hat auf der Grundlage dieser medizinethischen Konzeption einen Test zur praktischen Feststellung der Einwilligungsfähigkeit (MacArthur treatment competence test MACT) entwickelt und empirische Untersuchungen der Einwilligungsfähigkeit von schizophrenen, depressiven und kardiologischen Patienten sowie von gesunden Probanden durchgeführt. Zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit wurden die Fähigkeiten Informationsverständnis (understanding), schlussfolgerndes Denken (reasoning), Fähigkeit zum Treffen und Kommunizieren einer Entscheidung (ability to express a choice) und Krankheitseinsicht (appreciation of disorder) geprüft. Aus der Gruppe der schizophrenen Patienten waren die meisten Kranken einwilligungsunfähig (52%), gefolgt von depressiven (23,9%) und Angina-pectoris-Patienten (12,2%). Selbst unter den gesunden Probanden waren 4% einwilligungsunfähig. Innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen lagen große Unterschiede vor, so waren z. B. die Mehrheit der schizophrenen Patienten einwilligungsunfähig, einzelne schizophrene Patienten erreichten jedoch gute Testergebnisse [8]. Insgesamt fällt der relativ hohe Anteil der nicht einwilligungsfähigen Patienten bzw. Probanden in allen Subgruppen auf.

Eine theoretisch fundierte und methodisch differenzierte Untersuchung der Einwilligungsfähigkeit führt zu hohen Anteilen an nicht selbstbestimmungsfähigen Personen. Eine möglichst differenzierte Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit führt in der Praxis demnach zu einem höheren Anteil an selbst-

bestimmungsunfähigen Personen, was der ursprünglichen medizinethischen Zielsetzung, möglichst die Selbstbestimmung der Patienten zu schützen, widerspricht. Dieses Resultat gerät in Konflikt mit der medizinethischen Grundregel, erwachsene Personen grundsätzlich als selbstbestimmte Wesen anzuerkennen, wobei Selbstbestimmungsunfähigkeit den explizit zu begründenden Ausnahmefall darstellt [9]. Grundsätzlich kommt jedem (erwachsenen) Menschen das Recht auf Selbstbestimmung und freie Entfaltung seiner Persönlichkeit zu. Deshalb sind zu hoch angesetzte Standards zur Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit in der Literatur als verdeckter Paternalismus kritisiert worden [20]. Aus medizinethischer Sicht muss an der MACT-Studie kritisiert werden, dass die Grenzziehung zwischen selbstbestimmungsfähig und -unfähig im Einzelfall nicht nach inhaltlichen, ethischen Kriterien, sondern in einem statistischen Verfahren (mehr als 2 Standardabweichungen) festgelegt wurde. Dabei wird übersehen, dass es sich bei der Feststellung von Einwilligungsunfähigkeit eben nicht nur um einen empirischen Test (deskriptive Ebene), sondern auch um eine Wertentscheidung (normative Ebene) handelt.

Relationale Einwilligungsfähigkeit

Dem Vorwurf des verdeckten Paternalismus durch zu hohe Standards zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit wurde durch ein gestuftes Vorgehen entgegengetreten, was besonders in der psychiatrischen Praxis Bedeutung hat [4, 7, 10, 11]. Helmchen und Mitarbeiter haben für den medizinethisch schwierigen Bereich der Forschung mit dementen Kranken ein relationales Modell der Einwilligungsfähigkeit vorgeschlagen. Die dementielle Erkrankung, die Einwilligungsfähigkeit, die Nutzen-Risiko-Abwägung und die Regelungen zum Schutz der Kranken werden nicht als starre Kategorien, sondern als skalierte Dimensionen definiert, die beim einzelnen Patienten bezüglich konkreter Einwilligungssituationen unterschiedlich sein können. Die Schwelle der Einwilligungsfähigkeit wird dabei in Abhängigkeit vom Nutzen-Risiko-Verhältnis des jeweiligen medizinischen Eingriffs festgelegt. Besteht ein hoher Nutzen bei geringem Risiko für den Patienten, liegt die

Schwelle zur Einwilligung niedrig, d. h. es müssen nur geringe Standards bei der Feststellung der Einwilligungsunfähigkeit erfüllt werden. Umgekehrt muss ein Patient oder Proband zur Einwilligung in einen risikoreichen Eingriff höhere Anforderungen bei der Prüfung der Einwilligungsfähigkeit erfüllen. „Danach ist die Einwilligungsfähigkeit in erster Linie durch Verständnisfähigkeit, aber auch durch Begründungs- und Entscheidungsfähigkeit definiert. Weiterhin wird funktionalen Kriterien, z. B. der aktuellen psychischen Leistungsfähigkeit, Vorrang vor Statuskriterien, z. B. Diagnose, gegeben. Auch wird darauf hingewiesen, dass nur die Einwilligungsfähigkeit umschrieben für bestimmte Sachverhalte oder relativ in Bezug auf die Konsequenzen erhalten bzw. aufgehoben sein kann, wenn etwa ein bestimmter Patient in Bezug auf eine relativ risikolose Medikation durchaus, hingegen in Bezug auf die Amputation einer gangränösen Extremität als nicht einwilligungsfähig betrachtet werden muss“ ([10], S. 87).

In dieser relationalen Konstruktion von Einwilligungsfähigkeit wird die Grenze zwischen Einwilligungsfähigkeit und Einwilligungsunfähigkeit als dynamisches Geschehen verstanden, wobei die Einwilligungsfähigkeit beim individuellen Patienten für einen konkreten Einwilligungssachverhalt zu einem bestimmten Zeitpunkt festgestellt wird. Dieses dimensionale, dynamische Modell trägt dem zeitlich fluktuierenden Verlauf und den unterschiedlichen Ausprägungen von dementiellen und anderen psychischen Störungen Rechnung und berücksichtigt den in der psychiatrischen Praxis häufig wechselnden psychischen Zustand der Patienten bei der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit. Weiterhin kann die oben aufgeworfene, schwierige Grenzziehung bei der Einwilligungsfähigkeit des individuellen Patienten dadurch gelöst werden, dass nicht pauschal nach statistischen Kriterien (z. B. 2 Standardabweichungen im MACT), sondern individuell nach dem jeweiligen Sachverhalt, in den eingewilligt werden soll, entschieden wird. Durch das relationale Vorgehen wird die Selbstbestimmungsfähigkeit des Kranken geschützt, denn auch der in seiner psychischen Leistungsfähigkeit eingeschränkte Patient ist danach für bestimmte Entscheidungen in verschiedenen Lebensbereichen selbstbestimmungsfähig. Da-

her ist die Kritik eines verdeckten Paternalismus durch zu hohe Standards zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit beim relationalen Informed-consent-Konzept nicht berechtigt. Vielmehr bemüht sich die relationale Konzeption von Einwilligungsfähigkeit um eine möglichst geringe Einschränkung der Selbstbestimmung des Kranken, da sie diese nur dort eingeschränkt, wo es wegen des gesundheitlichen Interesses (Nutzen-Risiko-Abwägung) des Patienten ethisch geboten erscheint.

Medizinethische Probleme

Die Gefahr eines verdeckten Paternalismus besteht aber in einem anderen Aspekt der relationalen Konzeption von Einwilligungsfähigkeit. Die Einwilligungsunfähigkeit wird nicht nur in dynamischer Abhängigkeit von der psychischen Leistungsfähigkeit, sondern in Relation zu einem äußeren Kriterium, der „objektiven“ (in der Regel vom Arzt beurteilten) Nutzen-Risiko-Abwägung, festgelegt. Das ethische Problem bei diesem Vorgehen muss darin gesehen werden, dass Nutzen und Risiko eines medizinischen Eingriffs nicht notwendigerweise mit den Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit korrelieren. Die selbstbestimmte Einwilligung in einen sehr risikoreichen medizinischen Eingriff mit unsicherem Nutzen kann im Einzelfall geringere Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit stellen als z. B. ein wenig risikoreicher Eingriff mit einer Vielzahl zu bedenkender alternativer Behandlungsmaßnahmen. Einwilligungsfähigkeit, d. h. Fähigkeit zum Informationsverständnis, zum schlussfolgernden Denken und Anwenden der medizinischen Informationen unter Einbeziehen von Alternativen auf die eigene Lebenssituation, hängt nicht notwendigerweise vom Nutzen-Risiko-Verhältnis des Eingriffs ab. Bei der relationalen Konzeption der Einwilligungsfähigkeit wird dagegen von einem solchen Zusammenhang ausgegangen und damit, medizinethisch gesprochen, die Patientenselbstbestimmung (Autonomie-Prinzip) den Geboten von ärztlicher Fürsorge (Beneficence-Prinzip) und Schadensvermeidung (Non-maleficence) untergeordnet. Hier besteht die Gefahr eines verdeckten schwachen Paternalismus, denn der Arzt kann durch seine Einschätzung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses eines Eingriffes in-

direkt die Autonomie des Patienten durch die relationale Einwilligungsfähigkeitsfeststellung beeinträchtigen.

Vielmehr muss zwischen Einsichtsfähigkeitskriterien (die sich nicht ändern dürfen) und Einsichtsfähigkeitstests, die ggf. schwieriger gemacht werden können, differenziert werden. „The sliding-scale strategy is generally a sound protective device, but we risk confusion about the nature of both competence judgments and competence itself unless some conceptual and moral difficulties can be resolved. This position suggests that a person's competence to decide is contingent upon the decision's importance or upon some harm that might follow from the decision. But this position seems questionable. A person's competence to decide whether to participate in cancer research does not depend upon the decision's consequences. As risks increase or decrease, we can legitimately escalate or reduce the rules or measures we use to ascertain whether somebody is competent; but in formulating what we are doing, we need to distinguish between our modes of ascertainment and the person's competence“ ([2], S. 139f). Diese Gefahr besteht im klinischen Alltag der Psychiatrie, wenn bereits der bloße Widerspruch des Patienten gegen einen ärztlichen Behandlungsvorschlag als eine durch das relationale Informed-consent-Modell zu relativierende Willensäußerung betrachtet wird, ohne den Selbstbestimmungsaspekt kritisch zu prüfen.

Beauchamp u. Childress [2] schlagen daher eine Differenzierung in Kriterien der Einwilligungsfähigkeit (criteria of competence) und Standards der Einwilligungsfähigkeit (standards of competence) im Hinblick auf pragmatische Richtlinien vor. „Two senses of *standard of competence* need to be distinguished. In one sense, *criteria* of competence are at stake – that is, the conditions under which a person is or is not competent. In a second sense, *standard of competence* refers to the *pragmatic guidelines* we use to determine competence. For example, a mature teenager could be competent to decide about a kidney transplant (satisfying criteria of competence) but could be legally incompetent by virtue of age (failing pragmatic guidelines). In a more complicated case, a person with locked-in syndrome (involving total inability to communicate) is able to decide about medical care, satisfying criteria of com-

petence, and yet fails to communicate adequately, thereby indicating through a test that the person is incompetent (failing pragmatic guidelines)“ ([2], S. 140). Die Autoren verwechseln bei ihrer Kritik am relationalen Konzept der Einwilligungsfähigkeit (sliding-scale-strategy) Geschäftsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit. Im Beispiel des reifen Teenagers spielen nach dem Konzept der individuellen Einwilligungsfähigkeit eines Patienten bezüglich eines konkreten Eingriffs (hier Nierentransplantation) formale Richtlinien wie z. B. Geschäftsfähigkeit nicht die entscheidende Rolle. Die Stärke des relationalen Konzepts der Selbstbestimmungsfähigkeit liegt gerade darin, dass es sich zugunsten einer individuellen und situationsbezogenen Feststellung der Einwilligungsfähigkeit von solchen „pragmatic guidelines“ möglichst unabhängig macht. Auch im Beispiel des Patienten mit Locked-in-Syndrom müssen wir lediglich eine angemessene Form der Kommunikation bzw. der klinischen Testung wählen, um die Einwilligungsfähigkeit untersuchen zu können.

Hingegen ist der Kritik von Beauchamp u. Childress, dass Einwilligungsfähigkeit nicht notwendigerweise mit dem Nutzen-Risiko-Verhältnis eines medizinischen Eingriffs korreliert, grundsätzlich zuzustimmen. „But the level of competence to decide does not increase as the risk of an outcome increases. It is confusing to bend the complexity of difficulty of a task with the risk of a decision. No basis exists for believing that risky decisions require more ability at decisionmaking than less risky decisions. To the contrary, a solid basis exists for believing that many non-risky decisions require more ability at decisionmaking than many risky decisions“ ([2], S. 140f). Im Extremfall könnte dies zu einer Situation führen, in der eine Person zwar bezüglich Finanzen, Kindererziehung und anderer Lebensbereiche selbstbestimmungsfähig (competent) ist, im Krankenhaus jedoch wegen des ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnisses gegen seinen Willen aufgenommen und behandelt werden könnte. In dieser Situation ist die „sliding-scale strategy“ inkohärent ([2], S. 141). Hier kann ein verdeckter Paternalismus vorliegen, da dieses Verständnis die Selbstbestimmung des Kranken (Autonomie-Prinzip) seinem gesundheitlichen Wohl aus ärztlicher Sicht (Beneficence-Prinzip) stillschweigend unterordnet.

Aus medizinethischer Sicht muss daher die nicht explizit gemachte Vermischung von gerechtfertigtem Paternalismus (Beneficence-Prinzip) mit der Schwelle zur Feststellung von Einwilligungsunfähigkeit (Autonomie-Prinzip) kritisiert werden.

„The sliding-scale strategy seems, then, to be incoherent. Inadequate distinctions lead to a conflation of riskiness and complexity as well as conflation of criteria for justified paternalism and standards of competence. These problems can be avoided by holding that the level of evidence for determining competence should vary in accordance with risk, although competence itself varies only along a scale of difficulty in decisionmaking. Brock and Buchanan insist that the required level of decision-making competence should be placed on a sliding scale from low to high in accordance with risk, but we recommend that only the required standards of evidence for determining decisionmaking competence should be placed on a sliding scale (in accordance with risk). It follows that judgments about whether to override patients' decisions should be distinguished from questions of whether the patients are competent. Paternalism has a valid place in medicine (...), but its place is not in fixing criteria of competence (...). In any event, the issue of justified paternalism should be distinguished from criteria of competence, so as to avoid situations in which we decide that a patient's decision is too risky and that he or she is therefore incompetent“ ([2], S. 141).

Klinische Konsequenzen

Starre Einwilligungsstandards helfen nicht weiter

Auf theoretischer Ebene ist eine klare konzeptionelle Trennung zwischen Einwilligungsfähigkeit (competence) und gerechtfertigtem Paternalismus (justified paternalism) sinnvoll. Die Vermengung beider Bereiche kann zu ethisch fragwürdigen Konsequenzen führen.

In der Praxis stehen Selbstbestimmung und Wohl des Patienten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in einem engen Zusammenhang, der bei der Feststellung von Einwilligungsfähigkeit deutlich wird. Hier hilft der Vorschlag

von Beauchamp und Childress, dass nur der Grad an Sicherheit über die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit (required standards of evidence for determining decisionmaking competence) und nicht das Nutzen-Risiko-Verhältnis des medizinischen Eingriffs selbst Berücksichtigung finden soll, nicht weiter. Denn in der psychiatrischen Praxis wird generell von der Einwilligungsfähigkeit eines Patienten ausgegangen.

Die Frage der Einwilligungsfähigkeit stellt sich nur, wenn zwischen Patient und Arzt unterschiedliche Einschätzungen über die medizinischen Maßnahmen bestehen und daraus ein erheblicher aber vermeidbarer Gesundheitsschaden für den Patienten entsteht. In Situationen, in denen Arzt und Patient nicht übereinstimmen, hieraus jedoch keine erheblichen Konsequenzen bezüglich Nutzen und Schaden für den Kranken erwachsen, wird sich die Frage der Einwilligungsfähigkeit in dieser Form gar nicht stellen. Vielmehr wird der Arzt der Entscheidung des Patienten folgen, selbst wenn diese nach seiner ärztlichen Einschätzung nicht die für das gesundheitliche Wohl des Kranken beste darstellt. Daher hilft der o. g. Vorschlag von Beauchamp und Childress bei klinisch relevanten, schwierigen Entscheidungen über medizinische Eingriffe nicht weiter.

Für diese medizinethisch schwierigen Entscheidungsdilemmata müssen in der Praxis Standards gefunden werden, mit denen die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten individuell und auf eine konkrete gesundheitliche Entscheidung bezogen möglichst objektiv und transparent festgestellt werden kann. Hier helfen keine starren Einwilligungsstandards, sondern die Einwilligungsfähigkeit muss, wie oben dargelegt, relational bestimmt werden.

„Because the appropriate level of competence properly required for a particular decision must be adjusted to the consequences of acting on that decision, no single standard of decision-making competence is adequate. Instead, the level of competence appropriately required for decision making varies along a full range from low/minimum to high/maximal (...). The greater the risk relative to other alternatives (...) the greater the level of communication, understanding, and reasoning skills required for competence to make that decision“ ([4], S. 52ff).

Interagieren medizinethischer Prinzipien

Das relationale Konzept von Einwilligungsfähigkeit stellt daher trotz der o. g. theoretischen Probleme für die psychiatrische Praxis ein wichtiges Instrument zum ethisch begründeten Handeln des Psychiaters in schwierigen Entscheidungssituationen dar. Dabei reicht eine ausschließlich aus der Autonomie-Perspektive theoretisch konzeptionalisierte Feststellung der Einwilligungsfähigkeit nicht aus. Die empirische Operationalisierung und Testung der Einwilligungsfähigkeit auf diesem theoretischen Hintergrund zeigt, dass eine ethisch befriedigende Abgrenzung der Einwilligungsunfähigkeit allein auf der Autonomie-Seite nicht durchführbar ist (MACT). Das relationale Informed-consent-Modell verbindet dagegen die Dimensionen psychische Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten und Nutzen-Risiko-Abwägung und integriert damit die meist konträr diskutierten medizinethischen Prinzipien „Respekt vor der Autonomie des Patienten“ und die Pflicht zur Fürsorge (Beneficence) und zur Schadensvermeidung (Nonmaleficence).

Im konkreten Einzelfall muss deshalb das Autonomie-Prinzip in Relation zum Beneficence- und Nonmaleficence-Prinzip gesetzt werden. Dabei wird an der aus dem Grundgedanken der Patientenautonomie abgeleiteten, medizinethischen Forderung nach Aufklärung und Einwilligung (informed consent) festgehalten, wobei bei der Feststellung der Einwilligungsunfähigkeit im Einzelfall individuell und situationsbezogen Fürsorge- und Nichtschaden-Prinzip relational mitwirken. Die genannten medizinethischen Prinzipien interagieren miteinander, ohne dass von einer einfachen Über- oder Unterordnung des einen über das andere Prinzip gesprochen werden könnte. In der Praxis muss dabei nicht von überhöhten Autonomiestandards (völlig selbstbestimmter, rational entscheidender Patienten) ausgegangen werden, sondern es kann durch ein abgestuftes Verfahren sowohl der Selbstbestimmung als auch dem Wohl des Patienten Rechnung getragen werden, was besonders für Patienten mit psychischen Störungen relevant ist. Bei dem relationalen Ansatz der Einwilligungsfähigkeitsfeststellung muss jedoch deutlich gemacht werden, dass dieser nicht ausschließlich aus dem Recht des

Patienten auf Selbstbestimmung (Autonomie-Prinzip), sondern auch aus dem Beneficence-Prinzip (gerechtfertigter Paternalismus) abgeleitet wird.

In der Vergangenheit wurde die medizinethische Frage der Aufklärung und Einwilligung von Patienten ausschließlich von der Autonomie-Seite konzeptionalisiert und untersucht. Hierfür können historische Gründe, wie z. B. die Notwendigkeit eines „informed consent“ durch ärztliches Fehlverhalten, besonders in der medizinischen Forschung, und Patientenforderungen nach mehr Information und Mitbestimmung bei der medizinischen Behandlung genannt werden. Die moderne Medizinethik beschäftigte sich zunächst überwiegend mit diesem neuen Aspekt. Der amerikanische Medizinethiker Veatch spricht in diesem Zusammenhang von einem „autonomy's temporary triumph“ [21] und der amerikanische Arzt und Medizinethiker Howard Brody schreibt zur einseitigen Beachtung der Autonomie gegenüber anderen medizinethischen Prinzipien: „The possibility that in a particular case other principles might be more compelling than autonomy was always left open. Still, the implicit message that most readers probably derived was that autonomy was really what the new ethics was all about. This view was quite natural; after all, values like beneficence and nonmaleficence were recognized in antiquity, and autonomy was the only really novel principle under discussion. Moreover, which principle is most important depends in large on who your enemy is, whose position you are struggling against. And the new ethics was univocal on that point: the enemy of ethical medicine was the paternalistic physician“ ([3], S. 48).

Die klinische Erfahrung von ausschließlich aus dem Autonomie-Prinzip abgeleiteten, medizinethischen Theorien und Regelungen haben gezeigt, dass die Lösung medizinethischer Probleme in der Praxis einen breiteren Ansatz benötigt. In den letzten Jahren ist die frühere dominierende Bedeutung des Autonomie-Prinzips in Frage gestellt worden. Das hier dargestellte und analysierte Modell eines relationalen „informed consents“ vermag diese Spaltung konzeptionell zu überwinden und leistet in der klinischen Praxis einen Beitrag zur gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient (idea of shared decision making, [17]).

Literatur

1. Beauchamp TL (1995) Paternalism. In: Reich WT (ed) *Encyclopedia of Bioethics*. Revised edition. Macmillan, New York, pp 1914–1920
2. Beauchamp TL, Childress JF (1994) *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. Oxford Univ Press, New York
3. Brody H (1992) *The healer's power*. Yale Univ Press, New Haven
4. Buchanan AE, Brock DW (1989) *Deciding for others: the ethics of surrogate decision making*. Cambridge Univ Press, Cambridge
5. Faden RR, Beauchamp TL (1986) *A history and theory of informed consent*. Oxford Univ Press, New York
6. Feinberg J (1971) Legal paternalism. *Can J Phil* 1:106–114
7. Fletcher JC, Dommel FW, Cowell DD (1985) A trial policy for the intramural programs of the National Institutes of Health: consent to research with impaired human subjects. *IRB* 7:1–6
8. Grisso T, Appelbaum PS (1995) Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *Am J Psychiatry* 152:1033–1037
9. Helmchen H (1986) Einwilligung. In: Müller C (Hrsg) *Lexikon der Psychiatrie*. 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 221–224
10. Helmchen H, Kanowski S, Koch HG (1989) Forschung mit dementen Kranken: Forschungsbedarf und Einwilligungsproblematik. *Ethik Med* 1:83–98
11. Helmchen H, Lauter H (Hrsg) (1995) *Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen? Analyse des Problemfeldes Forschungsbedarf und Einwilligungsproblematik. Vorgelegt von einem Arbeitskreis aus Psychiatern, Juristen, Theologen und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zum Thema „Forschungsbedarf und Einwilligungsfähigkeit bei psychisch Kranken“*. Thieme, Stuttgart
12. Leist A (1994) Patientenautonomie und ärztliche Verantwortung. *Z Ärztl Fortbild* 88:733–742
13. Miller FG (1993) The concept of medically indicated treatment. *J Med Phil* 18:91–98
14. O'Neill O (1984) Paternalism and partial autonomy. *J Med Ethics* 10:173–178
15. Pellegrino ED, Thomasma DC (1988) *For the patient's good. The restoration of beneficence in health care*. Oxford Univ Press, New York
16. Pellegrino ED, Thomasma DC (1993) *The virtues in medical practice*. Oxford Univ Press, New York
17. Quill TE, Brody H (1996) Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 125:763–769
18. Richter G (1992) Autonomie und Paternalismus – zur Verantwortung des medizinischen Handelns. *Ethik Med* 4:27–36
19. Savulescu J (1995) Rational non-interventional paternalism: why doctors ought to make judgments of what is best for their patients. *J Med Ethics* 21:327–331
20. Schöne-Seifert B (1996) *Medizinethik*. In: Nida-Rümelin J (Hrsg) *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung*. Ein Handbuch. Kröner, Stuttgart, S 553–648
21. Veatch RM (1984) Autonomy's temporary triumph. *Hastings Cent Rep* 14:38–40
22. Veatch RM (1995) Abandoning informed consent. *Hastings Cent Rep* 25:5–12
23. Vollmann J (1995) Fürsorgen und Anteilnehmen: ethics of care. *Medizinethische Materialien Bochum* Nr. 99
24. Vollmann J (2000) *Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie*. Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin. Steinkopff, Darmstadt
25. Vollmann J, Helmchen H (1997) *Aufklärung und Einwilligung (Informed Consent) in der klinischen Praxis*. *Dtsch Med Wochenschr* 122:870–873