

Ulrich Eibach und Klaus Schaefer

## Patientenautonomie und Patientenwünsche

### Ergebnisse und ethische Reflexion von Patientenbefragungen zur selbstbestimmten Behandlung in Krisensituationen

#### I. Ärztliche Ethik und der Wertewandel in unserer Gesellschaft

Das traditionelle ärztliche und pflegerische Handeln wollte in erster Linie dem Wohlergehen der Kranken dienen („salus aegroti suprema lex“). Das diesem Bemühen entsprechende Ethos der Fürsorge ist in eine Krise geraten. Die wesentlichsten Gründe dafür sind einmal der Zuwachs an medizinischer Verfügungsgewalt über das Leben (Intensivmedizin u. a.), der es fraglich werden läßt, ob all das, was medizinisch machbar ist, wirklich dem Wohlergehen von Patienten dient, und zum anderen die zunehmende Individualisierung der Lebens- und Wertvorstellungen in westlichen Industriegesellschaften<sup>1</sup>. Im Zuge dieses Wertewandels wird die Verwirklichung des Lebens nach eigenen Vorstellungen, die *Selbstbestimmung* über das eigene Leben zum vorherrschenden moralischen und rechtlichen Leitbegriff. Dem entspricht auf der Ebene der philosophischen Reflexion die These, daß die *autonome Selbstbestimmung* über das eigene Leben den zentralen Inhalt der *Menschenwürde* ausmacht. Diese wird teils bis zur Forderung nach einem Recht auf absolute Selbstverfügung über das eigene Leben (Selbsttötung, Tötung auf Verlangen) ausgedehnt. Religiöse und „metaphysische“ Auffassungen vom Menschen und seiner Würde, in denen der Mensch nicht als autonomer Herr seines eigenen Lebens, sondern primär unter dem Aspekt seiner bleibenden *Abhängigkeit* von Gott und den Naturbedingungen des Lebens und seinem *Angewiesensein* auf die Zuwendung der Mitmenschen betrachtet wird, werden zunehmend als Widerspruch zur zentralen Forderung nach autonomer Selbstbestimmung empfunden und entsprechend abgelehnt.

Unter diesen Voraussetzungen gerät auch das medizinische Handeln, das nicht durch eine autonome Entscheidung des Patienten begründet oder wenigstens eindeutig gedeckt ist, unter den Verdacht „paternalistischer Fremdverfügung“, eines letztlich entwürdigenden Behandlens als *Objekt* mehr oder weniger wohlmeinender *Fürsorge*. Die Rechtsprechung ist dieser Entwicklung gefolgt und hat immer mehr die alleinige Entscheidungsbefugnis der Patienten herausgestellt. Das führte zum ethischen und rechtlichen Grundsatz, daß nicht mehr das *Wohlergehen*, sondern der *Wille des Patienten* oberster Grundsatz ärztlichen und pflegerischen Behandlens zu sein hat. Infolgedessen wurde das Patienten-Arzt-Verhältnis zunehmend juristischen Vorschriften unterworfen. Dies zeigt sich nicht zuletzt an den juristischen Anforderungen an Aufklärungen. Da letztlich nur der Patient selbst wissen und darüber entscheiden kann, was die seinen Vorstellungen vom Leben am besten entsprechende Behandlung ist, müssen nun die Patienten „autonom“ darüber entscheiden. Die Aufgabe der Ärzte wird dabei im Grunde auf die Vermittlung medizinischer Sachinformationen beschränkt. Ein fachlich richtig und gut informierter Patient soll auf dieser Basis zu einer eigenständigen Entscheidung fähig sein („informed consent“)<sup>2</sup>. Derartige Aufklärungen tragen oft mehr zur zusätzlichen Ver-

unsicherung der Patienten bei, als daß sie ihnen zu einer eigenständigen Entscheidung verhelfen. Leitend ist dabei nicht selten ein „rationalistisches“ Verständnis vom Menschen, der selbst in lebensbedrohlichen und existenzerschütternden Lebenskrisen sein Leben noch „autonom“ und „rational“ beurteilt und über es verfügt.

Die Fortschritte der Medizin haben einerseits die Fiktion bestärkt, daß das Leben und auch das Sterben nach menschlichen Vorstellungen und Wünschen durchgehend planbar und „machbar“ sei. Gleichzeitig wächst die geheime oder offene Angst, daß diese Vorstellung von der Planbarkeit eine trügerische Illusion ist, daß der Mensch spätestens in schwerster Krankheit und im Sterben oft in seinen autonomen Fähigkeiten entmächtigt wird und daß dann etwas mit ihm gemacht wird, was er sich nicht wünscht. Eine Möglichkeit, dies zu verhindern, ist die Abfassung einer *Patientenverfügung* (PV), in der man seinen Willen vorsorglich schriftlich niederlegt. Derartige PV-Formulare stoßen vor allem bei „gesunden“ Menschen ohne ernsthafte längere Krankheitserfahrung auf Interesse. Durch eine PV soll die Angst vor einer Entmächtigung der Persönlichkeit im Sterben gemindert und sollen die möglichen unerwünschten Nebenfolgen des medizinischen Fortschritts ausgeschaltet werden. Viele PV-Formulare vermitteln die „Fiktion“ vom *menschenwürdigen*, weil *selbstbestimmten Sterben*<sup>3</sup>, und damit zugleich die ethisch sehr problematische Vorstellung, ein nicht selbstbestimmtes Sterben sei „minderwertig“ oder gar menschenunwürdig. Verschwiegen wird dabei oft, daß durch eine PV nur für bestimmte *Teilbereiche und Grenzsituationen des Lebens und Sterbens eine dem Willen des Patienten entsprechende hilfreiche Orientierung* gegeben, aber nicht ein durchgehend selbstbestimmtes Leben und Sterben abgesichert und nicht einmal dem Verlust der Selbstbestimmung vorgebeugt werden kann<sup>4</sup>. Dies ist schon allein deshalb nicht möglich, weil keiner vorweg genau absehen kann, wie sich seine Krankheit entwickelt und wie sie behandelt werden kann und soll. Die Realität kann sich auch bei bekannten Krankheitsbildern erheblich unterscheiden von den prognostizierten Möglichkeiten.

---

*Pfarrer Prof. Dr. theol. Ulrich Eibach*,  
Evangelisch-Theologische Fakultät der Universität Bonn  
und Klinikseelsorge, Universitätskliniken Bonn,  
Sigmund-Freud-Straße 25, D-53105 Bonn,  
und *Prof. Dr. med. Klaus Schaefer*, Ärztlicher Direktor,  
St. Joseph-Krankenhaus, Bäumerplan 24, D-12101 Berlin

---

- 1) Vgl. Eibach, Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in ethische Probleme der Biomedizin aus christlicher Sicht, 2000, S. 37 ff.
- 2) Vgl. Beauchamp/Walters (Hrsg.), Contemporary Issues in Bioethics, 4. Aufl. 1994, S. 142 ff.
- 3) Vgl. z. B. Uhlenbruck, Selbstbestimmtes Sterben durch Patienten-Testament, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, 1997.
- 4) Vgl. z. B. Beckmann, Ztschr. f. med. Ethik (ZME) 44 (1998), 143–156.

Auch die Ärzteschaft sieht sich durch diese Entwicklung herausgefordert, in ihrem Standesethos die Selbstbestimmung als entscheidende Legitimation ihres Handelns zu beachten. Daher hat sie in den Grundsätzen IV und V der „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung“<sup>5</sup> dem Selbstbestimmungsrecht von Patienten, ihrem ausgesprochenen, in PV vorweg niedergelegten oder auch ihrem nur „mutmaßlichen“ Willen die entscheidende Bedeutung für die medizinische Behandlung eingeräumt. In der Präambel und den Grundsätzen I–III werden jedoch die ärztlichen Verpflichtungen zur Fürsorge für das Wohlergehen und den Schutz des Lebens herausgestellt. Auf die Möglichkeit eines Konflikts zwischen dem Willen des Patienten und diesen Verpflichtungen wird jedoch nur insoweit eingegangen, als darauf verwiesen wird, daß der Patientenwille nur verbindlich ist, sofern er nicht der Rechtsordnung widerspricht (z. B. „aktive Sterbehilfe“)<sup>6</sup>.

Bei den philosophisch-juristischen Überlegungen geht man weitgehend von einer das ganze Leben bestimmenden und empirisch aufweisbaren *Entscheidungs- und Handlungsautonomie* aus. Es stellt sich allerdings die Frage, ob und inwieweit das ethische und rechtliche Postulat einer „autonomen“ Selbstbestimmung in Fragen medizinischer Behandlung die Möglichkeiten von Menschen, die sich in schweren Lebenskrisen befinden, nicht meistens überfordert, ob und inwieweit also die Patienten (ohne oder mit PV) die durch die Fortschritte der Medizin aufgeworfenen ethischen Verunsicherungen und Fragen selbstbestimmt zu lösen vermögen. Die entscheidenden Fragen sind also die, ob es tatsächlich bereits *ernsthaft kranken Menschen* in erster Linie auf ihre autonome Selbstbestimmung über ihr Leben und ihre autonome Entscheidung über ihre Behandlung ankommt, ob sie im Zustand des tatsächlichen Krankseins von ihren Ärzten nicht vielmehr etwas anderes als bloße medizinische Sachinformationen als Voraussetzung für eine mehr oder weniger autonome Entscheidung erwarten, ob und unter welchen Rahmenbedingungen sie überhaupt zu autonomen Entscheidungen über ihr Leben und die Art ihrer Behandlung bereit und fähig sind und ob sie solche Entscheidungen auch zugleich zur verpflichtenden Richtlinie ärztlichen und pflegerischen Handelns machen wollen. Die im Folgenden dargestellten Befragungen von Patienten im St. Joseph-Krankenhaus (Berlin-Tempelhof) gehen diesen Fragestellungen nach.

## II. Wie denken Patienten über eine Selbstbestimmung ihrer Behandlung und Patientenverfügungen

### 1. Ergebnisse von Patientenbefragungen

In einer ersten Untersuchung<sup>7</sup> erhielten Dialysepatienten des Krankenhauses einen Fragebogen mit sieben Fragen. Ausgegangen wurde dabei davon, daß im Grunde alle Dialysepatienten – wie wohl keine andere Gruppe von schwer- und todkranken Menschen – über den Verlauf ihrer Erkrankung und die Risiken im Bilde sind, also über die notwendigen Informationen und die Kompetenz verfügen, über die Art ihrer Behandlung in jederzeit möglichen Krisensituationen selbst zu entscheiden.

Von den 258 ausgeteilten Fragebögen wurden 69 aus unterschiedlichen Gründen nicht und 189 (73,2%) zurückgegeben, und zwar 67,2% namentlich und 32,8% anonym. Die Unterschiede zwischen den „namentlich“ und den „anonym“ abgegebenen Antworten waren nicht nicht groß.

Die Fragen lauteten:

1. „Patientenverfügungen“ (PV) lehne ich generell ab? Ja: 35% / Nein: 53% / Enthaltung: 11%
2. Für mich persönlich kommt eine PV nicht in Frage? 44/38/17
3. Ich bin sicher, daß die mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte die richtige Entscheidung für mich treffen? 73/17/10

4. Ich finde es wichtig, daß Entscheidungen über mein Leben in Grenzsituationen mit meinen Angehörigen/Freunden sowie den Ärzten/Pflegekräften gemeinsam besprochen werden? 88/6/6

5. Ich halte ein solches Gespräch zwischen mir, meinen Angehörigen und den behandelnden Ärztinnen/Ärzten für wesentlicher als eine schriftlich verfaßte PV? 78/13/9 (anonym: 93/5/2)

6. Ich bin daran interessiert, mehr über „PV“ zu hören und bitte deshalb um eine entsprechende Beratung? 17/66/17 (anonym: 8/81/11)

7. Ich habe bereits eine „PV“ erstellt und möchte, daß diese in jedem Fall von meinen behandelnden Ärztinnen/Ärzten respektiert wird? 5/79/15

Es ist erstaunlich, daß nur wenige dieser teils schon recht lange an der Dialyse behandelten Menschen eine „PV“ verfaßt haben (Frage 8), ein hoher Prozentsatz sie bewußt ablehnt (Frage 1) oder sie für sich selbst nicht in Betracht zieht (Frage 2). Das kann man verschieden deuten. Muß man annehmen, daß die Kranken trotz besseren kognitiven Wissens die Risiken und den ungefähr prognostizierbaren Verlauf ihrer Krankheit verdrängen? Im Zusammenhang mit den Antworten auf die Fragen 3, 4, 5 und 7 wird deutlich, daß die Patienten überwiegend über die Bedeutung von PV Bescheid wissen (Frage 7), daß sie ein die jeweilige Situation bedenkendes vertrauensvolles Gespräch mit den sie behandelnden Ärzten – gegebenenfalls gemeinsam mit ihren Angehörigen – für wichtiger halten als eine mehr oder weniger „autonome“ Entscheidung oder gar Vorwegentscheidung durch eine PV (Fragen 5, 4). Erwartet wird ein vertrauensvolles Beratungsgespräch mit den Ärzten und nicht deren Rückzug auf bloße medizinische Sachinformationen. Aus Frage 3 läßt sich wenigstens schließen, daß die meisten Patienten eigentlich wünschen, daß sie ihren behandelnden Ärzten so *vertrauen* können, daß nicht sie selbst Entscheidungen über ihre Behandlung fällen müssen, daß sie dies vielmehr den Ärzten überlassen möchten. Das ist sicher verschieden deutbar. Es kann z. B. Ausdruck dessen sein, daß die Patienten sich und ihre Angehörigen von derart schwerwiegenden Entscheidungen überfordert fühlen. Die Beantwortung der Frage spiegelt aber auch ein großes, offenbar auf Erfahrung beruhendes Vertrauen in die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte wider. Bei weniger guten Erfahrungen könnte die Beantwortung dieser und anderer Fragen anders ausfallen. Unabhängig davon vermitteln die Angaben uneingeschränkt die Erkenntnis, daß die weitaus meisten Patienten wünschen, daß sie ihren Ärzten so vertrauen können, daß diese und nicht sie selbst wesentliche Entscheidungen über die Art ihrer Behandlung fällen, daß sie am liebsten gar nicht mit diesem Entscheidungsdruck belastet werden möchten. Eine *autonome Selbstverfügung* ist ihnen mithin eindeutig weniger wichtig als eine *vertrauenswürdige Arzt-Patient-Beziehung*, in der davon ausgegangen werden kann, daß der Arzt aufrichtig darum bemüht ist, diejenige Behandlung zu suchen und zu wählen, die dem Wohl des Patienten am meisten dient. Dies schließt ein, daß Ärzte nicht nur die medizinischen Fakten, sondern auch die Persönlichkeit des Kranken und seine Lebenseinstellungen bei ihren Entscheidungen berücksichtigen, aber auch, daß die weitaus meisten Patienten ihren behandelnden Ärzten zutrauen, daß sie besser als sie selbst wissen, was ihrem Wohlergehen dient.

Dialysepatienten stellen eine „Sondergruppe“ von Kranken dar. Sie haben oft langjährige Beziehungen zu den gleichen Pflegekräften und Ärzten und können deshalb in besonderer Weise ein großes Vertrauen haben, daß diese

5) DÄBl. 95 (1998), A-2366–67.

6) Vgl. Eibach, Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und „lebensunwertes“ Leben, 1998, S. 261 ff.

7) Eibach/Schaefer, ZME 43 (1997), 261–272 (ausführliche Darstellung der Ergebnisse).

für sie in Krisensituationen die richtige Entscheidung treffen, sie also auf eine „Selbstbestimmung“ ihrer Behandlung durch vorsorgende Gespräche und PV verzichten können. Um zu prüfen, ob diese Einstellungen bei „normalen“ Krankenhauspatienten grundsätzlich anders sind, wurden daher in einer zweiten Untersuchung<sup>8</sup> 100 Patienten mit unterschiedlichen Krankheiten, einer teils „beachtlichen Krankheitskarriere“ und unterschiedlichen Alters (50 über 65 Jahre) einer allgemeinen internistischen Station (ohne Onkologie und Kardiologie) in Interviews (zwischen 10 und 90 Minuten Dauer) befragt. 4 Patienten hatten eine PV ausgefüllt, hauptsächlich weil sie Angst hatten, Behandlungen ausgesetzt zu werden, die ihnen unnötige Leiden bereiten. Weiteren 16 Patienten waren PV bekannt, 80 unbekannt. Signifikante Unterschiede zwischen den Antworten von über und unter 65-jährigen gab es nicht.

Nicht alle Patient/innen haben auf alle der vorgelegten Fragen geantwortet. Die für unsere Fragestellung entscheidenden Fragen lauteten:

1. Glauben Sie, daß Ihr behandelnder Arzt im Falle einer sehr schweren Situation die richtige Entscheidung für Sie treffen wird? Ja: 51 Patienten / Nein: 8 / Unentschieden: 21

2. Nehmen Sie das auch für den Fall an, daß es um eine Beatmung, Reanimation oder Dialyse geht, wo der Erfolg fraglich ist. 53/9/12

3. Glauben Sie, daß nahe Angehörige bzw. Freunde in solch einer Situation für Sie die richtige Entscheidung treffen werden? 56/14/7

4. Haben Sie mit Angehörigen, Freunden oder dem Hausarzt über ihre Auffassung gesprochen, wie Sie im Falle einer Entscheidungsunfähigkeit medizinisch behandelt und gepflegt werden wollen? Ja: 25 / Nein: 54

5. Haben Sie die Befürchtung, daß evtl. zu viele, evtl. sinnlose Intensivmedizinmaßnahmen an Ihnen vorgenommen werden? 19/59/4

6. Glauben Sie, daß Sie schon jetzt Entscheidungen, die ihr Lebensende betreffen, vornehmen sollten? 27/48/1

7. Könnten Sie die Patientenverfügung (vorgelegtes Muster) unterschreiben? 51/11/8

Zwei weitere Fragen bezogen sich auf die Art der Ernährung in Krisensituationen am Ende des Lebens.

Die Ergebnisse dieser Befragung bestätigen die aus der Befragung bei Dialysepatienten. Auch eine weitere, gerade erst beendete Befragung unter 50 Patienten mit *Krebserkrankungen* ergibt kein anderes Bild. Zwar können sich die weitaus meisten Patienten vorstellen, daß sie eine PV unterschreiben, doch sehen sie dazu jetzt noch keine Notwendigkeit, selbst Patienten im Stadium IV einer Krebserkrankung. Auffallend ist auch, daß das Bekanntsein und die Anerkennung der Wichtigkeit von PV und selbst der Besitz eines PV-Formulars nicht bedeutet, daß man es auch für sich in Anspruch nimmt, ausfüllt und unterzeichnet, und dies, obwohl man teils ernsthaft krank ist und durchaus mit schweren Komplikationen und lebensbedrohlichen Krisen rechnen kann. Beachtlich ist auch, wie wenige trotz teils langer und schwerer Erkrankung mit Angehörigen/Freunden und dem Hausarzt darüber gesprochen haben, wie sie, wenn sie entscheidungsunfähig sind, behandelt werden möchten. Erstaunlich ist ferner, wie wenige – trotz breiter öffentlicher Diskussion über die Intensivmedizin – große Befürchtungen vor ihr haben und darauf vertrauen, daß Ärzte und ihre Angehörigen/Freunde in Krisensituationen für sie die richtigen Entscheidungen fällen.

## 2. Kommentierung der ethisch und juristisch bedeutsamen Aspekte der Befragungen aus seelsorglicher Sicht

Die Ergebnisse der Befragungen widersprechen dem eingangs gekennzeichneten Trend zur *Selbstbestimmung* über das eigene Leben. Die philosophische und juristische Auffassung und Forderung, daß der Mensch selbst über die Art seiner Behandlung – auch in Krisensituationen – entscheiden will, kann und muß, entspricht nicht der Lebenseinstellung der Mehrheit der ernsthaft kranken Menschen. Die

Antworten zeigen, daß dies von den betroffenen Patienten überwiegend nicht gewünscht wird. Sie wären sicherlich anders ausgefallen, wenn man gesunde Menschen mit den entsprechenden Fragen konfrontiert hätte. Die Prognose ist mehr als berechtigt, daß dann ein viel höherer Prozentsatz sich im Falle entsprechender Erkrankungen für eine „autonome“ Entscheidung über die Art der Behandlung und für eine Abfassung und Verbindlichkeit von PV entschieden hätte.

Damit stoßen wir auf eine erste ethisch entscheidende Erkenntnis dieser Befragung. *Es besteht ein grundsätzlicher Unterschied, ob Menschen in gesunden Tagen und ohne die Erfahrung ernsthafter Erkrankung eine Verfügung über die Art ihrer Behandlung in schwerer Krankheit befürworten oder schon treffen oder ob sie in der existentiellen Betroffenheit durch eine schwere unheilbare Krankheit herausgefordert sind, über ihre Behandlung selbst zu entscheiden oder darauf zu verzichten.* Menschen mit längerer Krankheitserfahrung sehen die Risiken der Medizin offensichtlich weniger kritisch, mißtrauisch und angstbesetzt als „Gesunde“ und „Krankheits-Unerfahrene“. Sie ahnen, daß man letztlich nur in der Situation der persönlichen Betroffenheit durch eine schwere Krankheitskrise und nicht vorweg sagen kann, wie man dann behandelt werden und ob man diese Entscheidung ganz oder teilweise anderen, den Ärzten und/oder den Angehörigen überlassen möchte. Je mehr ein Mensch in einer schweren Krankheit erfährt, daß ihm die Kraft zuteil wird, mit einer zunehmend schwereren Belastung zu leben, und daß ihm geholfen wird, sie zu tragen, um so mehr schwindet die Sorge und Angst, er könnte daran zerbrechen und verzweifeln, er werde von anderen im Stich gelassen, nur als „Objekt“ medizinischer Behandlung betrachtet, ihm würden unnötige Leiden ohne Aussicht auf Erfolg aufgebürdet.

Dennoch ist es wahrscheinlich einseitig, die Ergebnisse der Befragung nur als Beweis für das *Vertrauen* der Patienten in die Medizin und Ärzte zu deuten, das durch bisherige Erfahrungen bestätigt wurde. Auch der schwer kranke Mensch *verdrängt* sehr oft die Möglichkeit des „Ernstfalls“, der schweren Krise und des Sterbens; er hofft, daß schon alles „gut“ geht, bei ihm keine Intensivbehandlung und andere kritische Behandlungen nötig werden, andere schon die richtigen Entscheidungen für ihn treffen, daß deshalb keine Notwendigkeit besteht, Vorsorge für den schweren Krisenfall zu treffen und mit den Angehörigen und dem Hausarzt darüber zu sprechen. Insbesondere zum entsprechenden Gespräch mit Angehörigen gehört die Überwindung der Angst vor dem „Ernstfall“ und viel Mut, selbst dann, wenn diese für solche Gespräche offen sind, was sehr oft nicht der Fall ist. Hinzu kommt, daß chronisch kranke Menschen mit längerer Krankheitserfahrung oft haben lernen müssen, wie wenig sie „Herren“ ihres eigenen Lebensgeschicks sind. Sie sind und werden zunehmend bereit, das auferlegte „Geschick“ hinzunehmen oder auch zu bejahen oder darin auch die Entscheidungen anderer anzunehmen.

Geht man von der „Autonomie“ des Menschen als Leitbild aus, meint, daß der Mensch immer „Herr“ seines Lebens sein sollte, so kann eine derartige Handlung schnell als Verharren in „selbstverschuldeter Unmündigkeit“ (*I. Kant*), als infantil-regressive Flucht vor der Eigenverantwortung für das Leben, mithin als ethisch „minderwertiges“ Verhalten hingestellt werden. Man sollte allerdings nicht verkennen, daß im „Schwindel der Angst“, die insbesondere angesichts tödlicher Krankheit aufbricht, die Freiheit, die Autonomie oft „ohnmächtig“ zusammenbricht (*S. Kierkegaard*). Wahrscheinlich sind ernsthaft und längerfristig kranke

8) Roy/Eibach/Röhrich/Faust/Schaefer, Wie denken eigentlich Patienten über Patientenverfügungen? – Ergebnisse einer prospektiven Studie, ZME 47 (2001), (im Druck).

Menschen in der Einschätzung der Begrenztheit ihrer eigenen Fähigkeiten, der Tiefe möglicher Lebenskrisen und der Schwere der dann zu fallenden Entscheidungen realistischer als gesunde Menschen, die noch der Fiktion vom durchgehend selbstbestimmten Leben und Sterben anhängen.

Für Menschen, die langfristig krank und nicht selten stets auf die Hilfe und oft auch die Entscheidungen anderer angewiesen sind, kann der Grad der gelebten Selbstverfügung über das eigene Leben nicht Maßstab für die *Würde des Menschenlebens* sein. Für ihr Leben ist es vielmehr entscheidend, inwieweit sie in ihrem *Angewiesensein* auf andere diesen *vertrauen* können und von ihnen als wertvolle Menschen gemäß ihrer von allen aufweisbaren Fähigkeiten unabhängigen und unverlierbaren Würde geachtet und behandelt werden<sup>9</sup>. In der existentiellen Verunsicherung durch eine schwere Krankheit kommen Menschen zu einer realistischeren Einschätzung ihrer Autonomie. Wichtiger als die Selbstbestimmung wird ihnen dann das in der seelischen Entwicklung des Menschen primäre Erleben und Gefühl der *Geborgenheit* und des *Vertrauens in von Wohlwollen, ja Liebe bestimmte und tragende mitmenschliche Beziehungen*. Dem entspricht, daß es dem schwer Kranken weniger um die Beachtung oder gar die Durchsetzung seines Willens als vielmehr um das Vertrauen geht, daß die Menschen, auf deren Hilfe er angewiesen, von denen er abhängig ist, sich in ihrem Umgang mit ihm wirklich von der Suche nach seinem Wohlergehen leiten lassen. Die Beachtung ihres Willens ist nur ein Teilaspekt ihres Wohlergehens, ist letzterem ein- und untergeordnet. Ein Grund, warum kranke Menschen nicht selbst und erst recht nicht vorweg entscheiden wollen und können, wie sie behandelt werden möchten, ist auch darin zu suchen, daß sie unsicher sind, was ihrem Wohlergehen wirklich am besten dient, und daß ihnen infolgedessen das, was sie wollen, auch unklar ist.

Im tieferen Sinne kann ein bewußter *Verzicht auf Selbstbestimmung* durchaus als freiheitlicher Akt betrachtet werden, aber nur dann, wenn der Mensch die Angst vor dem möglichen schweren Ernstfall bewußt durchgearbeitet hat, er sein Geschick annehmen, sich samt seinem Streben nach Selbstbestimmung „loslassen“, sich vertrauensvoll der „Fügung“ Gottes und der *wohlwollenden Fürsorge* anderer Menschen anvertrauen kann, im Wissen darum, daß das Lebensgeschick sich ohnehin nur bedingt durch menschliche Entscheiden und Planen steuern läßt. Dies kann auch dann der Fall sein, wenn er auf eine Selbstbestimmung verzichtet, weil er sich mit einer Entscheidung in einer Krisensituation oder Vorausentscheidung über ein nur bedingt absehbares Geschick überfordert fühlt. Meist liegen dem Nichtentscheiden und dem Nichtverfassen einer vorsorgenden PV in der Zeit schwerer Krankheit jedoch – trotz Wissens um die Möglichkeit – elementare Ängste und Verdrängungen zugrunde. Juristisch kann selbst ein derart motivierter Verzicht noch als Form autonomen Umgangs mit dem Leben, als gewollter Verzicht auf Selbstbestimmung betrachtet werden. Menschlich und ethisch gesehen ist eine solche Haltung jedoch nicht unproblematisch.

Die Befragungen zeigen eine Diskrepanz zwischen dem *Vertrauen* der Kranken in die Ärzte und Angehörigen, in Krisensituationen für sie die rechte Entscheidung zu fällen, einerseits, und andererseits der geringen Zahl der Gespräche, die die Betroffenen mit ihren Angehörigen und ihren Ärzten über diese möglichen Situationen geführt haben. Die Vermutung liegt nahe, daß der Grund dafür nicht zuletzt in Ängsten und Verdrängungen zu suchen ist, die nicht nur die Kranken selbst, sondern auch ihre Angehörigen und – wenn auch in anderer Weise – oft auch die Ärzte bestimmen. Aber auch wenn man nicht selbst über ein noch nicht absehbares eigenes Lebensgeschick vorweg entscheiden, diese Entscheidung den Ärzten und

den Angehörigen überlassen möchte, wäre es für diese doch eine große, ihr Gewissen entlastende Hilfe, in solchen Situationen in etwa zu wissen, wie der Betroffene über derartige Lebensschicksale gedacht hat, was seinen Lebensvorstellungen in etwa entspricht; denn nur dann kann der für die Fälle einer nicht eindeutigen Willensäußerung juristisch zur Leitlinie einer Entscheidung erhobene *mutmaßliche Wille des Betroffenen* ermittelt werden. Ist dies nicht der Fall, so kann auch der mutmaßliche Wille letztlich nicht mehr vom Willen derer unterschieden werden, die zu entscheiden haben. Im Grunde führt das dann zur Fremdbestimmung, die durch das juristische „Konstrukt“ des „mutmaßlichen Willens“ nicht verhindert werden kann. Solche Gespräche mit Angehörigen – und möglichst auch den Hausärzten und sonst behandelnden Ärzten – sind ethisch gesehen auch unerlässlich, wenn eine PV oder eine Vorsorgevollmacht abgefaßt wird. Da PV in der Regel sehr allgemein abgefaßt sind, bedürfen sie der näheren Interpretation im Sinne der Lebens- und Wertvorstellungen des Betroffenen durch Menschen, die ihm nahestehen und mit denen er über die nähere Bedeutung seiner PV gesprochen hat. Die Abfassung einer PV sollte unbedingt von solchen Gesprächen mit einer oder mehreren vertrauten Personen und möglichst auch dem Hausarzt begleitet sein, und eine solche Person sollte in der Patientenverfügung selbst (und nicht erst in einer „Vorsorge- bzw. Betreuungsvollmacht“) ausdrücklich benannt werden, möglichst mit ihrer eigenen bestätigenden Unterschrift, die gewährleistet, daß Gespräche über die PV mit dieser Person auch stattgefunden haben.

### III. Grundsätzliche ethische Erwägungen im Anschluß an die Patientenbefragungen

Wie eingangs dargestellt, erhebt die Rechtsprechung immer mehr den *Willen* des Patienten zum obersten Maßstab medizinischen Handelns. Ethisch setzt man damit bei der *Autonomie* des Patienten, seinem Recht an, über sein Leben und die Art seiner medizinischen Behandlung selbst zu bestimmen. Man hofft, mit einer Stärkung des *Selbstbestimmungsrechts* vom Patienten nicht erwünschte Belastungen durch medizinische Behandlungen vermeiden zu können. Dieser Ansatz bei der *autonomen Selbstbestimmung* des Kranken über die Art seiner Behandlung setzt voraus, daß er so „autonom“ und *willens* und *fähig* ist, *sein Recht selbst geltend zu machen*. Dazu ist eine umfassende Information des Betroffenen über die Möglichkeiten und Risiken von Behandlungen eine wesentliche, aber keinesfalls eine hinreichende Bedingung. Information allein befähigt in Fällen von ernsthaften oder auch existenzerschütternden Lebenskrisen in der Regel nicht zur „autonomen“ Entscheidung.

#### 1. Vorrang einer „Ethik der Fürsorge“ – Zwischen Autonomie und Paternalismus

Die Befragungsergebnisse zeigen, daß der ethische und rechtliche Ansatz bei der Entscheidungs- und Handlungs-*Autonomie* nicht nur bei Menschen unzureichend ist, die zu einer autonomen Selbstbestimmung und Lebensführung nie fähig waren (z. B. geistig behinderte Menschen) oder nicht mehr fähig sind (z. B. zerebral abgebaute Menschen) und die auch keine vorsorglichen Verfügungen über die Art ihrer Behandlung erstellt haben, sondern auch bei Menschen, die aufgrund ihres himorganischen, geistigen und bildungsmäßigen Zustands durchaus in der Lage wären, derartige Entscheidungen für ihr Leben zu fällen. Die juristische Auskunft, daß in diesen Fällen ein Unterlassen von möglicher Selbstbestimmung auch eine Form von „autonomem Entscheidung“ sei, wird einerseits den tatsächlichen

9) Vgl. Eibach (Fn. 1), S. 12 ff.

Hintergründen des „Nicht-Entscheidens“ nicht gerecht und führt andererseits im Grunde doch dazu, daß in der weitaus größten Zahl der Fälle andere, Angehörige und letztlich Ärzte für die Betroffenen Entscheidungen nach *ihrem eigenen Ermessen*, ihren eigenen Lebens- und Wertvorstellungen oder gemäß gängiger ärztlicher Auffassung oder standesethischen Richtlinien oder der vorherrschenden öffentlichen Meinung fällen müssen. Allein dadurch, daß man dem Patienten das Recht auf ausschließliche Entscheidung über sein Leben und die Art seiner Behandlung zuspricht, ohne zugleich zu fragen, ob und wie der Mensch ein solches Recht überhaupt wahrnehmen *will* und – vor allem – *kann*, entrinnt man einer „paternalistischen“ Bevormundung nicht und verhindert man keine problematischen, seinem Willen möglicherweise widersprechenden Behandlungen. Je schwerer und in ihrem möglichen Verlauf unabsehbarer eine durch Krankheit ausgelöste Lebenskrise und Hilfebedürftigkeit ist und je niedriger der soziale und bildungsmäßige Status einer Person und je älter sie ist, um so weniger hat der Mensch in der Regel die Fähigkeit und die Chance, seinen *Willen* und *Patientenrechte* geltend zu machen. Patientenrechte, die – wie in westlichen Ländern (außer Finnland) üblich<sup>10</sup> – in der Tradition liberaler bürgerlicher Freiheitsrechte formuliert sind und die der kranke und hilfebedürftige Mensch ihnen entsprechend selbst geltend machen muß, die also die Anbieter medizinischer und pflegerischer Leistungen nicht zu einem diesen Rechten entsprechenden Handeln verpflichten, ohne daß der Patient sie mündlich oder schriftlich einfordert, stellen einen geringen Schutz für die dar, die – aus welchen Gründen auch immer – ihren Willen nicht äußern und ihre Rechte nicht einfordern *können*. Anders ausgedrückt besagt das: Eine auf der *Autonomie* des Patienten aufbauende Ethik bedarf einer Einbettung in eine vorrangige *Ethik der Fürsorge*, die für die Anbieter medizinischer und pflegerischer Leistungen *verbindliche allgemeine ethische Leitlinien* für das Handeln und Behandeln entwickelt, mit denen dem Wohlergehen von kranken und sterbenden Menschen gedient wird. Einerseits ist es unethisch, einem Menschen in schweren Krisen Entscheidungen abzuverlangen, zu denen er nicht fähig oder auch nicht willens ist, andererseits kann ein solches Nichtentscheiden aber auch keine Rechtfertigung dafür sein, daß andere einen solchen Menschen nach ihrem Belieben behandeln (z. B. obwohl möglich, sinnvoll und nötig keine palliativen Maßnahmen durchführen) oder überhaupt keine ethischen Entscheidungen über die Art seiner Behandlung fällen (z. B. in der Intensivmedizin alles machen, was technisch möglich ist).

Wenn ein Mensch eine Entscheidungsbefugnis und ein Verfügungsrecht über sein Leben hat, dann ist es der Betroffene selbst und nicht andere Menschen. Dieses Recht auf Selbstbestimmung ist in erster Linie ein Recht, sich selbst zu schützen vor Eingriffen, die dem eigenen Wohlergehen abträglich sind. Es steht also nicht in der Tradition der Menschenrechte als *Anspruchsrechte*, sondern als *Schutzrechte*, die dem zu schützenden „Subjekt“ wie auch dem, der es durch seine Macht bedroht, vorgegeben sind. Sie gelten auch dann, wenn der Betroffene sie nicht für sich in Anspruch nimmt, also als die Individuen und ihrer Selbstbestimmung übergreifende und alle Beteiligten sittlich verpflichtende Normen. Derartige Schutzrechte entsprechen einer *Ethik der Fürsorge* für die schwachen, insbesondere die schwächsten Glieder der Gesellschaft, die sich nicht selbst verteidigen, die ihre Situation nur bedingt oder überhaupt nicht richtig einschätzen können oder die aufgrund ihrer Abhängigkeit von anderen schnell manipulativem Druck ausgesetzt sind. Diese Schutzrechte können gerade dadurch unterlaufen werden, daß man ihre Geltung allein in die Entscheidungsbefugnis von einzelnen überführt und von deren Durchsetzungskraft abhängig macht. Gerade schwa-

che Menschen sind darauf angewiesen, daß es in den Krankeninstitutionen Menschen gibt, die die Patientenrechte kennen und achten, die die Patienten nicht nur darüber aufklären, sondern ihnen im Gespräch die Relevanz ihrer Lebensvorstellungen für die Behandlung zu erschließen helfen und die so zu ihren Anwälten werden und sie so vor problematischer medizinischer und institutioneller Verfügungsgewalt schützen. Sie nehmen so die Position der Ethik der Fürsorge in der Weise ein, daß sie nicht in paternalistischer Weise über den Kopf des Betroffenen hinweg entscheiden, sondern indem sie ihn als *Subjekt* seines Lebens ernst nehmen, sich in seine Situation einfühlen und auf der Basis einer solchen „Mitmenschlichkeit“ mit ihm nach dem besten Weg für ihn suchen. Durch eine solche „sprechende“ Medizin und Pflege und „mitfühlende“ Beratung – und nicht nur durch eine Information – wird der Mensch wieder als *Subjekt* in die Medizin integriert<sup>11</sup>, ohne ihn mit einer Fülle rein sachlicher Informationen in seiner Entscheidung allein zu lassen. Ohne eine solche konkrete *Anwaltschaft* fehlt es dem auf sich allein gestellten Patientenwillen und den Patientenrechten an den realen Bedingungen ihrer Umsetzung in die Wirklichkeit der Krankeninstitutionen. Daß den weitaus meisten befragten Patienten derartige auf Vertrauen basierende Gespräche mit Ärzten (und Angehörigen) und in ihnen gemeinsam gefundene Lösungen wichtiger erscheinen als PV, unterstreicht die Notwendigkeit einer Einbettung des Willens des Patienten in mitmenschliche Beziehungen und vertrauensvolle kommunikative Prozesse, also eine sprechende Medizin, ohne die dem Patientenwillen die notwendige Grundlage zu seiner Beachtung fehlt.

Eine das entgegengebrachte Vertrauen rechtfertigende Fürsorge ist nicht ohne ein gewisses Maß an Einfühlung ins und Anteilnahme am Krankheitsgeschick, also nicht ohne eine Haltung des „Mit-Leidens“ möglich. Wer in dieser Weise Anteil nimmt am Geschick eines Patienten, der betrachtet ihn nicht primär als *Objekt von medizinischen Behandlungen*, sondern als leidende und der *Hilfe bedürftige Person* und ist darin ernsthaft um ihr Wohlergehen bemüht. Wer so in Solidarität mit dem kranken Menschen ein Stück weit sein Geschick mitträgt, der darf stellvertretend für den kranken Menschen und zu seiner Hilfe und Entlastung für ihn Entscheidungen fällen, ohne ihn damit im mindesten zum bloßen Objekt zu entmündigen oder gar zu entwürdigem. Sofern das Patient-Arzt-Verhältnis von dieser Haltung und gegenseitigem Vertrauen bestimmt ist, billigen Patienten ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten ganz offensichtlich überwiegend das Recht zu, für sie über ihr Leben zu entscheiden, wenigstens wenn sie davon ausgehen können, daß diese bei dieser Entscheidung ihrer Lebenseinstellung Rechnung tragen. Eine Ergänzung eines vertrauensvollen Gesprächs durch eine schriftliche PV ist zwar für viele denkbar, aber weniger entscheidend, eben nur als mögliche, aber für Ärzte sicher überwiegend auch hilfreiche Ergänzung. Eindeutig ist jedoch, daß ein bloß über medizinische Sachverhalte und Prognosen informierendes Gespräch zwischen Arzt und Patient, das diesen mit dem Hinweis auf seine „Autonomie“ mit seiner Entscheidung alleine läßt, kaum gewünscht wird.

## 2. Vertrauen, das Wohlergehen und der Wille von Patienten

Die Befragungen zeigen, daß das Vertrauen der Patienten in die Ärzte, sowohl ihre medizinischen Fähigkeiten wie

10) Vgl. *Fallberg*, Patients' Rights in Europe, WHO Regional Office. Newsletter European Partnership for Patients' Rights and Citizens' Empowerment, Issue 2/1999, 10 ff.

11) Dieses Grundanliegen *Viktor v. Weizsäcker* (vgl. z. B. *Der kranke Mensch*, 1951) ist heute mehr denn je geltend zu machen.

auch ihre für die Patienten richtigen ethischen Entscheidungen, groß ist. Indem sie zum weitaus größten Teil auf eine eigenständige Entscheidung über ihre Behandlung in Krisen- und Grenzsituationen des Lebens verzichten, diese den Ärzten und Angehörigen überlassen möchten, verstehen sie unter *richtigen* bzw. *guten Entscheidungen für sie* Entscheidungen, die ihrem *Wohlergehen* dienen, und nicht in erster Linie Entscheidungen, die ihren *Willen* respektieren. Die Ermittlung und Beachtung ihres *Wohlergehens* ist ihnen wichtiger als die Respektierung ihres Willens, über den sie sich nicht klar sind oder den sie nicht geltend machen wollen. Anders ausgedrückt: Ihr Wohlergehen ist ihnen in der Krankheit wichtiger als ihre *Autonomie*, oder: Die Respektierung der Autonomie ist nur ein Teilaspekt ihres Wohlergehens, ist ihm ein- und untergeordnet. Und hinsichtlich der Beurteilung ihres *Wohlergehens* halten sie die Ärzte für kompetent, kompetenter als sich selbst. Und die hohe Wertschätzung der Angehörigen und ihrer Urteilskraft in Bezug auf ihr Wohlergehen zeigt an, daß kranke Menschen ahnen, wie sehr sie auf die Beziehungen zu den ihnen in Liebe und Wohlwollen verbundenen Mitmenschen angewiesen sind und wie sie – wenn solche Beziehungen bestehen – diesen Angehörigen und Freunden großes Vertrauen entgegenbringen können. Wichtiger als das Geltendmachen ihrer autonomen Interessen ist ihnen also das Eingebettetsein in *mitmenschliche, von der Liebe geprägte und Vertrauen vermittelnde Beziehungen*. Der kranke und hilfebedürftige Mensch ahnt und weiß, daß er angewiesen ist auf derartige, Leben ermöglichende und helfende Beziehungen und daß dieses *Angewiesensein* gegenüber der autonomen Lebensführung kein minderwertiger Status des Lebens ist, daß Leben nur in und aus von Liebe, Wohlwollen und Vertrauen bestimmten Beziehungen gelingen und in erträglicher Weise beendet werden kann, daß ihr Gegebenheit wichtiger ist als die Durchsetzung autonomer Interessen.

*Vertrauen* kann allerdings mißbraucht werden, es bedarf also der Rechtfertigung. Vertrauen entsteht in erster Linie in Beziehungen, in einem kommunikativen Prozeß, in dem z. B. der Arzt den Patienten als Subjekt, als Person wahrnimmt, auf seine Subjektivität eingeht. Vertrauen seitens des Patienten richtet sich nicht nur auf die fachliche Qualifikation des Arztes, sondern auch auf den Arzt als Person, seinen in der Beziehung zu Tage tretenden „Charakter“, seine Einstellung zu und Haltung gegenüber Patienten, die Vertrauen hervorrufen<sup>12</sup>. Indem der Patient wahrnimmt, daß der Arzt an ihm als Subjekt interessiert ist, sich ihm mit ersichtlichem *Wohlwollen* zuwendet und darin auf sein Wohlergehen ausgerichtet ist, entsteht Vertrauen, weicht das Mißtrauen und die Angst vor der Medizin und ihren Möglichkeiten, da man einem Menschen begegnet, der das Vertrauen vermittelt, daß er die Medizin – soweit es in seinen Möglichkeiten steht – nur zu seinem Wohlergehen anwendet.

Geborgenheit in der Solidarität menschlicher Gemeinschaft und Vertrauen in verlässliche mitmenschliche Beziehungen sind den betroffenen Menschen in den Krisensituationen des Lebens meist wesentlich wichtiger und entsprechen ihren tiefsten seelischen Bedürfnissen viel mehr als das recht unterschiedlich ausgeprägte Bedürfnis nach autonomer Selbstbestimmung. Deshalb kann die Verunsicherung in der Ethik der Heilberufe nicht in erster Linie dadurch behoben werden, daß man von Patienten mehr Selbstbestimmung über die Art ihrer medizinischen und pflegerischen Behandlung verlangt, daß sie selbst auf diese Weise die ethische Krise beheben, in die das Zusammenspiel des teils ungeheuren Zuwachses an medizinischer Verfügungsmacht über das Leben mit der gleichzeitigen Individualisierung der Lebens- und Wertauffassungen geführt hat. Es hat den Anschein, daß die Beschwörung der Autonomie einer Flucht aus der ethischen Verunsicherung gleichkommt, daß

der Patient nun „autonom“ entscheiden soll, was das „Gute“ ist, auf das die Medizin ihr Handeln ausrichten soll, nicht zuletzt deshalb, weil kein gemeinsamer Konsens mehr über das „Gute“, die Ziele medizinischen Handelns gefunden wird. So wird theoretisch an Stelle des *Wohlergehens* der *Wille* des Patienten zur maßgeblichen Richtschnur ärztlichen Handelns, ohne daß damit geklärt ist, wie denn der durch eine schwere Krankheit verunsicherte und geängstigte Patient bei der Kompliziertheit seiner Krankheit und der Vielzahl der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu einer Klarheit darüber kommen kann, was sein Wille ist. Es ist zu bezweifeln, daß mit dieser zugesprochenen und teils auch abverlangten autonomen Entscheidung schwerkranken Menschen wirklich in ihrem Geschick geholfen wird.

Es ist möglich, daß wir das Geschick der kranken Mitmenschen durch die Forderung nach autonomer Selbstbestimmung – bis in die tiefsten Tiefen des Lebens – viel mehr erschweren als erleichtern. Dann gerät die vor allem von den Gesunden, nicht zuletzt Philosophen und Juristen erhobene Forderung nach autonomer Entscheidung der Patienten in Widerspruch zur Verpflichtung, für das Wohl der Kranken zu sorgen, zu einer *Ethik der Fürsorge*. Nur eine neue Rückbesinnung auf eine „Ethik der Fürsorge“<sup>13</sup>, die zugleich die Grenzen medizinischer Verfügungsgewalt über das Leben und damit die Unausweichlichkeit des Todes bedenkt und die den Menschen stets als Subjekt und Person achtet und nicht nur als Objekt medizinischer Diagnostik und Therapie betrachtet und damit den Menschen immer zugleich in seiner Freiheit und Fähigkeit zur Selbstbestimmung und in seinen Bedürfnissen nach Vertrauen wie auch in seiner körperlichen und seelischen Hilfsbedürftigkeit wahrnimmt, kann in hilfreicher Weise weiterführen. Die rationale Betrachtung des Patienten als autonom entscheidendes und sein Leben „bilanzierendes“ Individuum paßt zur technischen Rationalität der „Reparaturmedizin“. Beide verfehlen die Ganzheit des Menschen, der nicht nur in den Krisen seines Lebens nicht in erster Linie selbsttätig aus seiner Rationalität, sondern viel mehr aus Geborgenheit vermittelnden Beziehungen zu Gott und Menschen und damit aus gewährten und nicht aus selbst gesetzten Beziehungen lebt<sup>14</sup>. Es ist für den Menschen nicht entwürdigend, daß andere über ihn entscheiden, solange sie es in einer teilnehmenden Solidarität mit dem leidenden Menschen tun. Eine humane Lösung wird sich für die meisten ethischen Probleme in der Medizin nur auf der Basis einer neuen Besinnung auf die „Ethik der teilnehmenden Fürsorge“ und einer „sprechenden Medizin“ finden lassen und nicht über den Weg einer Radikalisierung der Autonomie des Patienten, die zwar juristisch glatte Lösungen ermöglicht, aber die Lebensrealität kranker Menschen mit existenzerschütternden Nöten meist verfehlt, ihr Geschick meist nicht erleichtert, sondern durch einen teils aufgezwungenen Entscheidungsdruck erschwert.

Dies heißt nicht, daß die Autonomie der Patienten auf der Basis einer Ethik der Fürsorge nicht so weit wie möglich zu achten und zu fördern sei. Sie ist eine notwendige Ergänzung der Ethik der Fürsorge, die diese davor schützt, die Interessen der Ärzte unkritisch als Haltung der Fürsorge auszugeben, und die dazu nötigt, immer neu nach dem Wohlergehen des einzelnen Patienten zu fragen und zu suchen. In dieser Hinsicht stellen vorsorgende PV und Vor-

12) Vgl. *Dörner*, Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung, 2000.

13) Vgl. *Pellegrino/Thomasma*, For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care, 1988; *Reich* et al., Art. „Care“, in: *Encyclopedia of Bioethics*, Vol. 1, 2. Aufl. 1994, S. 319 ff.; *Beauchamp/Childress*, Principles of Biomedical Ethics, 4. Aufl. 1994, S. 120 ff., 259 ff., 395 ff.

14) Vgl. *Eibach* (Fn. 1), S. 20 ff.

sorgevollmachten für die Patienten selbst, die Angehörigen/Freunde und alle an der Behandlung beteiligten Personen eine hilfreiche Orientierung dar, allerdings meist nur, wenn ihre Abfassung eingebettet ist in vertrauensvolle Gespräche mit Angehörigen und möglichst auch Ärzten über die eine PV prägenden Lebensauffassungen und ihre nähere Bedeutung. Zur Abfassung derartiger PV und/oder Vorsorgevollmachten sollten Menschen, insbesondere ernsthaft kranke, ermutigt werden. Auf diese positive und sicher begrenzte Bedeutung von PV sollte auch vermehrt in der Öffentlichkeit hingewiesen werden, ohne die Abfassung einer PV mit der „Fiktion“ zu verbinden, durch sie könnte ein „selbstbestimmtes Leben“ bis zum letzten Atemzug abgesichert werden. Es kann aber nicht als sinnvoll angesehen werden, daß das ohnehin schon oft ausweglos schwere Geschick von Menschen durch einen Zwang zum selbstbestimmten Leben und zur selbstbestimmten Behandlung noch zusätzlich erschwert wird und daß zuletzt jeder Mensch sich genötigt sieht, eine vorsorgende PV über die Art seiner medizinischen und pflegerischen Behandlung in möglichen, aber nicht genauer vorweg absehbaren Krisensituationen zu verfassen.

### 3. Ethik der Fürsorge, Tugendethik, normative Ethik

Überführt man diese auf dem Hintergrund jahrzehntelanger ärztlicher und seelsorglicher Erfahrung entstandene und durch die dargelegten Befragungen von Patienten untermauerte Sicht in eine ethische Theorie, so ist von der grundlegenden Bedeutung des *Vertrauens* und des vertrauensbildenden Gesprächs für die Patienten-Arzt- bzw. -Pflegekraft-Beziehung auszugehen. Für die Bildung von Vertrauen ist eine Tugendethik<sup>15</sup> und „Charakterethik“<sup>16</sup>, eine Ethik entscheidend, die ärztliche und pflegerische Tugenden formuliert und die dazu beiträgt, daß diese Tugenden in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung auch so eingeübt werden, daß sie den „Charakter“ des Arztes und der Pflegekraft und ihr Handeln prägen und bestimmen. Freilich ist ein tugendhafte Haltungen verkörpernder und lebender Arzt oder Pfleger allein noch keine Garantie, daß er nur Handlungen durchführt, die dem Wohlergehen seiner Patienten dienen. Dazu bedürfen auch „tugendhafte“ und auf das Wohlergehen ihrer Patienten ausgerichtete Pflegekräfte und Ärzte *handlungsleitender ethischer Grundsätze* (Verpflichtungen), die eine das Wohlergehen des einzelnen Menschen wie auch die Achtung seiner persönlichen Autonomie übergreifende Verbindlichkeit haben, die den Rahmen abstecken, innerhalb dessen dem einzelnen Patienten wie auch den Ärzten und Pflegenden ein Entscheidungsspielraum für ihr auf den einzelnen Patienten ausgerichtetes Handeln zusteht. Sie bewahren Patienten davor, daß sie an Ärzte und Pflegenden Ansinnen richten, die diese nicht vor ihrem Gewissen, ihrem Standesethos und der Rechtsordnung verantworten und die nicht zur allgemeinen Richtlinie ärztlichen und pflegerischen Handelns werden können<sup>17</sup>, und Ärzte und Pflegenden davor, daß sie in wohlmeinender Absicht Handlungen vornehmen, die dem Patienten mehr schaden als helfen oder die gegen allgemein als ethisch verbindlich angesehene Grundsätze verstoßen. Derartige Grundsätze (z. B. Patientenrechte, Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung) gehören ebenso konstitutiv zu einer Vertrauen rechtfertigenden *Ethik der Fürsorge* wie ethische Tugenden der Ärzte und der Pflegekräfte. Beide ergänzen einander notwendig.

Die Theorie, daß für das ärztliche und pflegerische Handeln nur die fachliche Kompetenz der Ärzte und Pflegekräfte, ihre fachlich richtige Diagnose und Prognose einer Krankheit, eine entsprechend fachlich richtige Aufklärung und vor allem die fachlich kompetente Behandlung und die Beachtung medizinischer wie auch juristischer Behandlungsgrundsätze ethisch und juristisch entscheidend sei,

folgt einem „rationalistischen“ Menschenbild, dem gemäß der für „autonom“ erklärte Mensch auf der Basis sachlicher Informationen „autonom“ entscheidet, von wem und durch wen er wie behandelt werden möchte. Dem entspricht die Vorstellung von einer rein sachlichen „Reparaturmedizin“, bei der *menschliche Beziehungen* und *Gefühle* wie das Vertrauen u. a. und der „Charakter“ der Ärzte und Pflegekräfte keine Rolle spielen. Zugleich werden Ärzte und Pflegekräfte nur als „Erfüllungsgehilfen“ von Wünschen der Patienten, als Erbringer von „Serviceleistungen“ betrachtet, deren Handeln nur gemäß vertraglich geregelten Grundsätzen abzulaufen hat. So werden sie nicht als eigenständige menschliche und ethische Subjekte und eigenständig verantwortliche Personen geachtet und beachtet. Die Forderung nach fachlicher Kompetenz, rationaler Aufklärung und Beachtung von ethischen und juristischen Handlungsgrundsätzen allein ohne Menschen, die sie mit innerer Überzeugung und Engagement in einer auf das Wohlergehen des einzelnen Menschen ausgerichteten Haltung ausführen, bleiben ethische Forderungen, die selten ein auf einer guten Beziehung gründendes *Vertrauen* schaffen und deshalb gerade in Krisen- und Grenzsituationen völlig unzulänglich sind, in denen technisch nichts oder wenig zu „machen“ ist und in denen die „rationale Autonomie“ – nicht nur die der Patienten und ihrer Angehörigen, sondern nicht selten auch die der Behandelnden – oft ohnmächtig zusammenbricht.

Eine *Ethik der Fürsorge* betrachtet den Menschen nicht primär als ein autonomes und rational entscheidendes Individuum. Sie gründet in *Beziehungen* des Lebens, in denen der Andere – trotz der Gleichrangigkeit in seiner unverlierbaren Würde – in seinen empirischen Lebensgegebenheiten doch als *Anderer* wahrgenommen wird<sup>18</sup>, und zwar zunächst in seiner Bedürftigkeit, seinem Angewiesensein auf Andere, in denen er zugleich als Subjekt und Partner geachtet wird, in denen sich der Helfende auch durch das Geschick des Kranken betreffen läßt und mit ihm gemeinsam nach dem sucht, was für ihn das *Gute* ist, ohne ihn zu einer ihn gegebenenfalls überfordernden Entscheidung zu drängen. Eine *Tugendethik* ist ein ebenso integraler Bestandteil einer derartigen Ethik der Fürsorge wie eine ethische Handlungsnormen formulierende und beachtende *Pflichtethik*. Selbstverständlich gehört zu einer auf das Wohlergehen der Kranken ausgerichteten Ethik der Fürsorge auch die Beachtung der *Autonomie* des Patienten, seines mündlich geäußerten oder schriftlich niedergelegten Willens. Häufig bedürfen Patienten der *Anwaltschaft* anderer (z. B. durch Angehörige, Pflegekräfte, Seelsorger), um ihren berechtigten Willen und ihre Rechte geltend zu machen. Die Frage nach dem Willen des Patienten nötig dazu, immer wieder neu zu fragen, was dem Wohlergehen des einzelnen Patienten wirklich dient. Das bewahrt davor, daß Ärzte und Pflegekräfte die eigenen Einschätzungen und Interessen selbstverständlich zum Maßstab des Handelns machen. Die Verpflichtung, immer neu zu fragen, was dem Wohlergehen eines Patienten wirklich dient, bleibt auch dann bestehen, wenn der Wille des Patienten nicht ermittelbar ist. Die Fürsorge für das Leben, sein Wohlergehen erlischt nicht mit dem Schwinden selbstbewußter Fähigkeiten, die Art der eigenen Behandlung „autonom“ zu bestimmen. Im Grunde wünschen die meisten Patienten die Gewißheit, daß sie in den Grenzfällen des Lebens, in denen sie ganz auf die Hilfe anderer angewiesen sind, darauf vertrauen können, daß sich die sie behandelnden und pflegenden Menschen auch dann

15) Vgl. Rippe/Schaber (Hrsg.), Tugendethik, 1998.

16) Vgl. Hauerwas, Character and Christian life, 1985.

17) Vgl. Eibach (Fn. 6), S. 127 ff.

18) Vgl. Lévinas, Die Spur des Anderen, 3. Aufl. 1992.

die Mühe machen, danach zu suchen, was ihrem Wohlergehen dient, und daß sie entsprechend behandelt werden.

#### IV. Zusammenfassung

Die Individualisierung der Lebens- und Wertvorstellungen und die wachsende medizinische Macht über das Leben haben gemeinsam zur ethischen Verunsicherung über die Ziele medizinischen Handelns geführt. Deshalb soll der Patient selbst entscheiden – gegebenenfalls mittels vorweg verfaßter Patientenverfügungen (PV) –, wie er in Krisensituationen behandelt werden möchte. Nicht das *Wohlergehen*, sondern der *Wille* und die *Autonomie* des Patienten wird zum obersten ethischen und rechtlichen Maßstab medizinischen und pflegerischen Handelns. Die drei vorgestellten Befragungen von Patienten (Dialyse-, allgemeine internistische und onkologische Patienten) zeigen jedoch, daß diese Entscheidungen über ihr Leben in Krisensituationen (insbesondere am Ende des Lebens) ganz überwiegend den Ärzten und den Angehörigen überlassen, daß nur wenige eine vorsorgliche PV abfassen wollen oder – bei vorhandener Bereitschaft – wirklich abfassen und daß das Vertrauen in die Ärzte und die Angehörigen ihnen weitaus wichtiger ist als die autonome Selbstbestim-

mung über ihr Leben und Sterben und die Art ihrer Behandlung.

Daraus ist zu folgern, daß der ethische und juristische Rekurs auf die *Autonomie* des Patienten die ethische Verunsicherung über die Art medizinischer Behandlung – insbesondere in Grenzsituationen – nicht zu lösen vermag, daß es vielmehr einer Rückbesinnung auf eine *Ethik* der *Fürsorge* bedarf, die das *Wohlergehen* der Kranken und Sterbenden in den Mittelpunkt ethischer Überlegungen stellt und die immer neu zu klären versucht, was das Gute ist, die guten Ziele sind, auf das und die das medizinische und pflegerische Handeln zielen sollen. Dies ist sicher nicht ohne ein Hören auf den Willen und die Wünsche von Patienten möglich. Eine derartige Ethik der Fürsorge basiert auf von *Vertrauen* bestimmten Beziehungen zwischen Arzt und Patient, die nicht möglich sind ohne Vertrauen bildende *Gespräche* und eine Aneignung und Verinnerlichung von ärztlichen und pflegerischen *Tugenden* wie Mitgefühl, Wohlwollen, Anerkennung der Begrenztheit eigener Fähigkeiten, Wahrhaftigkeit u. a. Eine nur medizinisch-fachliche Kompetenz der Ärzte und Pflegekräfte und eine entsprechende rein fachliche Information über Diagnose und Prognose, die den für „autonom erklärten“ Patienten mit seiner Entscheidung allein läßt, sind keine *hinreichende* Basis einer Ethik der Fürsorge.

---

## BUCHBESPRECHUNGEN

---

**Festschrift für Karlmann Geiß. Zum 65. Geburtstag.** Herausgegeben von *Hans-Erich Brandner, Horst Hagen* und *Rolf Stürmer*. Carl Heymanns Verlag KG, Köln Berlin Bonn München, 2000, XII, 677 S., Leinen im Schuber, DM 298,-

Der stattliche, gut ausgestattete und inhaltsreiche Band ehrt einen hochangesehenen Richter und Autor, dessen Verdienste die Herausgeber eingangs eindrucksvoll würdigen. Die insgesamt vierundvierzig Beiträge erscheinen in vier Abteilungen: I. Gerichtsverfassung und Prozeßrecht; II. Anwaltsrecht; III. Arzt- und Arzthaftungsrecht; IV. Wettbewerbs- und Kartellrecht, gewerblicher Rechtsschutz, Vergaberecht, Europa- und Verfassungsrecht. Die Leser dieser Zeitschrift werden sich vornehmlich für die dreizehn Aufsätze des dritten Teils (S. 345–515) interessieren.

*Rolf Bischoff* erörtert Diagnosefehler und unzureichende Untersuchungen auch unter dem Aspekt der Beweislastumkehr. *Hermann Büttner* nimmt den alten Streit um die deliktsrechtliche Einordnung der ärztlichen Eingriffsaufklärung erneut und kritisch auf und fordert mit guten Gründen, „die Folgen ärztlicher Aufklärungsversäumnisse nach den Regeln eines zeitgemäßen Berufshaftungsrechts zu behandeln“. In seinem Beitrag zu Kausalität und Schutzbereich der Norm befaßt sich *Erwin Deutsch* insbesondere mit den Familienplanungsschäden. Unterstützung verdient *Wolf-Dieter Dressler*, wenn er solchen ärztlichen Leitlinien die haftungsrechtliche Relevanz versagt, die eine den medizinischen Behandlungsstandard unterschreitende Rationierung zum Inhalt haben. Einen historischen Überblick zum antiken Arzthaftungsrecht entwirft *Jürgen von Gerlach*: Der Bogen reicht von Altbabylon über Ägypten bis nach Griechenland und Rom. Die Frage, ob der Arzt über verschiedene mögliche Behandlungsschritte oder Behandlungstechniken aufzuklären habe, beantwortet *Hans-Peter Greiner* im Sinne und mit den Worten des Jubilars: „Aufzuklären über Behandlungsalternativen ist ... in den Fällen echter Wahlmöglichkeit für den Patienten dann, wenn die alternative Methode bei gleichwer-

tiger Erfolgsaussicht eine deutlich geringere Resikobelastung aufweist oder bei gleichwertigen Risiken eine höhere Erfolgsaussicht verspricht.“ Die Beweiserleichterungen für den Patienten bei Unterlassung medizinisch gebotener Befunderhebung führt *Werner Gross* auf den Spuren des VI. Zivilsenats vor. *Achim Kramer* würdigt die Ausstrahlungswirkung der Grundrechte als Verfahrensrechte im Arzthaftpflichtprozeß (BVerfGE 52, 131). Beweisprobleme beim Schadensersatzanspruch aus Verletzung der Arztpflicht zur Risikoaufklärung bescheidet *Manfred Lepa*. Mit dem Aufklärungsfehler als Grundlage ärztlicher Einstandspflicht befaßt sich *Gerda Müller*, die im Blick auf einzelne Probleme die Erforderlichkeit „einer ständigen Überprüfung und Fortbildung der Rechtsprechung“ dartut. *Wolfhart Puhil* und *Christian Dierks* werben in ihrem Aufsatz zum Einfluß der Zivilgerichtsbarkeit auf die Qualität medizinischer Versorgung für eine „effiziente Interaktion zwischen Ärzten und Juristen“, die sich „als komplementäre Partner und nicht als Antipoden sehen sollten“. Das derzeit wohl heißeste Eisen faßt *Erich Steffen* an: „Die Arzthaftung im Spannungsfeld zu den Anspruchsbegrenzungen des Sozialrechts für den Kassenpatienten.“ Es gilt, „unverzichtbare Postulate der zivilrechtlichen Haftung“ in „Gleichklang“ mit den gesetzlichen Vorgaben des SGB V und der Sozialrechtsprechung zu bringen. „Generelle Defizite im Gesundheitssystem eignen sich ebensowenig zur haftungsrechtlichen Abwälzung auf den Arzt wie das Krankheitsrisiko.“ Ein gleichfalls heikles Thema: die Ärzte- oder Heilkunde GmbH und das Werbeverbot, behandelt *Jochen Taupitz*. Der Autor gelangt zu dem Ergebnis, daß Gesellschaftsrecht ermögliche es dem Arzt durchaus nicht, sich den auch in diesem Rahmen bestehenden Berufspflichten zu entziehen.

Insgesamt haben allein die arztrechtlichen Beiträge der Festschrift so viel Gewicht, daß sich der Erwerb des Bandes schon ihretwegen lohnt.

*Prof. Dr. iur. Dr. h. c. Adolf Laufs, Heidelberg*