

Originalarbeiten

Autonomie – Fürsorge – Paternalismus

Zur Kritik (medizin-)ethischer Grundbegriffe

Theda Rehbock

Autonomy – Beneficence – Paternalism. Critique of fundamental concepts of (medical) ethics

Abstract. *Definition of the problem:* Is respect for autonomy in medicine synonymous with respect for autonomous choices? Does it depend on the competency of patients? *Arguments:* The article criticizes this opinion, which is widely held in the field of medical ethics. This position does not recognize the problem of paternalism in its full import in modern medicine. It misunderstands the moral meaning of autonomy in its primacy over the psychological meaning, as well as the close ties between autonomy and beneficence. These ties are made evident by reflection on basic anthropological conditions of ethics. *Conclusion:* Proceeding from this reflection I outline consequences for the praxis of non-paternalistic care that also respects the will of non-competent patients.

Keywords: Autonomy – Beneficence – Care – Paternalism – Competence

Zusammenfassung. Ist Achtung der Autonomie in der Medizin gleichbedeutend mit der Achtung autonomer Entscheidungen? Ist sie nur gegenüber entscheidungsfähigen (kompetenten) Patienten möglich? Der Artikel kritisiert diese in der Medizinethik verbreitete Meinung. Sie wird der Problematik des Paternalismus in der modernen Medizin nicht voll gerecht (1.) und verkennt den Primat der moralischen gegenüber der psychologischen Bedeutung des Autonomiebegriffs sowie den engen Zusammenhang zwischen Autonomie und Fürsorge. (2.) Durch eine Reflexion anthropologischer Grundbedingungen der Moral (3.) zeige ich diesen Zusammenhang auf (4.-5.) und skizziere Konsequenzen für die Praxis nicht-paternalistischer Fürsorge (6.), die den Willen auch nicht-kompetenter Patienten achtet (7.).

Schlüsselwörter: Autonomie – Fürsorge – Paternalismus – Kompetenz

Einleitung: Zur Kritik der Begriffe

In dem mittlerweile zum Standardwerk der Medizinethik gewordenen Buch *The Principles of Biomedical Ethics* nennen T.L. Beauchamp und J.F. Childress die Achtung der Autonomie (Respect for Autonomy) als eines der vier Prinzipien der medizinischen Ethik neben Fürsorge (Beneficence), Nicht-Schaden (Non-Maleficence) und Gerechtigkeit (Justice). Das Autonomieprinzip wird fast ausschließlich im Zusammenhang mit der Forderung des *Informed Consent* und der Kritik des *medizinischen Paternalismus* erörtert.

Der *Informed Consent* - die Zustimmung des Patienten zu einer medizinischen Maßnahme auf der Grundlage ausreichender Information - ist nur dann möglich und rechtlich gültig, wenn der Patient fähig ist, die ihm gegebene Information zu verstehen sowie eine eigene Entscheidung zu treffen. „Respect for autonomy“ bedeutet in diesem Zusammenhang „respect for autonomous choices“ ([1], S. 120ff). Autonomie wird gleichgesetzt mit den Fähigkeiten, die autonome Entscheidungen ermöglichen. Das Autonomieprinzip ist demnach nur soweit anwendbar, wie der Patient entscheidungsfähig („kompetent“) ist.

Unter *medizinischem Paternalismus* wird zum einen ein traditionelles, fürsorgeorientiertes Arztethos verstanden, das primär das *Wohl*, nicht den *Willen* des Patienten im Auge hat. Zum anderen werden Maßnahmen als „paternalistisch“ bezeichnet, „die dazu bestimmt sind, Sicherheit und Gesundheit von Personen auch gegen ihre gegenwärtigen Wünsche und Präferenzen zu sichern.“ ([14], S. 77, vgl. auch [1], S. 274) Diese Definition soll „normativ neutral“ sein. ([1], S. 274) Ob eine paternalistische Maßnahme moralisch gerechtfertigt ist oder nicht, hängt nach diesem Verständnis insbesondere davon ab, wie „kompetent“ die Wünsche, Präferenzen oder Entscheidungen des Patienten sind. Je weniger dies der Fall ist, desto mehr soll nicht das Autonomieprinzip, sondern das Fürsorgeprinzip für die moralische Rechtfertigung des - gegebenenfalls auch paternalistischen - medizinischen Handelns relevant sein.

Einer Unterscheidung von J. Feinberg zufolge wird zwischen einem *starken* und einem *schwachen Paternalismus* unterschieden. Medizinisches Handeln ist demnach umso stärker paternalistisch, je „kompetenter“ eine Entscheidung ist, die missachtet wird. Klare Fälle von starkem Paternalismus gelten nach allgemeiner Übereinstimmung in fast allen Fällen als moralisch unzulässig. Schwach paternalistisches Handeln gilt als weitgehend moralisch gerechtfertigt, ja als moralisch geboten (Vgl. [14], S. 78). Oder es wird gar nicht als paternalistisch verstanden, da ein autonomer Wille, der missachtet werden könnte, nicht mehr vorliegt (Vgl. [15], S. 313). Umstritten ist aber die Bestimmung der Kompetenzkriterien.

Dieser Streit ist m.E. ein Indiz dafür, dass die Konzentration auf den Kompetenzbegriff der moralischen Problematik des medizinischen Paternalismus nicht in ihrer ganzen Tragweite gerecht werden kann (1.). Die Feststellung, ob und inwieweit ein Mensch nach bestimmten Kriterien entscheidungsfähig ist, ist ohne Zweifel oft für die Frage relevant, ob und inwieweit paternalistisches Handeln - Maßnahmen der Fürsorge gegen seinen aktuellen Widerstand - moralisch gerechtfertigt und unter Umständen sogar geboten ist. Insofern möchte ich die praktische Relevanz des Kompetenzbegriffs nicht in Frage stellen. Für problematisch halte ich allerdings die Bindung des Autonomieprinzips an die Kompetenz sowie die daraus resultierende Reduktion der Achtung der Autonomie auf die Achtung autonomer Entscheidungen und der Paternalismuskritik auf die

Kritik des starken Paternalismus. Zum einen sind Verfahren der Kompetenzüberprüfung selbst tendenziell paternalistisch angelegt, sofern von ihnen die Achtung der Autonomie abhängig gemacht wird (2.). Zum anderen wird dadurch der irreführende Eindruck erzeugt, im Fall der „Nicht-Kompetenz“ könne von einer Missachtung der Autonomie kaum oder gar nicht sinnvoll die Rede sein, so dass der Paternalismus unter diesen Bedingungen im Grunde kein Problem darstelle.

Demgegenüber möchte ich deutlich machen, dass die Paternalismusproblematik im Gegenteil sich gerade dann am stärksten und brennendsten stellt, wenn ein Mensch *nicht* in der Lage ist, sich über seine Situation klar zu werden, seinen Willen zu artikulieren, eigenständige Entscheidungen zu fällen, für seine Interessen einzutreten usw. Solche asymmetrischen Situationen der Schwäche und Unterlegenheit begünstigen die Gefahr paternalistischen Handelns, da sie dieses scheinbar rechtfertigen und zugleich den Betroffenen hindern, sich dagegen zur Wehr zu setzen.

Das lässt sich freilich nur zeigen, wenn *Paternalismus* zunächst in einem sehr *weiten* und *formalen* Sinne als eine *Form der Fürsorge für das Wohl eines Menschen ohne Rücksicht auf seinen Willen* verstanden wird. So verstanden ist Paternalismus unter keinen Umständen moralisch zu rechtfertigen, also nicht normativ neutral. Fürsorge, so meine These, hat nicht nur das *Wohl*, sondern immer auch den *Willen* eines Menschen zu achten. Es mag im Einzelfall sehr schwierig sein, diesen Willen zu erkennen, wenn eine („kompetente“) Willensäußerung nicht möglich ist. Gleichwohl ist auch der Wille von schwer psychisch oder geistig kranken, ja sogar von komatösen und toten Menschen zu achten (6.).

Von diesem *weiten* und *formalen* Sinn des Paternalismus zu unterscheiden ist die übliche *engere, inhaltlich bestimmbare* Bedeutung des Begriffs als Kennzeichnung von Maßnahmen der Fürsorge, die *mit Druck- und Zwangsmitteln ohne Zustimmung oder gegen den aktuellen Widerstand eines Menschen* erfolgen. Auch diese Bestimmung fasse ich mit Absicht so weit, dass sie das gesamte Spektrum paternalistischen Verhaltens in der medizinischen bzw. heilberuflichen Praxis erfassen kann. Zudem soll sie zum Beispiel auch ein fürsorgendes Handeln einschließen, das *vorsätzlich ohne Zustimmung* des Betroffenen ihn uninformiert lässt, täuscht, hinter seinem Rücken erfolgt usw.

Paternalistisches Handeln in diesem *engeren* Sinne ist *unter Umständen* moralisch zu rechtfertigen, allerdings nicht allein durch Berufung auf das Fürsorgeprinzip. Wir müssen vielmehr mit gutem Grund unterstellen können, dass der Betreffende unserem Handeln zustimmen würde, wenn er es könnte, dass es also im Grunde seinem Willen entspricht. Insofern muss auch paternalistisches Handeln sich mit dem Autonomieprinzip vertragen.¹ Das aber ist nur möglich, wenn wir auch die Achtung der Autonomie nicht in einem zu engen Sinne verstehen. Durch eine Reflexion auf anthropologische Grundbedingungen der Moral (3.-5.) soll deutlich werden, dass die Achtung der Autonomie in einem sehr *weiten* und *formalen* Sinne als Achtung des *Willens* zu verstehen ist, der auch unter Bedingungen mangelnder „Kompetenz“ und fehlender *Willensäußerungen* unterstellt werden kann. So fragwürdig solche Unterstellungen sein mögen, wenn man es

¹ Ich widerspreche damit Beauchamp und Childress, wenn sie gegen J. Rawls und G. Dworkin behaupten: „It is best to keep autonomy-based justifications at arm’s length from paternalism. Beneficence alone justifies truly paternalistic actions.“ ([1], S. 281)

sich mit ihnen zu leicht macht, so unverzichtbar sind sie dennoch (7.). Die Achtung der Autonomie des Patienten hat unter den Bedingungen der modernen Medizin besondere Bedeutung gewonnen.

1. Der Paternalismus und die Macht der modernen Medizin

Die Einführung des Autonomieprinzips in die medizinische Ethik wird üblicherweise als fundamentaler Paradigmenwechsel vom „beneficence model“ zum „autonomy model“ beschrieben und auf individualistische Tendenzen der modernen Gesellschaft zurückgeführt.² Die neuen – durch den wissenschaftlich-technischen Fortschritt der Medizin bedingten – ethischen Probleme werden meist nur als ein äußerer Anlass dafür gesehen. Ich behaupte demgegenüber, dass der Gedanke der Autonomie nicht so neu ist, wie es hier suggeriert wird, und dass der Paternalismus in der modernen Medizin besonders problematisch geworden ist.

Die Idee der Freiheit und Autonomie des Menschen ist keine Erfindung der Neuzeit. Der so genannte moderne Individualismus ist eine extreme und zum Teil problematisch verzerrte Form dieser Idee. Deren philosophische Wurzeln reichen nicht nur zu Kant, sondern bis in die christliche Theologie und Metaphysik des Mittelalters, ja, bis in die Antike, vor allem in die Stoa, zurück. Es ist zudem kaum anzunehmen, dass in früheren Zeiten das Arzt-Patient-Verhältnis ausschließlich paternalistisch orientiert war. Zwar hat es die Forderung des *Informed Consent* in ihrer heutigen, rechtlich verankerten Form früher so nicht gegeben. Gleichwohl ist zu vermuten, dass unter bestimmten sozialen Bedingungen der Wille, die individuelle Situation und die persönlichen Wünsche des Kranken vielleicht sogar mehr respektiert wurden als heute (Vgl. [19]).

Die gegenwärtige Kritik des medizinischen Paternalismus ist nicht deshalb so brisant, weil sie es mit einem traditionellen Paternalismus, sondern weil sie es mit einem *spezifisch modernen* Paternalismus zu tun hat, der auf autonomiefeindlichen Tendenzen der modernen Medizin beruht. Zwar hat ihre Verwissenschaftlichung und Technisierung die Medizin bei der Bekämpfung von Krankheiten zunehmend erfolgreicher werden lassen und damit auch die Autonomie des Menschen im Umgang mit seiner leiblichen Natur gefördert. Zugleich aber begünstigt sie aus folgenden Gründen die Gefahr einer paternalistischen Missachtung der Person und Autonomie des Kranken:

- Die Verwissenschaftlichung der Medizin verstärkt die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung, die auf Grund krankheitsbedingter Hilfsbedürftigkeit des Patienten sowieso schon besonders ausgeprägt ist. Als medizinischer Experte weiß der Arzt besser als der Patient über dessen körperlichen Zustand Bescheid. Er verfügt über den Kranken betreffende, diesem aber schwer verständliche Informationen, die ihm eine entsprechend große Macht verleihen und den Patienten von ihm abhängig machen. Ihre wissenschaftlich-medizinische Kompetenz verleiht Ärzten eine scheinbar unangreifbare Autorität.
- Für die Definition und Erklärung, was Schmerz, Krankheit oder Behinderung ist und was unter diesen Bedingungen *objektiv* für unsere Gesundheit und un-

² „At one time doctors thought that they were supposed to act paternalistically toward their patients, now many of them think that they should never act paternalistically.“ ([6], S. 195)

ser Wohlbefinden gut ist, scheint in erster Linie die medizinische Wissenschaft zuständig zu sein. Die Beschwerden, Gefühle oder Meinungen des Patienten erscheinen aus dieser Perspektive als etwas rein *Subjektiv-Privates*. „Doctor knows best“ – das glauben nicht nur Ärzte, sondern oft auch Patienten und vergessen dabei allzu leicht, dass es gerade unter Bedingungen der Krankheit letztlich um ihr eigenes Leben geht, das sie *selbst zu bestimmen* und zu *gestalten* haben.

- Die objektivierende Blickrichtung der Naturwissenschaften, das System medizinischer Krankheitsbegriffe, die medizinischen Diagnose- und Behandlungsmethoden sind daraufhin angelegt, den Patienten *ausschließlich als Fall einer Krankheit* zu behandeln und den individuellen Lebenskontext des Patienten auszublenden. Dieser Ansatz ist methodisch für die wissenschaftliche Medizin unverzichtbar. Er beinhaltet aber die Gefahr einer *objektivistischen Verabsolutierung* dieser Perspektive, die den Patienten nicht als *Person* mit einem individuellen Willen betrachtet und behandelt, sondern als bloßes *Objekt* medizinischer Fürsorge.
- Die Gefahr paternalistischer Fremdbestimmung des Patienten durch die Medizin wird zusätzlich verstärkt durch den von W. Wieland beschriebenen „Strukturwandel der Medizin“ [18]. Die Institutionalisierung, Technisierung, Spezialisierung, Ökonomisierung, Verrechtlichung usw. sollen zwar dem Kranken dienen, gehorchen aber faktisch eher technischen, logistischen, ökonomischen und sonstigen Sachzwängen.

Mit C. Wiesemann ist daher festzustellen, dass die Einführung des Autonomieprinzips in die Medizin „nicht nur das Ergebnis einer bürgerlichen Emanzipationsbewegung und der fortschrittlichen Betonung von Individualrechten“ ist, sondern in erster Linie „eine notwendige Korrekturmaßnahme zur Begrenzung des allmählichen Machtverlusts des Kranken in der modernen Medizin.“ ([19] S 69) Durch die Bindung der Achtung der Autonomie an die Entscheidungskompetenz werden allerdings dieser Machtverlust und der Paternalismus *durch die Medizinethik selbst* eher begünstigt als überwunden.

2. Autonomie und Kompetenz: wider eine Verwechslung der Begriffe

Der Kompetenzbegriff in Theorien des *Informed Consent* soll der Tatsache Rechnung tragen, dass Patienten aus krankheitsbedingten oder anderen Gründen oft unfähig sind, eine im eigenen Interesse wohlüberlegte Entscheidung für oder gegen eine medizinische Maßnahme zu treffen. Auf Grund dieser Möglichkeit besteht zum einen die Gefahr, dass ein *Informed Consent* zwar rechtlich-formell gültig, in Wahrheit aber durch mangelndes Verständnis, mangelnde Urteilsfähigkeit, Manipulation, psychischen Druck o.ä. zustande gekommen ist. Nach dem Motto: Hauptsache Unterschrift. Zum anderen möchte man mit einer genauen Prüfung der Kompetenz vermeiden, dass zu voreilig, umfassend und dauerhaft paternalistisch vorgegangen wird, ohne zu klären, ob und inwieweit Zwangsmaßnahmen tatsächlich gerechtfertigt sind. Um die *Informed-Consent-Forderung* adäquat und wirksam umzusetzen, scheinen daher exakte Kriterien und eine praktikable Methode der Kompetenzüberprüfung notwendig zu sein. Eben dazu soll nach S. Wear eine *operationale Definition der Kompetenz* dienen, die es ermöglicht, zu entscheiden, „who shall or should not be offered an informed

consent.“ ([17], S. 8) Nach streng objektiven Kriterien möchte man feststellen, ob die Autonomie des Patienten zu achten oder ob paternalistisches Verhalten gerechtfertigt bzw. geboten ist.

Die Motive für eine solche Konzeption sind gut nachvollziehbar, ebenso viele der damit verbundenen praktischen Überlegungen. Meine Kritik richtet sich nicht gegen die differenzierte Berücksichtigung empirischer Entscheidungskriterien für die moralische Beurteilung paternalistischen Handelns. Ich wende mich jedoch gegen die Meinung, das Autonomieprinzip sei überhaupt *nur dann gültig und anwendbar*, wenn bestimmte Minimalbedingungen der „Kompetenz“ erfüllt sind. Aus dieser Bindung der Achtung der Autonomie an die Kompetenz resultiert das zugleich methodische und ethische Dilemma, das auf einer unaufhebbareren Diskrepanz zwischen der *moralischen* und *psychologischen* Bedeutung des Autonomiebegriffs beruht: Die moralische Bedeutung fordert, was die psychologische verbietet: *unbedingte Gültigkeit*. Aspekte dieses Dilemmas will ich genauer erläutern.

- Zur moralischen Bedeutung von Autonomie gehört, dass *jeder* Mensch ein *unbedingtes* Recht auf Achtung seines Willens besitzt. Daraus folgt nach Meinung mancher Medizinethiker, dass die Fähigkeiten, die dafür zugrunde zu legen und zu testen sind, nicht zu speziell und inhaltlich spezifiziert, sondern möglichst *allgemein* und *formell* sein sollten, um niemanden ungerechtfertigter Weise auszuschließen. Es sollte nicht jeder jederzeit damit rechnen müssen, dass ihm die „Kompetenz“ von anderen abgesprochen wird. Jedem sollte auch das Recht auf Entscheidungen zugestanden werden, die anderen als irrational oder verrückt erscheinen ([17], S. 10). Selbst eine psychische Krankheit, so Wear, sei nicht notwendigerweise ein Beweis für „Inkompetenz“. Wie aber soll man die Autonomie als Fähigkeit in einem so weit gefassten Sinne *testen*, ohne dass der Test im konkreten Fall *als Entscheidungskriterium unbrauchbar* wird? Im Grunde ist der Begriff der Autonomie für solche Tests ungeeignet, weil er in hohem Maße allgemein, vieldeutig und semantisch unbestimmt ist. Empirisch testen oder messen kann man nur sehr *spezielle* Fähigkeiten eines Menschen in einem *inhaltlich* eng spezifizierten Bereich.
- Das Recht auf Achtung der Autonomie ist einem Menschen *ganz oder gar* nicht zuzuschreiben. Kompetenz wird daher als ein „threshold concept“ mit „gatekeeping function“ verstanden ([1], S. 136). Als eine empirisch überprüfbare Fähigkeit aber weist Autonomie *graduelle Abstufungen* auf. Deshalb ist es fraglich und umstritten, wie hoch oder tief die Messlatte für Kompetenzzuschreibungen zu legen ist. Um eine zu hohe Zahl „nicht-autonomer“ Entscheidungen zu vermeiden, die für den Patienten von ihm nicht gewollte schädliche Folgen haben könnten, darf man die Messlatte aus Gründen der Fürsorge nicht zu tief legen. Strengere Kriterien aber beinhalten die Gefahr einer Verletzung des Autonomieprinzips.
- Gemäß der von einigen Autoren vorgeschlagenen „Sliding-Scale Strategy“ ist ein Kompetenztest desto eher und mit desto strengeren Kriterien durchzuführen, je gravierender die Folgen der betreffenden medizinischen Maßnahme für das Wohl des Patienten sind. Wer sich zum Beispiel gegen eine aussichtsreiche, risikoarme und überlebensnotwendige Maßnahme entscheidet, muss demnach sehr viel „kompetenter“ sein, damit seine Entscheidung respektiert wird, als jemand, der eine Maßnahme mit geringen Erfolgsaussich-

ten und hohen Risiken ablehnt. Diese Strategie ist unter Aspekten der Fürsorge nachvollziehbar, aber besonders umstritten, weil sie eindeutig paternalistisch orientiert ist: „the old paternalistic wolf dressed up in sheep’s clothing.“ ([17], S. 114) Was für den Patienten gut ist, wird nach objektiven medizinischen Kriterien bestimmt. Ihm wird, ähnlich wie kleinen Kindern, nur so viel freie Entscheidung zugestanden, wie deren Folgen gemäß diesen Kriterien ihm nicht allzu sehr schaden können.

- Ein prekäres Dilemma besteht, wenn ein Patient sich gegen einen Kompetenztest wehrt. Will man dieses Verhalten nicht von vornherein als sicheres Symptom von Inkompetenz deuten, so bedürfte ein solcher Test, der ja eine medizinische Maßnahme darstellt, ebenfalls der Zustimmung durch den Patienten, und auch dafür wäre wiederum seine Kompetenz zu testen usw. ad infinitum.

All diese Dilemmata beruhen auf einer unkritischen Orientierung am Ideal wissenschaftlicher Objektivität. Dadurch kommt es zu einer Verabsolutierung der objektivierenden Perspektive der 3. Person. Nach streng objektiven Kriterien glaubt man wie *von außen* feststellen zu können, ob ein Patient die Achtung der Autonomie „verdient“ oder der – gegebenenfalls auch paternalistischen – Fürsorge bedarf.

Das Problem dieses Objektivismus besteht *nicht* darin, dass bei der moralischen Entscheidung, ob paternalistisches Eingreifen in die Belange des Patienten gerechtfertigt ist, *auch* das Faktum seines psychisch-mentalenen Zustandes berücksichtigt wird. Es sind selbstverständlich immer *alle* moralisch relevanten Fakten zu bedenken. Die Entscheidung aber, *ob* ein Faktum moralisch relevant ist, und auch die Entscheidung, ob und wie es festzustellen ist – ob also zum Beispiel ein psychiatrischer Test auch gegen Widerstand zulässig ist – das ist selbst eine moralische Entscheidung. Sie muss *in moralischer Perspektive* erfolgen, in der immer auch der Wille des Patienten im Auge zu behalten ist. Das Problem des Objektivismus besteht daher in dem *Vorrang*, der *empirisch-deskriptiven* Feststellungen der Kompetenz gegenüber der Anwendung des *moralisch-normativen* Autonomieprinzips eingeräumt wird.

Daraus resultiert tendenziell eine Aufspaltung der Moral, nach dem Motto: Achtung der Autonomie und eine kantische Moral für autonome Personen, Fürsorge und eine utilitaristische Mitleidsmoral für nicht-autonome Personen. In der medizinischen Praxis werden dadurch zwei zueinander komplementäre problematische Haltungen begünstigt: eine *paternalistische* und eine *autonomistische Haltung*.

Die *paternalistische Haltung* wird begünstigt, indem die Achtung der Autonomie von Kompetenzfeststellungen abhängig gemacht wird. Durch die Überprüfung der Entscheidungskompetenz möchte man dafür sorgen, dass der Patient eine *seinem Wohl dienende* oder zumindest eine *wirklich autonome* Entscheidung fällt. Damit wird seine Autonomie selbst zum Gegenstand der Fürsorge. Das ist zwar an sich völlig berechtigt. Indem medizinisches Handeln für das Wohl und die Gesundheit des Patienten sorgt, sorgt es auch für die notwendigen Bedingungen seines autonomen Lebens (Vgl. 4.-5.) Problematisch aber wird auch die Sorge für die Autonomie durch den *paternalistischen Fehlschluss*, solange der Patient krankheitsbedingt nicht-autonom sei, solange sei auch die Verpflichtung zur Achtung seiner Autonomie aufgehoben. Je weniger autonom ein Patient sich benimmt, so scheint es, desto mehr ist es gerechtfertigt, *ohne Rück-*

sicht auf seinen Willen für sein Wohl, einschließlich der (Wiederherstellung der) Autonomie, zu sorgen.

Insbesondere in der Psychiatrie gerät der Patient dadurch in die Gefahr, durch „fürsorgerischen Freiheitsentzug“, Zwangsmedikation oder sonstige Zwangsmaßnahmen völlig seiner Rechte beraubt und als bloßer Krankheitsfall betrachtet zu werden. Einsprüche, Proteste, Abwehrmaßnahmen lassen sich allzu leicht von vornherein ignorieren, indem man sie als Fälle von „Krankheitsuneinsichtigkeit“ und damit als ein Symptom der Krankheit definiert und „behandelt“, statt sie als mögliche, wenn auch (zunächst) schwer zu verstehende Willensäußerung zu begreifen (Vgl. 6.). Diese paternalistische Tendenz manifestiert sich auch in der verbreiteten Auffassung, Selbstmordabsichten seien an sich schon ein Symptom seelischer Krankheit.³

Die *autonomistische Haltung* begünstigt gegenüber „kompetenten“ Patienten die Gefahr mangelnder Fürsorgeorientierung, sofern er nicht mehr als fürsorgebedürftiger Patient, sondern als (vermeintlich!) autonomer Kunde in einem Dienstleistungsbetrieb gesehen wird. Nach dem Motto: „Ich tue, was der Patient will. Was kümmern mich die Folgen? Dafür ist er selbst verantwortlich.“ Eine nur noch als Dienstleistung verstandene Medizin, die (angeblich!) autonome Kundenwünsche erfüllt, handelt weder fürsorgend, noch achtet sie wirklich die Autonomie, die ohne Fürsorge nicht auskommt (Vgl. 4.-5.). Um nicht in dieser Weise einem *autonomistischen Fehlschluss* zu erliegen, bedarf es auch gegenüber dem angeblich autonomen Patienten immer eines gewissen Maßes an Fürsorgeorientierung (Vgl. 6.).

Den hier aufgewiesenen Dilemmata ist m.E. durch zwei Einsichten zu entkommen:

Erstens. Die moralische Verpflichtung zur Achtung der Autonomie *gilt unbedingt*, unabhängig von der „Kompetenz“. Von dieser hängt zwar ab, *wie* (in welcher praktischen Form) die Autonomie zu achten ist, nicht aber, *ob* sie überhaupt zu achten ist.

Zweitens. Achtung der Autonomie und Fürsorge sind gleichermaßen unbedingt gültige moralische Grundforderungen, die sich wechselseitig bedingen und fordern.

Zur Begründung dieser Thesen bedarf es einer anthropologischen Reflexion, welche Autonomie und Fürsorge in einem weiten Sinne als formale Charakteristika der menschlichen Existenz aufweist.

3. Anthropologische Reflexion der Moral

Eine anthropologische Reflexion der Moral dient nicht der theoretischen Fundierung moralischer Normen durch Rekurs auf rein deskriptiv aufweisbare Eigenschaften des Menschen, so dass es, wie oft befürchtet wird, zu einem naturalistischen Fehlschluss käme. Als *kritische Rückbesinnung auf Grundbedingungen des guten und richtigen menschlichen Lebens* ist sie vielmehr selbst von vornherein praktisch-ethisch orientiert. Um es pointiert zu sagen: Je mehr wir

³ „Als Täter ist jeder Selbstmörder krank und darum für sein Tun nicht verantwortlich. Als Opfer aber bedarf er des Schutzes vor sich selbst.“ (K. Thomas, zit. n. [2], S. 411)

uns über unsere menschliche Existenzform klar werden, desto mehr werden wir uns darüber klar, wie wir leben *sollen* (und im Grunde auch *wollen*). Insbesondere für die Klärung und Bewältigung schwieriger ethischer Problemlagen, wie sie sich in der Medizinethik stellen, ist eine solche anthropologische Reflexion praktisch bedeutsam.

Anthropologische Grundbegriffe wie Person, Vernunft, Autonomie oder auch Sorge oder Fürsorge dienen der so verstandenen anthropologischen Reflexion nicht zur Beschreibung empirischer Eigenschaften oder metaphysischer Wesensmerkmale der menschlichen Gattung, sondern als *anthropologische Reflexionsbegriffe*.⁴ Mit diesen Begriffen beziehen wir uns nicht objektivierend auf Eigenschaften von etwas in der Welt Vorhandenem, sondern *reflektierend auf uns selbst*, d.h. auf *formale Charakteristika unserer gemeinsam mit anderen geteilten menschlichen Existenzform*. Diese Charakteristika bestimmen den *praktischen Sinnhorizont* und die *begriffliche Grammatik*, die wir ganz selbstverständlich, meist ohne uns dessen bewusst zu sein, für das Verständnis, die Beschreibung und die moralische Beurteilung jeder beliebigen menschlichen Lebenslage – einschließlich der Lebenslage etwa der Demenz, der Bewusstlosigkeit oder des Todes – voraussetzen müssen.

Auch der demente, bewusstlose oder tote Mensch begegnet uns in diesem Horizont als *meines- bzw. unseresgleichen*. Er ist *jemand wie ich selbst*, indem ich mit ihm eine gemeinsame menschliche Existenzform teile. Die Frage, ob ein Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt zum Beispiel denk-, kommunikations- oder entscheidungsfähig ist, setzt – unabhängig von der empirischen Verfassung dieses Menschen – die Gewissheit voraus, dass wir es überhaupt *mit einem Menschen* (oder mit einem dem Menschen hinreichend verwandten Wesen) zu tun haben, zu dessen Existenzform es gehört, *unter normalen Bedingungen* über diese Fähigkeiten zu verfügen und sie unter Umständen verlieren zu können.

Die Begriffe Autonomie und Fürsorge stehen als anthropologische Reflexionsbegriffe für *formale* Grundbedingungen der menschlichen Existenz. Durch Reflexion auf diese Bedingungen lässt sich die unbedingte *Geltung* der moralischen Verpflichtungen zur Achtung der Autonomie und der Fürsorge gegenüber *jedem* Menschen einsichtig machen. In ihrem konkreten *Inhalt* und praktischen *Sinn* sind diese Verpflichtungen dadurch nicht festgelegt, sondern in Bezug auf die Situationsbedingungen, kulturellen Kontexte usw. in hohem Maße *deutungs-offen*. Es ist also zu unterscheiden zwischen der *unbedingten Geltung* ethischer Prinzipien, die situationsunabhängig besteht, und dem *empirisch-praktischen Sinn*, der durch den reflektierten Gebrauch in bestimmten (Arten von) Lebenssituationen zu bestimmen ist.

Durch eine anthropologische Reflexion des Zusammenhanges zwischen Autonomie und Fürsorge soll im folgenden (4.-5.) die wechselseitige Bedingtheit der moralischen Verpflichtungen zur Achtung der Autonomie und zur Fürsorge deutlich werden, bevor ich auf die praktischen Konsequenzen eingehe (6.-7.).

⁴ Ich benutze diesen Kantischen Ausdruck des „Reflexionsbegriffs“ in einem allgemeinen Sinne für philosophische Grundbegriffe, mit denen wir uns nicht unmittelbar auf objektive Gegebenheiten beziehen, sondern auf konstitutive Bedingungen der möglichen Erfahrung, Beschreibung oder praktischen Beurteilung dieser Gegebenheiten. Zu diesen Bedingungen gehören zum einen elementare begriffliche Formen der Sprache, zum anderen elementare Formen menschlicher Praxis

4. Sorge – Selbstsorge – Fürsorge

Um zu verstehen, was Fürsorge heißt, ist zunächst der Begriff der Sorge zu klären. Unter „Sorge“ verstehen wir gewöhnlich *Kummer, Besorgnis um etwas*. Heidegger macht demgegenüber in *Sein und Zeit* aufmerksam auf einen anthropologisch grundlegenden Sinn des Begriffs als praktische Sorge *für etwas*. So verstanden prägt die Sorge das gesamte menschliche Tun. Wir sind tagaus, tag-ein damit beschäftigt, etwas zu besorgen, für etwas Sorge zu tragen.

Das praktische *Sorgen-für* ist in zwei Hinsichten als *Selbstsorge* zu verstehen. Zum einen ist sie Selbstsorge im Sinne der Sorge *für uns selbst*. Indem wir *für etwas* sorgen, geht es uns immer zugleich *um uns selbst*, um unser je eigenes gutes und gelingendes Leben. *Zum anderen* ist jeder *selbst* dafür verantwortlich. Es ist nicht einfach von Natur aus für uns gesorgt. Wir können die Selbstsorge im Normalfall auch nicht völlig an andere delegieren. Jeder ist genötigt, selbst für sich sorgen, und so sein Leben *selbst zu bestimmen*, es zu *führen*. Das menschliche Leben hat insgesamt die Struktur der Selbstsorge und damit der Autonomie.

In beiden Hinsichten aber werden Selbstsorge und Autonomie auch *individualistisch* (miss-)verstanden, so als bilde jeder Einzelne eine völlig autarke Insel. Dagegen ist einzuwenden: Dass wir *selbst* leben und für uns Sorge tragen müssen, heißt nicht, dass wir es *alleine* tun könnten. Auf Grund der leiblich-natürlich bedingten Endlichkeit, Bedürftigkeit, Verletzlichkeit und Sterblichkeit unserer Existenz sind wir das ganze Leben hindurch auf die Fürsorge anderer für uns angewiesen. Diese wechselseitige Angewiesenheit auf Fürsorge beschränkt und bedroht nicht nur nicht unser je eigenes, selbstbestimmtes Leben, sie ermöglicht es vielmehr überhaupt erst. In Notlagen – etwa der Armut, der Krankheit oder der Behinderung – wird uns das nur besonders bewusst. Der moderne Individualismus missversteht im Grunde, was ein gelingendes menschliches Leben ausmacht. Um es nochmals mit Heidegger zu sagen: Unser Leben ist sowohl je eigenes (*autonomes*) *Selbst-Sein*, wie zugleich *Mit-Sein mit anderen*, für das die *Fürsorge* konstitutiv ist.

Zwischen Sorge, Selbstsorge und Fürsorge besteht also ein enger Zusammenhang, in dem auch die enge Beziehung zwischen Fürsorge und Autonomie enthalten ist. Diese Beziehung wird in ethischer Hinsicht noch deutlicher, wenn wir den Begriff der Würde einbeziehen.

5. Fürsorge – Würde – Autonomie

Gewöhnlich schreiben wir einem Menschen Würde nur unter bestimmten Bedingungen zu, etwa auf Grund eines Amtes oder besonderer Leistungen. Diese Würde ist also *bedingt* und *verlierbar*. Die Würde im *moralischen* Sinne dagegen gilt – in der stoischen, christlichen und kantischen Ethik – als *unverlierbar*. Sie wird dem Menschen *unbedingt*, allein auf Grund seines Menschseins, zugeschrieben.

Von einer *Missachtung* der Würde sprechen wir insbesondere dann, wenn Menschen ohne Grund eingesperrt, ihrer politischen Rechte beraubt, auf Grund bestimmter Eigenschaften diskriminiert, getötet, gefoltert und zum Objekt der Willkür des Staates oder anderer Menschen werden, wenn also ihre *Freiheit* und *Autonomie* missachtet wird. Im Hinblick auf Unrechtserfahrungen dieser Art

– wie etwa im Nationalsozialismus – gilt die Menschenwürde als Grundlage der so genannten *Freiheitsrechte*.

Gemäß einer üblichen Darstellung sieht es allerdings so aus, als käme dem Menschen die Achtung seiner Würde und Autonomie auf Grund *besonderer personaler Eigenschaften und Leistungen* zu. Dadurch wird es für eine moderne, säkulare Ethik, die nicht an eine unsterbliche Seele oder verborgene Wesenseigenschaften glaubt, schwer verständlich, wie auch einem Menschen, der über die erforderlichen personalen Fähigkeiten nicht (mehr) verfügt, wie also einem Embryo, einem schwer dementen Menschen oder einem Menschen im Koma eine solche Würde zugeschrieben werden kann. Diese Problematik stellt m.E. nicht die unbedingte Geltung der individuellen Würde in Frage. Sie resultiert aus einer einseitigen Auffassung des Würdebegriffs und löst sich auf, wenn wir uns auf die anthropologischen Bedingungen der Endlichkeit besinnen, welche die menschliche Existenzform bestimmen.

Im Sinnhorizont dieser Bedingungen verstehen wir uns selbst und den Anderen nicht nur als vernünftiges und autonomes Subjekt, sondern zugleich als bedürftiges, verletzliches und sterbliches Wesen, dessen autonome Existenz auf fragile leiblich-natürliche Bedingungen und deshalb auf wechselseitige Fürsorge angewiesen ist. Freiheitsrechte allein nützen uns wenig, wenn notwendige Bedingungen der Freiheit von vornherein gar nicht oder in unzureichender Form gegeben sind. Wer einem Menschen in elenden Verhältnissen und körperlicher Not sagt: „Du bist ein freier Mensch! Hilf dir selbst!“, der achtet nicht die Würde und Autonomie, sondern verhält sich zynisch. Von einer *Missachtung* der Würde sprechen wir daher auch, wenn Not leidenden Menschen die für ihr Leben notwendige Fürsorge vorenthalten wird, wenn man sie vorsätzlich in *menschenunwürdigen* Verhältnissen leben lässt. Darauf gründen sich die in politischen Verfassungen und Menschenrechtserklärungen verankerten *sozialen Menschenrechte*.

Im Kontext der endlichen Bedingungen einer gemeinsam geteilten Existenzform unterstellen wir im allgemeinen ganz selbstverständlich, ohne uns dessen bewusst zu sein, dass jeder Andere – ebenso wie wir – *will*, dass ihm in Notlagen von anderen geholfen wird. „Jeder Mensch, der sich in Not befindet, wünscht, daß ihm von anderen Menschen geholfen werde.“ ([11], § 30, S. 98) Allein auf Grund unseres Menschseins *wollen* wir also vieles, ohne es jemals *geäußert* zu haben und ohne es äußern zu müssen, ja, ohne es jemals explizit denken zu müssen. Was wir als den Willen eines Menschen bezeichnen, ist nämlich nicht zu verwechseln mit einem inneren psychischen Akt, wenngleich psychische Prozesse für die explizite *Willensbildung* und *Willensäußerung* notwendig sind. Auch von einem *bewusstlosen* Menschen, der sich in Not befindet, können wir sinnvoll sagen, dass er unter gewöhnlichen Umständen – wenn kein besonderer Anlass zum Zweifel besteht – *will*, dass ihm von anderen geholfen wird, und dass dieser Wille von anderen zu respektieren ist.

Dieses allgemeine menschliche Wollen ist die Grundlage für die Wechselseitigkeit der moralischen Verpflichtung zur gegenseitigen Hilfe und Fürsorge zwischen den Menschen, „und zwar darum: weil sie als Mitmenschen, d.i. bedürftige, auf einem Wohnplatz durch die Natur zur wechselseitigen Beihilfe vereinigte vernünftige Wesen anzusehen sind.“ ([11], § 30, S. 99) Das Autonomieprinzip impliziert also die Verpflichtung zur Fürsorge. Einem Menschen die für sein Leben notwendige Fürsorge vorzuenthalten, heißt nicht nur, grausam und mitleidslos zu sein, sein Bedürfnis nach Leidenslinderung zu missachten. Es

heißt vielmehr, seinen Willen zu missachten, den wir ihm auf Grund seiner Leidsituation zuschreiben können.

So verstanden ist die Fürsorge nicht eine spezielle moralische Tugend oder Tätigkeit *neben* anderen. Als eine elementare Form der *personalen* Beziehung und Zuwendung zum Anderen macht sie vielmehr eine Grundform der menschlichen Praxis aus. In dieser Perspektive der Fürsorge begegnet uns der Andere unter allen denkbaren Umständen *als personales Gegenüber*, d.h. *als jemand*, dem wir im jeweiligen Situationskontext – zum Beispiel einer bestimmten Art von Notlage – gewisse elementare Erwartungen an uns und insofern einen Willen zuschreiben können. Diese personale Wahrnehmung des Anderen *als Person* ist allerdings nicht völlig *unbeteiligt* aus einer reinen *Beobachterperspektive* der dritten Person, nur anhand spezieller Kriterien, möglich. Sie erfolgt vielmehr notwendigerweise *dialogisch* und *interaktiv* in der *Teilnehmerperspektive* der ersten Person, das heißt: durch direkte Begegnung und Kommunikation mit dem Anderen, im konkreten Kontext einer bestimmten Situation und im Sinnhorizont der gemeinsam geteilten menschlichen Existenzform. Dieser Sinnhorizont ermöglicht die ethische Grundüberlegung, die wir – der Goldenen Regel oder dem Kategorischen Imperativ folgend – anstellen, wenn wir moralisch urteilen und handeln, indem wir etwa angesichts der Notlage eines Anderen überlegen, was jeder von uns in einer vergleichbaren Lage *wollen* würde, das andere für uns tun.

In dem jeweiligen Situationskontext – zum Beispiel eines Unfalls oder eines kriminellen Überfalls – nehmen wir also in der Perspektive fürsorgender Zuwendung auch den bewusstlosen oder toten Menschen nicht als ein lebloses, bloß materielles oder vegetatives Etwas wahr, sondern als personales und moralisches Gegenüber. Die Tatsache, dass ein Mensch vorübergehend oder auf Dauer (fast) alle Fähigkeiten verloren hat, die ihm das autonome Leben eines gesunden und erwachsenen Menschen ermöglichen, so dass er sich wieder kindlich oder kaum noch „normal“-menschlich benimmt, – diese Tatsache macht ihn in unserer Wahrnehmung nicht wirklich zu einem unmündigen Kind oder zu einer anderen Art von Lebewesen. Ebenso wenig macht ihn die Tatsache des Todes zu einem rein materiellen Objekt, das nur noch „zu entsorgen“ wäre. Auch der Bewusstlose oder Tote bleibt die Mutter, der Freund oder auch der Fremde, in dessen Lage wir jederzeit selbst geraten könnten und dem gegenüber unser Verhalten nicht moralisch gleichgültig ist. Wir können sie nur so sehen und uns so verhalten, *als ob* sie keine Menschen (im vollen Sinne) wären. Das aber bedeutet, nicht nur ihre Bedürftigkeit, sondern ihren Willen und damit ihre Würde zu missachten.

Wir können also festhalten:

Erstens. Die unbedingte Achtung der Würde impliziert sowohl die Achtung der Autonomie wie die Verpflichtung zur Fürsorge.

Zweitens. Wer die Autonomie anderer achten will, darf die Verpflichtung zur Fürsorge nicht aus dem Auge verlieren.

Drittens. Wer für andere sorgt, darf die Verpflichtung zur Achtung ihres Willen nicht außer acht lassen.

Richtig verstandene Fürsorge ist also notwendigerweise eine nicht-paternalistische Fürsorge, wenn wir den weiten Sinn von Paternalismus zugrunde legen.

Welche praktischen Konsequenzen ergeben sich aus diesem Begriffsverständnis?

6. Fürsorge ohne Paternalismus

Ein weites und formales Verständnis der hier diskutierten medizinethischen Grundbegriffe ist aus zwei Gründen notwendig: *zum einen*, um das weite Spektrum möglicher Verletzungen der Autonomie des Patienten in der Alltagspraxis der Heilberufe zu erfassen; *zum anderen*, um die Notwendigkeit der Achtung der Würde und Autonomie der Person auch für Situationen mangelnder „Kompetenz“ des Kranken plausibel zu machen. Ich skizziere zunächst konstitutive Aspekte der Praxis nicht-paternalistischer Fürsorge im allgemeinen.

Der Begriff der Fürsorge ist moralisch-normativ orientiert, sofern sie nicht einer *bloßen Sache*, sondern der *Freiheit*, und damit der *Person* des Anderen gilt. Indem beispielsweise medizinische bzw. heilberufliche Fürsorge für das Überleben, die Leidenslinderung, das Wohlbefinden oder die Gesundheit des Anderen sorgt, zielt sie letztlich darauf, ihm die *Selbstsorge*, seine *freie und autonome Existenz* zu ermöglichen. Das ist nicht ein in der Zukunft liegendes Endziel, sondern in jedem Moment der eigentliche Zweck fürsorgenden Handelns. Es geht nicht nur darum, die Autonomie, die durch die Krankheit beeinträchtigt wurde, *in Zukunft wiederherzustellen*. Richtig verstandene Fürsorge ist vielmehr *von vornherein* nicht-paternalistisch orientiert, indem sie *zu jedem Zeitpunkt* dem Kranken, so weit es geht, autonome Selbstsorge bereits *im Umgang mit seiner Krankheit* ermöglicht.

Das ist offensichtlich nicht möglich ohne Rücksicht auf den *Willen*. Was aber heißt das? Die Goldene Regel enthält eine paternalistische Falle. Wir meinen leicht, der Andere müsse all das gut und wünschenswert finden, was wir *für uns* als gut und wünschenswert ansehen. Wir projizieren so unsere eigenen Präferenzen und Ansichten in seine unter Umständen ganz andersartige Situation hinein. Diese paternalistische Haltung verkennt die radikale Differenz und Fremdheit zwischen den Personen. Sie missachtet den Anderen in seinem autonomen Selbst-Sein und individuellen Anders-Sein. Sie gilt nicht wirklich der Existenz *des Anderen*. Die Formel „Was du nicht willst, das man dir tu, das füg’ auch keinem anderen zu“ wäre daher zu ergänzen durch: „wenn Du *der Andere*, mit einem *anderen* Leben und Wollen, in einer *anderen* Lebenslage wärest.“

Nicht-paternalistische Fürsorge erfordert daher – *vor allem* zupackenden Handeln – ein aufmerksames *Wahrnehmen* des Anderen, ein genaues Hinsehen und Hinhören auf das, was er wirklich *braucht* und *will*. Sie erfordert eine Zurückhaltung im Handeln, die sich auf das Notwendige beschränkt, die nicht darauf aus ist, dem Anderen „alles abzunehmen“ und ihn so aus seiner Stelle zu werfen, die ihm als dem Subjekt seines eigenen Lebens zukommt. Indem sie die notwendige Distanz gegenüber dem Anderen wahrt, ihn nicht mehr als notwendig von sich abhängig macht, ihn nicht zu beherrschen versucht, achtet nicht-paternalistische Fürsorge ihn in seiner Würde als personales und moralisches Gegenüber.

Die Gefahr paternalistischer Fürsorge besteht auch für eine autonomieorientierte Fürsorge, die die Autonomie des Anderen – ohne Rücksicht auf seinen tatsächlichen Willen – *bewirken* und *wiederherstellen* will. Durch *aktivierende Pflege* oder *Empowerment* zum Beispiel kranken oder alten Menschen zur

Selbstsorge und Selbstpflege zu verhelfen, ist erstrebenswert. Gleichwohl gewinnen solche Bemühungen leicht paternalistische Züge, wenn, aus vermeintlich „objektiver“ professioneller Sicht, mit Hilfe *normativer* Vorstellungen, wie man sich *richtig* zu verhalten hat, in eine Richtung aktiviert wird, in die der Betroffene vielleicht gar nicht will. „Man *muss* doch aktiv sein, sonst rostet man!“ „Man *muss* sich doch selbst pflegen!“ „Man *muss* sich doch morgens waschen!“ „Man *sollte* doch nicht rauchen!“ Nicht-paternalistische Fürsorge bedeutet oft auch: von eigenen einseitigen und dogmatischen Vorstellungen des Richtigen Abstand zu nehmen und den Anderen in seinem Anderssein auch dann zu respektieren, wenn *wir* sein Verhalten für unverständlich, falsch oder irrational halten.

Auch *ganzheitliche* Konzeptionen einer *anthropologischen* oder *psychosomatischen* Medizin können in dieser Hinsicht, ethisch gesehen, unter Umständen höchst fragwürdig sein. Zwar hat die medizinische Anthropologie gegenüber einem rein mechanistischen Verständnis der Krankheit zu Recht auf die Bedeutung des kranken Menschen *als Person* aufmerksam gemacht. Zudem kann es unter medizinischen Gesichtspunkten für das Verständnis und die Therapie einer Krankheit notwendig sein, nicht nur somatische, sondern auch psychisch-soziale Bedingungen zu berücksichtigen. Die „Einführung des Subjekts“ (Viktor von Weizsäcker) in die Medizin bringt aber auch die Gefahr mit sich, die Person selbst, den ganzen Menschen *zum Gegenstand medizinischer Objektivierung und Behandlung* zu machen. Demgegenüber gibt Karl Jaspers mit Recht zu bedenken, es könne „kein Mensch als Ganzes objektiviert und damit durchschaut werden. Ihn als Ganzes zu objektivieren, läßt ihn gerade verfehlen.“ ([10], S. 192)

Eine ganzheitliche Therapie, die nicht nur die Krankheit, sondern den *kranken Menschen* zum Gegenstand einer allumfassenden Behandlung zu machen versucht, kann unter Umständen, mehr als eine rein körperliche Therapie, den Kranken paternalistisch beherrschen und bevormunden und so seine Würde und Autonomie *als Person* missachten. Das gilt insbesondere dann, wenn die ganzheitliche Behandlung der Krankheit als Therapie eines Sinn- und Lebensproblems verstanden wird. Auch in dieser Hinsicht ist Jaspers Recht zu geben: „Ärztliche Heilung ist nicht das Bringen des Seelenheils. Die Vermengung von Arzt und Seelsorger muß die Aufgabe beider verwirren.“ ([9], S. 176)

Eine nicht-paternalistische Fürsorge ist zwar *ganzheitlich* orientiert, sofern sie die Möglichkeiten und Grenzen ihres Handelns im *Gesamtkontext der jeweiligen Situation* beurteilen muss, in dem es für die individuelle Lebensgeschichte des Anderen praktisch bedeutsam ist. Diese ganzheitliche Orientierung schließt aber gerade das Bewusstsein der *Grenzen* ein, die dem fürsorgenden Handeln durch die *Person* des Anderen gesetzt sind. Eine allzu vereinnahmende „ganzheitliche“ Fürsorge kann daher die Person des Patienten und ihre Autonomie unter Umständen eher missachten als die Beschränkung auf eine rein körperliche Therapie, die ihm die *Freiheit* lässt, seine Krankheit als eine *individuelle* Sinn- und Lebensproblematik *selbst* zu bewältigen.

Fürsorgendes Handeln kann also *zu viel* tun und dadurch in unzulässigerweise paternalistisch werden. Es kann aber auch *zu wenig* tun, indem es den Patienten *ausschließlich* als (vermeintlich!) autonomen Kunden sieht, dessen Wünsche zu erfüllen sind, ohne sich um deren Zu- oder Abträglichkeit für den Patienten zu kümmern. Diese *autonomistische* Haltung (Vgl. 2.) lässt es an der *notwendigen* Fürsorge fehlen und missachtet damit letztlich auch die Autono-

mie. Denn sie erkennt, dass auch weitgehend einsichts- und entscheidungsfähige Patienten – für die Selbstsorge im Umgang mit ihrer Krankheit – auf Fürsorge angewiesen sind. Dazu gehört nicht nur eine gründliche Diagnose und Therapie der Krankheit, sondern insbesondere auch Information, Aufklärung und Beratung, wodurch medizinische Aussagen über Diagnose, Prognose, mögliche Maßnahmen und deren Risiken usw. dem Patienten in ihrer Bedeutung für seine Lebenssituation verständlich gemacht werden. Zudem bedarf es in der medizinischen Praxis in besonderer Weise der Kultivierung von Haltungen und Verhaltensweisen, die in angemessener Weise – mit der notwendigen Distanz und Unaufdringlichkeit – Anteilnahme, Solidarität und Sensibilität für die besondere Lebenssituation des Kranken zum Ausdruck bringen.

Es ist außerdem zu bedenken, dass auch Entscheidungen, die gemäß *formellen* Mindestanforderungen „kompetent“ sind, *inhaltlich* sehr irrtumsbehaftet, irrational und selbstschädigend sein können. Es wäre daher zu fragen, ob unter solchen Umständen nicht auch ein „milder Paternalismus“ ([14], S. 78) moralisch gerechtfertigt sein könnte, mit dem man keinen *Zwang* ausübt, aber doch durch Überzeugungsarbeit mit einem gewissen *Nachdruck* den Patienten, auch gegen etwaige Widerstände, von einer gravierend selbstschädigenden Entscheidung abzubringen versucht.⁵ Auch ein solcher Paternalismus (im engen Sinne) achtet die Autonomie des Patienten als personales Gegenüber, indem er – mit dem notwendigen Respekt und ohne Anspruch auf unfehlbare Expertenautorität – an seinen vernünftigen Willen appelliert.

Die so verstandene nicht-paternalistische Fürsorge eröffnet dem Kranken Möglichkeiten der autonomen Selbstsorge. Zwar hat letztlich der Patient *selbst* seine Entscheidung zu treffen. Die Entscheidungs*findung* aber erfolgt nicht einsam und allein, sondern wesentlich *intersubjektiv*, im Dialog oder Gespräch.

Eine ethische Klärung praktischer Gesichtspunkte einer nicht-paternalistischen Fürsorge dient dazu, zum einen das ganze mögliche Spektrum *individueller Verhaltensweisen* kritisch unter die Lupe zu nehmen, durch die Ärzte, Pflegenden, Therapeuten usw. in ihrem alltäglichen Umgang mit Patienten diese bevormunden, entmündigen, manipulieren, unter Druck setzen, von sich abhängig machen, nach eigenen Vorstellungen über sie bestimmen usw., – einschließlich der Graubereiche subtiler, aber gleichwohl gravierender Formen der Missachtung der Person und ihrer Autonomie. Zum anderen sind auch die *institutionellen Rahmenbedingungen* kritisch daraufhin zu beurteilen, inwieweit sie paternalistische Formen der Fürsorge begünstigen. Konkrete Versuche, dem Paternalismus auf institutioneller Ebene entgegenzuwirken, sind zum Beispiel: die Aufwertung von Information, Beratung und Gespräch; Formen der Visite, die dem Kranken eine aktive Beteiligung und Einmischung ermöglichen; statt „Funktionspflege“ die Praktizierung der „Bezugspflege“, um die Mitsprache des Patienten bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen zu ermöglichen.

⁵ Es ist auch zu bedenken, dass solche Formen paternalistischer Einflussnahme nicht nur im Hinblick auf das Wohl des Betroffenen, sondern auch im Hinblick auf dessen Verpflichtungen anderen gegenüber moralisch begründet sein können. Denn wer sich selbst schadet, schadet meist auch anderen. Auch sollte man m.E. die Möglichkeit nicht ganz ausschließen, dass gegenüber „kompetenten“ Patienten unter Umständen weniger „milde“ Formen des Paternalismus moralisch gerechtfertigt sein könnten. Beauchamp und Childress nennen einige zumindest bedenkenswerte Fälle eines solchen in ihren Augen „justified strong paternalism“ ([1], S. 282)

Welche Bedeutung den institutionellen Rahmenbedingungen für die Achtung der Autonomie und Freiheit des Patienten zukommen, das bringt prägnant eine Äußerung des Schweizer Rechtswissenschaftlers Peter Noll zum Ausdruck, der eine operative Behandlung seines Blasenkrebses ablehnte und das mit folgenden Worten begründete: „Ich will nicht in die chirurgisch-urologisch-radiologische Maschine hineinkommen, weil ich dann Stück um Stück meiner Freiheit verliere. Mit Hoffnungen, die zusehends kleiner werden, wird mein Wille gebrochen, und am Schluß lande ich dann doch in dem bekannten Sterbezimmer, um welches alle einen großen Bogen machen.“ ([13], S. 11) Was Noll zu Recht befürchtet, ist nicht nur der Verlust an Freiheit. Es ist auch der Mangel an wünschenswerter persönlicher Fürsorge in modernen Kranken- und Sterbezimmern. (Vgl. [13], S. 45, 57 f.)

Wie steht es aber nun mit der Achtung der Autonomie von Patienten, die nicht die für autonome Entscheidungen notwendigen „Kompetenzen“ besitzen?

7. Achtung der Autonomie – unter allen Bedingungen?

Das Kriterium der „Kompetenz“ ist für das moralische Urteil im Einzelfall, nicht aber für die Anwendbarkeit des Autonomieprinzips entscheidend. Es ist daher nur ein Kriterium unter zahlreichen anderen. Welche Kriterien in welcher Weise für die Achtung der Autonomie des Patienten maßgebend sind, hängt vom jeweiligen Situationskontext ab. Generell lässt sich sagen: Je mehr ein Patient in seiner Denk- und Urteilsfähigkeit krankheitsbedingt oder aus anderen Gründen beeinträchtigt ist, desto mehr muss eine nicht-paternalistische Fürsorge auf seinen „mutmaßlichen Willen“ rekurrieren, um seine Autonomie zu achten. Zweifellos ist das ein heikler und schwieriger Begriff, der dem Paternalismus Tür und Tor öffnet, wenn man es mit den Mutmaßungen im Einzelfall nicht so genau nimmt. Gleichwohl ist dieser Begriff des mutmaßlichen Willens unverzichtbar. Die Aufgabe ethischer Reflexion besteht in dieser Hinsicht darin, sehr konkret die möglichen Anhaltspunkte und Kriterien zu klären, die für gut begründete Mutmaßungen über den zu achtenden Willen des Patienten maßgebend sein können. Dies kann hier selbstverständlich nur kurz skizziert werden. Ich nenne einige einschlägige Beispiele.

- Die Tatsache, dass Entscheidungen und Willensäußerungen auf Grund mentaler Störungen „inkompetent“ sind, rechtfertigt nicht, dass man sie völlig ignoriert. Sie sind vielmehr auch unter diesen Bedingungen als Äußerungen des Willens der betreffenden Person zu begreifen. Denn auch geistige Krankheiten sind, wie Merleau-Ponty mittels phänomenologischer Analyse deutlich macht, eine „vollständige Existenzform“, in der ein „personaler Kern“ erhalten bleibt, „der das Sein des Kranken, sein Vermögen zu existieren ist.“ ([12], S. 133, 163) Nach Wittgenstein lässt sich eine geistige Krankheit auch als Charakterveränderung ansehen, als eine Lebensform mit eigener Grammatik, in der die Person nicht verschwindet, sondern in veränderter, verfremdeter, verrückter Weise agiert, sich anderen gegenüber zum Ausdruck bringt, Bedürfnisse äußert, ihren Willen kundtut, leidet, sich freut, auf personale Zuwendung angewiesen ist usw. (Vgl. [4]). Die Äußerungen und Mitteilungsversuche eines solchen Menschen kommen uns verwirrt, irrational und unverständlich vor. Gleichwohl haben sie ihre eigene Logik. Sie können verständlich werden,

wenn man sich auf ihr Denken und ihre Lebenssituation außerhalb der Normalität einlässt und nach ihren eigenen Regeln mit ihnen kommuniziert. Auf diese Weise lässt sich auch ein Stück weit verstehen, was sie *wollen*.⁶ Solche Möglichkeiten der Verständigung sind selbstverständlich immer mehr oder weniger beschränkt. Doch selbst wenn uns das Verhalten des Anderen fremd und unverständlich bleibt, ist er in der Weise als Person mit einem eigenen Willen zu achten, dass man ihn, soweit möglich, in seiner „Verrücktheit“ agieren und gewähren lässt, statt ihn bloß zu verwahren und ruhig zu stellen.

- Psychisch oder geistig kranke Patienten, die gegen ärztliche oder pflegerische Maßnahmen Widerstand leisten, welche objektiv gesehen ihrem Wohl dienen, werden als „krankheitsuneinsichtig“ beurteilt. Die Krankheitsuneinsichtigkeit selbst wird als Symptom ihrer Krankheit verstanden. Tatsächlich aber äußert sich in diesem Verhalten nicht einfach ein Mangel an *kognitiver* Einsicht in einen medizinischen Sachverhalt. Das Ignorieren der eigenen Situation ist vielmehr unter Umständen das dem Kranken allein noch verfügbare Mittel, sich gegenüber der Krankheit, etwa einer beginnenden Demenz, oder auch gegenüber der Fremdbestimmung durch andere zu behaupten. Auch mangelnde Krankheitseinsicht kann eine Form autonomer Selbstbehauptung sein, die zu respektieren ist (Vgl. [5], S. 78, [9], S. 182).
- Im Fall schwerer Depression sind erfahrungsgemäß Sterbewünsche und Suizidabsichten zwar sehr stark, aber in den meisten Fällen zeitlich begrenzt und „therapierbar“. Paternalistische Zwangsmaßnahmen – Maßnahmen gegen den aktuellen Widerstand der Betroffenen – zum Zwecke der Suizidverhütung sind daher gut zu rechtfertigen. Es ist aber gerade in diesen Fällen auch besonders deutlich, dass die Verpflichtung zur Fürsorge nicht allein ausschlaggebend sein kann. Man muss vielmehr *mit gutem Grund* damit rechnen können, dass der Betroffene in absehbarer Zukunft dem paternalistischen Eingreifen nachträglich *zustimmen* wird. Man muss sich also auch auf das Autonomieprinzip berufen können. Das aber bedeutet, dass ein *routinemäßig* paternalistisches Vorgehen nicht zu rechtfertigen ist, das Patienten, allein auf Grund ihrer Depression, schon bei geringem Verdacht auf Selbstgefährdung sowie in schweren Fällen auf unabsehbare Zeit und wiederholt mit Zwangsmaßnahmen vor sich selber schützt. Zu beachten ist auch, dass solche Mutmaßungen, soweit möglich, im nachhinein geprüft werden müssten. Hat ein Patient wirklich im nachhinein zugestimmt? Oder hat man sich getäuscht?
- Sofern (verständliche) verbale Willensäußerungen nicht mehr möglich sind, wie etwa im Fall der Demenz, gewinnt das nonverbale Verhalten als Ausdrucksmedium des Willens an Bedeutung. Die Schweizer Ärzte U.P. Haemmerli und A. Wettstein formulieren für die „humane medizinische Betreuung im Heim“ folgenden Grundsatz: „Das Prinzip des Erkennens des mutmaßlichen Willens des Patienten gilt auch für senil Demente, verwirrte oder erregte Patienten.“ ([7], S. 159) Auch diese könnten „durch Gebärden oder Verhaltensweisen“ – etwa das Herausreißen von Infusionen oder das Ausspucken von Tabletten – „klar erkenntlich ihren Willen ausdrücken.“ ([7], S. 159) Allerdings ist der Wille in solchen Fällen wohl nicht immer so „klar er-

⁶ Die Methode der „Validation“ von N. Feil, einer Sozialarbeiterin und Schauspielerin, gibt eine Anleitung zur Kommunikation mit altersverwirrten und dementen Menschen, die im Hinblick auf die Achtung der Autonomie dieser Menschen auch ethisch bedeutsam ist (Vgl. [3])

kenntlich“. Mehr noch als im Fall verbaler Äußerungen ist eine non-verbale Äußerung nur im jeweiligen Situationskontext als Ausdruck des *Willens* zu verstehen. Haemmerli und Wettstein schränken diesen Grundsatz ein auf „Maßnahmen für langfristige Probleme und allgemeine Pflege zur Lebenserhaltung.“ ([7], S. 159) Der hartnäckige Widerstand dagegen, wie etwa auch die Nahrungsverweigerung, kann den Willen zum Verzicht auf allzu schmerzhaft und qualvoll empfundene Maßnahmen und gegebenenfalls den Willen zu sterben ausdrücken. Ist dagegen das Abwehrverhalten nur vorübergehend, weil es etwa durch „medizinisch behebbare, kurzfristige Erkrankungen wie akute Verwirrtheit wegen Flüssigkeitsmangels“ bedingt ist, dann könne man das ablehnende Verhalten missachten und „sich dabei auf das Prinzip des mutmaßlichen Willens des Patienten stützen.“ ([7], S. 159) Um es sich mit so folgenreichen Mutmaßungen und Entscheidungen nicht zu leicht zu machen, sollte man allerdings wohl zum Beispiel auch die Regel beachten, sie nur gemeinsam im Team, mit anderen Berufsgruppen und mit Angehörigen zu treffen.

- Als maßgebliche Entscheidungsgrundlage für die Achtung der Autonomie bei mangelnder „Kompetenz“ werden üblicherweise frühere mündliche oder schriftliche *Willenserklärungen* angesehen. Solche Willensäußerungen sind selbstverständlich unbedingt zu beachten, allerdings nicht auch unbesehen zu befolgen. Zum einen können sie aus moralischen Gründen unzumutbar sein. Zum anderen können sie allzu lang zurück liegen sowie, trotz *formaler* „Kompetenz“, *inhaltlich* unverständlich, irrational oder unaufgeklärt sein, so dass man bezweifeln kann, ob das, was gesagt oder aufgeschrieben wurde, dem *wirklichen* Willen des Betroffenen entspricht. Selbstverständlich müssen solche Zweifel sehr gut begründet sein, wenn sie nicht paternalistisch sein sollen. Die prinzipielle Möglichkeit eines solchen Zweifels macht aber deutlich, dass die (einzelne) *Willensäußerung* allein – ohne einen größeren Situationskontext – für die Zuschreibung eines Willens niemals hinreichend ist. Das gilt schon für aktuelle Willensbekundungen. Ein und dieselbe Äußerung – etwa: „Ich möchte sterben.“ – ist im Falle einer qualvollen, tödlichen Krankheit im Endstadium anders zu verstehen als im Falle einer depressiven Verstimmung. Auch das non-verbale Verhalten (Tonlage, Mimik, Gestik usw.) kann für das Verständnis einer Äußerung relevant sein.

Der vage Hinweis auf frühere Meinungsäußerungen des Patienten allein ist eine zu unsichere Basis für schwerwiegende Entscheidungen, etwa über den Abbruch der künstlichen Ernährung. Solche Äußerungen sind unter Umständen und soweit möglich in einem größeren Zusammenhang zu sehen mit dem Zeitpunkt und Situationskontext der Äußerung, der individuellen Lebenssituation und Lebensgeschichte, Aussagen anderer Personen (Angehörige, Pflegepersonal usw.).⁷ Länger zurückliegende Willenserklärungen bilden zudem wegen des zeitlichen Abstands und der Verschiedenartigkeit zwischen der Situation ihrer Äußerung und der Situation, für die sie einschlägig sind, ein besonderes Problem. Soll man zum Beispiel einen Alzheimerkranken

⁷ Marianne Rabe verweist auf das Problem einer allzu bedenkenlosen Berufung auf den „mutmaßlichen Willen“ auf der Grundlage einer früheren Willensäußerung am Beispiel des so genannten „Kemptner Falls“. Ein Abbruch künstlicher Ernährung wird hier mit dem Hinweis auf eine 8–10 Jahre zurückliegende Bemerkung „So möchte ich nicht enden“ begründet, die die Patientin anlässlich eines Films über schwer Pflegebedürftige fallen ließ. Rabe zitiert aus Leitsätzen zum Urteil des BGH über diesen Fall: „An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses sind strenge Anforderungen zu stellen.“ ([16], S. 97 f., 100)

- allein auf Grund einer früheren Willenserklärung – im Fall einer lebensbedrohlichen Krankheit sterben lassen, wenn er aktuell an seinem Leben zu hängen und es zu genießen scheint, also durch sein Verhalten in keiner Weise einen Sterbewillen zum Ausdruck bringt?
- An Fällen, in denen keine Willensäußerung möglich ist, lässt sich klar machen, dass solche Äußerungen für die Zuschreibung eines Willens nicht unbedingt notwendig sind. Ohne erst fragen zu müssen, schreiben wir anderen in einer lebensbedrohlichen Notlage, indem wir ihnen spontan zu Hilfe eilen, selbstverständlich den *Willen* zu, gerettet zu werden. Es wäre merkwürdig, wenn Sanitäter angesichts eines bewusstlosen, verblutenden Menschen, bloß weil sie ihn nicht fragen können, zweifeln würden, ob er überhaupt *will*, dass sie sein Leben retten. Zu einem solchen Zweifel muss *ein besonderer Grund oder Anlass* bestehen. Allgemein lässt sich sagen: Wir *wollen*, dass andere uns in einer Weise behandeln, die wechselseitigen moralischen Verpflichtungen für bestimmte (Arten von) Situationen entspricht. Gegenüber einem *toten Menschen* bedeutet das zum Beispiel, dass wir ihn auf angemessene Weise beerdigen, keine Unwahrheiten über ihn verbreiten, mit seinem Nachlass auf eine Weise verfahren, die mutmaßlich in seinem Sinne ist usw. Auch Verstorbenen gegenüber bestehen nicht nur „Pietätspflichten“, sondern die Pflichten zur Achtung ihres Willens und einer entsprechenden Fürsorge. Angesichts der für alle Beteiligten oft belastenden und schwer zu ertragenden Realität des Umgangs mit Menschen im Koma, mit Hirntoten oder mit frisch Verstorbenen in modernen Krankenhäusern ist zu fragen, wie wir alle *wollen*, dass *mit uns* unter diesen Bedingungen umgegangen wird, so dass wir uns wechselseitig – auch ohne frühere Willensäußerungen – einen entsprechenden Willen zuschreiben können, der von allen zu achten ist.

Schlußbemerkung: Autonomie oder Fürsorge?

Als Grundbegriffe (Prinzipien) der Ethik sind Autonomie und Fürsorge keine allgemeinen Normen, die nur *prima facie* gelten. Es handelt sich vielmehr um höchste *formale* Orientierungsgesichtspunkte des *moral point of view*, die für die Beurteilung des Handelns und handlungsleitender normativer Orientierungen *unbedingt* maßgebend sind. Zwar sind sie in ihrem praktischen *Sinn* für das konkrete Handeln – je nach (Art der) Situation - *inhaltlich* variabel deutbar. Dafür sind empirische Gegebenheiten, wie etwa auch die Entscheidungsfähigkeit, maßgebend. Gegenüber schwer Dementen, Menschen im Koma oder Verstorbenen ist die konkrete Form der Achtung der Autonomie und der Fürsorge eine andere als gegenüber lebenden und gesunden Menschen. Diese konkrete Deutung kann unter Umständen schwierig und konfliktreich sein. Die *Geltung* der Prinzipien ist gleichwohl *unbedingt*. Sie kann nicht durch bestimmte empirische Bedingungen, wie etwa mangelnde „Kompetenz“, außer Kraft gesetzt werden.

Beide Prinzipien, die Achtung der Autonomie *und* die Fürsorge, sind *unter allen Bedingungen* - als sich jederzeit wechselseitig bedingende Gesichtspunkte des Handelns – im Auge zu behalten: Wem wirklich am Wohl *des Anderen* liegt, darf dessen *Willen* nicht missachten. Wer wirklich die Autonomie des Anderen achten will, dem kann auch dessen Wohl nicht gleichgültig sein. Die Reflexion anthropologischer Grundbedingungen der Moral ließ diesen Zusammenhang deutlich werden.

Nur vor diesem Hintergrund lässt sich die besondere Schwierigkeit und Konflikthaftigkeit medizinethischer Problemlagen adäquat beschreiben. Gerade weil immer beide Gesichtspunkte, das Wohl und der Wille des Patienten, zu beachten sind, ist paternalistisches Handeln, auch wenn es unumgänglich ist, wegen der damit verbundenen Anwendung von Täuschung, psychischem Druck, Zwang, Gewalt usw. gleichwohl immer moralisch heikel und prekär. Für die gelingende Bewältigung solcher Problemlagen bedarf es zwar nicht nur höchster formaler Prinzipien, sondern einer Vielzahl konkreter Kriterien, Regeln und Richtlinien, wozu unter anderem auch die Berücksichtigung der „Kompetenz“ gehören kann. Die kritische und praxisbezogene Klärung solcher Kriterien und Regeln in der Perspektive des *moral point of view* ist Aufgabe ethischer Reflexion. Es gibt aber keine einfachen Methoden der Problemlösung und Entscheidungsfindung. Die empirischen Verhältnisse sind oft so beschaffen, dass sich die Probleme als nicht befriedigend lösbar erweisen und, im Fall echter Dilemmata (Zwangslagen), unter Umständen völlig unlösbar sind.

Literatur

1. Beauchamp TL/Childress JF (1994) Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York / Oxford
2. Birnbacher D (1990) Selbstmord und Selbstmordverhütung aus ethischer Sicht. In: Leist A (Hrsg) Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
3. Brechbühler M (1994) Validation entreißt Hochbetagte dem bloßen Vegetieren. Krankenpflege 87: 25–28
4. Fischer HR (1991) Sprache und Lebensform. Wittgenstein über Freud und die Geisteskrankheit. Auer, Heidelberg
5. Gadamer H.-G. (1993) Zum Problem der Intelligenz. In: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Suhrkamp, Frankfurt a. M., S 65–83
6. Gert B, Culver MC, Clouser KD (1997) Bioethics: A Return to Fundamentals. Oxford University Press, New York/Oxford
7. Haemmerli UP, Wettstein A (1991) Humane medizinische Betreuung im Heim: praktische Richtlinien. Schweizer Heimwesen 3: 158–161
8. Hofmann I (2001) Verrückt in normierter Umgebung. Ethische Überlegungen zur Pflege psychisch veränderter und kranker Menschen. PflegeImpuls 8: 179–184
9. Jaspers K (1958) Die Idee des Arztes. In: Philosophie und Welt. München, S 169–183
10. Jaspers K (1958) Arzt und Patient. In: Philosophie und Welt. München, S 184–207
11. Kant I (1990) Metaphysik der Sitten. Zweiter Teil (Tugendlehre). Felix Meiner, Hamburg
12. Merleau-Ponty M (1966) Phänomenologie der Wahrnehmung. De Gruyter, Berlin
13. Noll P (1987) Diktate über Sterben & Tod. Piper, München
14. Patzig G (1993) Gibt es eine Gesundheitspflicht?, In: Patzig G, Gesammelte Schriften II. Grundlagen der Ethik. Göttingen, S 73–85
15. Quante M (2002) Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
16. Rabe M (2002) „Therapiebegrenzung und Sterbehilfe bei nicht einwilligungsfähigen Patienten. Ein Beitrag aus pflegerischer Perspektive“. In: Frewer A/Winau R (Hrsg.) Ethische Kontroversen am Ende des menschlichen Lebens. Palm und Enke, Erlangen/Jena, S 93–111
17. Wear S (1993) Informed Consent. Patient Autonomy an Physician Beneficence within Clinical Medicine. Dordrecht/Boston/London
18. Wieland W (1986) Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Heidelberg (Abhandlungen der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Philosophisch-historische Klasse, Abh. 4, Jg.1985)
19. Wiesemann C (1997) „Das Recht auf Selbstbestimmung und das Arzt-Patient-Verhältnis aus sozialgeschichtlicher Perspektive“. In: Toellner R, Wiesing R (Hrsg.) Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. Gustav Fischer, Stuttgart, S 67–89