

4 Autonomie und Fürsorge – zwei gegensätzliche Prinzipien?

Christof Breitsameter

- | | |
|-----|--|
| 4.1 | Was ist Paternalismus? |
| 4.2 | Unbeabsichtigte bzw. nicht gewusste Folgen |
| 4.3 | Beabsichtigte bzw. gewusste Folgen |
| 4.4 | Autonomiekonzepte |
| 4.5 | Strategien der Rechtfertigung paternalistischen Handelns |
| 4.6 | Shared decision-making |
| | Literatur |

Der medizinische Entscheidungsprozess befindet sich gegenwärtig im Wandel: Es entscheidet nicht mehr allein der Arzt, die Patienten werden zunehmend in diesen Prozess einbezogen. Natürlich kann eine autonome Entscheidung nicht ohne die Mitwirkung des Arztes, der über das entsprechende Fachwissen verfügt, gefällt werden. Häufig wird deshalb gefordert, dass die Entscheidung über Diagnose bzw. Therapie auf der Basis einer Interaktion zwischen Arzt und Patient gefällt werden soll. Wird diese Entscheidung in enger Abstimmung zwischen Arzt und Patient getroffen, wird von „shared decision-making“ gesprochen (vgl. Mousjid et al. 2007, S. 539–546.) Dieser Begriff wirft allerdings die Frage auf, was der Arzt und was der Patient zu einer gemeinsam getroffenen Entscheidung beitragen soll. Grundsätzlicher formuliert: Welchen Stellenwert hat die Patientenautonomie im Angesicht ärztlicher Fürsorge?

Das klassische Modell der Beziehung zwischen Arzt und Patient ist dadurch gekennzeichnet, dass der Arzt aufgrund seines Expertenwissens dem Patienten bei Diagnose bzw. Therapie eine passive Rolle zuschreibt. Dahinter steht die Haltung, der Arzt wisse aufgrund seiner fachlichen Qualifikation am besten, was für den Patienten richtig sei. Und er habe den Patienten geradezu zu schützen, indem er ihm Informationen, die ihn beunruhigen oder überfordern könnten, vorenthalte und wichtige Entscheidungen stellvertretend für ihn treffe. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist in diesem Modell asymmetrisch gestaltet, das Moment der Fürsorge gegenüber dem Moment der Selbstbestimmung deutlicher ausgeprägt (ein geschichtlicher Überblick über die Entwicklung der geteilten Entscheidungsfindung findet sich bei Katz 2002, S. 1–47).

Die extremste Ausformung des ärztlichen Paternalismus besteht darin, dass über Diagnose bzw. Therapie *ohne Wissen des Patienten* entschieden wird. Nicht selten führten beispielsweise Ärzte in den USA routinemäßig PSA-Screenings durch, ohne das Einverständnis der Betroffenen eingeholt zu haben (vgl. Federman et al. 1999, S. 152–157). Eine mildere Form der paternalistischen Arzt-Pa-

tient-Beziehung liegt vor, wenn der Patient einer gestellten Diagnose zustimmen oder nicht zustimmen bzw. in eine vorgeschlagene Therapie einwilligen oder nicht einwilligen kann. Hier ist allerdings das Moment der Wahlfreiheit unvollständig ausgeprägt, weil dem Patienten keine alternativen Behandlungsoptionen vorgeschlagen werden. Diese Art der Fürsorge wird als informierte *Einwilligung* oder informierte Zustimmung („informed consent“) bezeichnet. Aus ethischer und rechtlicher Perspektive bildet die informierte Einwilligung das Minimum an Patientenautonomie. Ohne diese Zustimmung wird jeder ärztliche Eingriff zur (strafbaren) Körperverletzung.

Viel spricht allerdings dafür, sich an einem Modell zu orientieren, das der Autonomie des Patienten einen höheren Rang einräumt. Das bereits erwähnte Modell des „shared decision-making“ bedeutet, dass Arzt und Patient unterschiedliche Kenntnisse in die Entscheidung einbringen: Der Arzt weiß über diagnostische Methoden und Möglichkeiten der Therapie Bescheid, während der Patient seine Ziele und Wertvorstellungen kennt. In der Konsequenz bedeutet dies, dass die Patienten über die Vor- und Nachteile einer Behandlung und deren Alternativen informiert werden (und eben nicht nur in den Behandlungsvorschlag des Arztes einwilligen oder nicht einwilligen) und dann auf der Grundlage dieser Informationen darüber entscheiden, welche Behandlung sie vornehmen lassen oder ob sie auf eine Behandlung verzichten wollen. Natürlich kann und soll daraus in der Praxis keine strikte Trennung der Art entstehen, dass der Arzt nur Informationen liefert und der Patient ausschließlich seine Wertvorstellungen artikuliert. Der Arzt kann durchaus Empfehlungen geben. Er muss dies aber einerseits dem Patienten gegenüber kenntlich machen und andererseits zuvor Einblick in die persönlichen Wertvorstellungen des Patienten gewonnen haben. Im Idealfall entscheiden beide gemeinsam – der Arzt in Kenntnis der Wertvorstellungen des Patienten, der Patient in Kenntnis der vom Arzt erhaltenen Informationen. Setzen wir aber noch einmal grundsätzlich an: Was spricht für diese Arbeitsteilung, in der der Arzt über die *Mittel*, der Patient über die *Ziele* des medizinisch Gebotenen verfügt?

Allgemein gesprochen kann ein Patient der Ansicht sein, der potenzielle Nutzen einer Behandlung sei deren Nachteile wert, er kann aber auch die Nachteile für zu groß und den Nutzen für zu gering erachten, sodass ihm der Aufwand ungerechtfertigt erscheint. Er hat ja in seine Entscheidung nicht nur die erwarteten Folgen, sondern auch die möglichen Nebenfolgen mit einzubeziehen. Dazu kommt, dass das Eintreten der Folgen (wie auch der Nebenfolgen) nur prognostiziert werden kann, also mit Unsicherheit belastet ist (vgl. Breitsameter 2010, S. 349–352). Die Möglichkeiten einer medizinischen Behandlung müssen also bewertet werden, und zwar von der betroffenen Person selbst. Denn diese Bewertung kann sich von Person zu Person unterscheiden, sich zudem bei jeder Person (etwa im Verlauf einer Krankheit) verändern. Die Frage nach der richtigen Diagnose bzw. Therapie hat daher eine *soziale* und eine *zeitliche* Dimension: Verschiedene Personen kommen zu verschiedenen Zeitpunkten zu unterschiedlichen Urteilen über das für sie Zuträgliche. *Sachlich* gesehen können wir in Fragen der medizinischen Entscheidungsfindung von einem Zielkonsens zwischen Arzt und Patient deshalb nicht sprechen, weil Diagnoseergebnisse oft nicht eindeutig und Therapieerfolge unsi-

cher oder mit unerwünschten Nebenwirkungen verbunden sind. Was aber bedeutet dies für den Fall, dass für einen Patienten stellvertretend entschieden werden muss?

4.1 Was ist Paternalismus?

Gewöhnlich unterstellen wir Personen die Fähigkeit, vernünftig und in diesem Sinne selbstbestimmt zu entscheiden und zu handeln. In medizinischen Kontexten tritt jedoch dem Prinzip der Autonomie – wenigstens prima facie – das Prinzip der Fürsorge gegenüber. Der Arzt kann etwas für vernünftig und geboten halten, was der Patient für unvernünftig hält und deshalb ablehnt (oder umgekehrt). Welche Empfehlung sollte in einem solchen Fall den Ausschlag geben? Darf der Arzt gegen den Willen (*voluntas aegroti*) des Patienten entscheiden und handeln, um sein (vermeintliches) Wohl (*salus aegroti*) zu fördern? Existiert ein prinzipieller Gegensatz zwischen Autonomie und Fürsorge in medizinischen Fragen? Oder können Autonomie und Fürsorge als komplementäre Prinzipien konzeptualisiert werden?

Beginnen wir die Frage, ob und inwieweit der Arzt in die Entscheidung oder Handlung eines Patienten eingreifen darf, mit einer Definition. Für den Akt des stellvertretenden Entscheidens und Handelns (nicht nur in medizinischen Kontexten) hat sich der Begriff des Paternalismus eingebürgert¹. Weil die Ansichten darüber, was unter Paternalismus verstanden werden soll, zum Teil erheblich voneinander abweichen, ist es unumgänglich, eine Begriffsbestimmung vorzunehmen, die im Folgenden nur auf das medizinische Entscheiden und Handeln bezogen wird. Unter *medizinischem Paternalismus* soll jede Entscheidung oder Handlung verstanden werden, die einen Eingriff in die aktuelle oder durch eine Patientenverfügung dokumentierte kompetente Entscheidung eines Patienten darstellt, und zwar mit dem Ziel, das Wohl dieses Patienten zu fördern oder Schaden von ihm abzuwenden². Mit dieser Definition werden vier Einschränkungen verbunden:

1. Es soll im Folgenden der Einfachheit halber bei einer Maßnahme vonseiten des Arztes nur noch von Handeln, nicht mehr von Entscheiden gesprochen werden,

1 Der Begriff „Paternalismus“ wird beibehalten, weil er im medizinethischen Diskurs eingeführt ist. Von der alltagssprachlich zumeist negativen Wertung muss dabei abstrahiert werden. Der Begriff „Fürsorge“ hingegen ist in der Regel positiv konnotiert, im Fachdiskurs freilich weniger gebräuchlich. Ein neutraler Begriff wäre der der stellvertretenden Entscheidung.

2 Vgl. Dworkin (1972, S. 64–84, 65): Dworkins Definition bezieht sich nur auf die Handlungs-, nicht auf die Willensfreiheit. Allerdings ist zu beachten, dass schon die Willensbildung eines Patienten so beeinflusst werden kann, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme einer anderen vorgezogen wird, was den Tatbestand des Paternalismus erfüllen würde.

weil eine medizinische Entscheidung unser ethisches Urteil in dem Moment herausfordert, in dem sie zur Handlung werden soll und Folgen für den Patienten zeitigt.

2. Außerdem soll unter einer medizinischen Handlung nicht nur ein Tun, sondern auch ein Unterlassen verstanden werden.
3. Auf der Seite des Patienten ist nicht nur ein Eingriff in seine Handlung (oder genauer: seine Handlungsfreiheit), sondern auch in seine Entscheidung (also seine Willensfreiheit) gemeint, weil jede (freie) Handlung in einer Entscheidung wurzelt und ein Eingriff schon hier einsetzen kann.
4. Schließlich sind nur Fälle zu bedenken, in denen sich ein Patient selbst Schaden zuzufügen droht, nicht aber Fälle, in denen Dritte Schaden zu erleiden drohen.

Wichtig ist nun die Klärung der Frage, was unter der Kompetenz eines Patienten verstanden werden soll. Als kompetent soll eine Person dann bezeichnet werden, wenn sie die Folgen und Nebenfolgen einer medizinischen Handlung wie ihrer Alternativen (einschließlich der Möglichkeit, auf eine medizinische Intervention zu verzichten) *verstehen* und *beurteilen* kann. Es sind also für eine kompetente Entscheidung sowohl kognitive (bzw. emotionale) als auch wertende Fähigkeiten erforderlich.

Um die Diskussion des Begriffs „Paternalismus“ zu vereinfachen, sollen diejenigen Fälle, die aus ethischer Perspektive strittig sind, unterschieden werden von jenen, die unstrittig sind:

- Strittig ist der Fall, in dem eine Person die Folgen und Nebenfolgen einer medizinischen Maßnahme sowie deren Unterlassung (einschließlich der Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens bzw. Nichteintretens) erfassen und beurteilen kann und dies entweder durch eine aktuelle Willensäußerung oder durch eine Patientenverfügung kundtut, der Arzt aber für eine davon abweichende Option votiert. Hier ist ein paternalistischer Eingriff eigens zu rechtfertigen.
- Unstrittig ist der Fall, bei dem diese Voraussetzungen komplett entfallen, also bei einer Person, die ihren Willen aktual nicht äußern kann (bzw. deren Wille nicht durch eine Patientenverfügung dokumentiert ist). Hier ist ein Eingriff aus ethischer Sicht unzweifelhaft gerechtfertigt³.

In der Literatur wird in dieser Hinsicht häufig zwischen hartem und weichem (oder starkem und schwachem) Paternalismus unterschieden:

- Von *hartem* Paternalismus ist die Rede, wenn in die Entscheidungskompetenz voll selbstbestimmungsfähiger Personen eingegriffen wird.
- Von *weichem* Paternalismus hingegen wird gesprochen, wenn in die Entscheidungslagen von Personen eingegriffen wird, deren Fähigkeit zur Selbstbestimmung (vorübergehend) nicht gegeben ist⁴.

3 Bei medizinischen Interventionen, die Kinder betreffen, ist zu fragen, ob bei einer unterschiedlichen Beurteilung des Falls die Entscheidung des Arztes, die Entscheidung der Eltern oder die Entscheidung einer neutralen Partei den Ausschlag geben sollte.

4 Die Unterscheidung wurde von Feinberg (1973, S. 33) – allerdings bezogen auf den staatlichen Paternalismus – eingeführt, später jedoch von ihm wieder verworfen. Als

Damit wird durch den weichen Paternalismus ein formaler Begriff dessen, was in einer bestimmten Situation als vernünftig gelten kann, vorausgesetzt. Der harte Paternalismus würde eine Entscheidung hingegen als material unvernünftig charakterisieren, also auch dann kritisieren, wenn sie fehlerlos zustande gebracht wurde.

So plausibel die häufig vertretene Ablehnung des harten Paternalismus klingt, ist sie doch einem Einwand ausgesetzt. Zwar unterstellen wir in der Regel, dass ein Mensch voll selbstbestimmungsfähig ist. Kann es aber auch Gründe geben, diese Annahme zu bezweifeln, und welcher Art können diese Gründe sein?

4.2 Unbeabsichtigte bzw. nicht gewusste Folgen

Diskutieren wir zunächst den Fall, dass ein Patient einen Schaden zu erleiden droht, den er zwar durch eine Entscheidung oder Handlung selbst verursacht, der von ihm aber weder beabsichtigt noch vorhergesehen wurde, sodass das paternalistische Eingreifen des Arztes gerechtfertigt werden könnte. Eine Person kann sich dabei in einem Irrtum bezüglich der Folgen ihres Handelns befinden. Ich unterscheide drei Formen eines solchen Irrtums:

1. Wir können von einem *instrumentellen* Irrtum sprechen: Eine Person kann sich hinsichtlich der geeigneten Mittel zur Erreichung eines bestimmten Ziels in einem Irrtum befinden. Dies ist zum einen dann der Fall, wenn ihr falsche Informationen vorliegen, die entweder Tatsachen oder Wahrscheinlichkeiten betreffen; und dies ist zum anderen dann der Fall, wenn ihr zwar korrekte Informationen vorliegen, diese aber nicht richtig verstanden werden. Hier ist es die Aufgabe des Arztes, aufzuklären. Wenn der Arzt den Patienten entsprechend informiert, handelt es sich um keinen erst zu rechtfertigenden *Eingriff*, sondern um eine *Einflussnahme*. Klärt der Arzt einen Patienten über eine Diagnose oder Therapie auf, so hat er also nicht nur auf die erwünschten Folgen, sondern auch auf die unerwünschten Nebenfolgen einer medizinischen Maßnahme wie auch ihrer Alternativen (einschließlich der Option, auf die Behandlung zu verzichten) hinzuweisen, und zwar immer mit Blick auf die Wahrscheinlichkeit des Eintretens. Klar ist freilich auch, dass der Arzt, der

schwachen Paternalismus bezeichnet er einen Eingriff mit dem Ziel „to prevent self-regarding harmful conduct (so far it *looks* paternalistic) when but only when that conduct is substantially non-voluntary, or when temporary intervention is necessary to establish whether it is voluntary or not“. Als starken Paternalismus bezeichnet er eine Maßnahme mit dem Ziel „to protect competent adults, against their will, from harmful consequences even of their fully voluntary choices and undertakings“. Beauchamp (1978, S. 1194–1201, 1195) hat diese Unterscheidung mit dem Hinweis kritisiert, Fälle von schwachem Paternalismus sollten überhaupt nicht als paternalistisches Handeln betrachtet werden.

den Patienten gegen seinen erklärten Willen, das heißt gegen seine kompetente Entscheidung aufklärt, auf ungerechtfertigte Weise die Autonomie des Patienten beeinflusst. Für den Fall, dass eine Aufklärung nicht möglich ist, weil der Patient nicht ansprechbar ist, jedoch eine Patientenverfügung vorliegt, durch die deutlich wird, dass sich der Patient in einem instrumentellen Irrtum befindet, wäre ein paternalistischer Eingriff gerechtfertigt. Vom paternalistischen Eingriff soll also, so könnte man zusammenfassen, jede Form der Einflussnahme, die der Bildung eines kompetenten Urteils dient, unterschieden werden, vor allem was das Geben und Vorenthalten von Informationen wie auch die Art und Weise der Kommunikation von Informationen betrifft⁵. Es gehört deshalb zur Aufklärung, den Informationsstand des Patienten zu beeinflussen, nicht aber, ihn durch das Umgehen seiner kognitiven Fähigkeiten zu manipulieren, um ihn zu einer Entscheidung zu bewegen, die er nicht gefällt hätte, wäre er auf diese Art der Einflussnahme aufmerksam geworden.

Wichtig ist der Hinweis, dass die Entscheidung eines Patienten durch die Art der Aufklärung beeinflusst werden kann, sodass nicht nur infrage steht ob, sondern auch, wie der Arzt aufklären soll. In der Literatur werden hier insbesondere folgende Effekte diskutiert:

- **Framing- oder Wording-Effekt:** Werden bezüglich einer medizinischen Maßnahme die relevanten Alternativen etwa durch die Wortwahl auf unterschiedliche Weise dargestellt, führt das zu unterschiedlichen Entscheidungen bei den Patienten (vgl. Kahneman und Tversky 2008, S. 209–223).
- **Issue-Framing-Effekt:** Durch die Betonung bestimmter Aspekte wird das Augenmerk auf bestimmte Risiken bzw. Folgen gelenkt.
- **Referenzpunkt/Status Quo Bias:** Risiken können durch den Arzt abgewertet werden, indem er den Fokus des Gesprächs auf die Tatsache lenkt, dass die Erkrankung unbedingt der Behandlung bedarf.
- **Anchoring-Effekt:** Menschen verarbeiten und gewichten die ihnen vermittelten Daten abhängig davon, welche Informationen sie zuerst erlangt haben. Insbesondere die zeitliche Reihenfolge der Informationsgewinnung kann ein Entscheidungsverhalten beeinflussen, aber auch das Anbieten einer zusätzlichen schlechteren Entscheidungsalternative, da diese die getroffene Wahl noch bestärkt.
- **Over Confidentiality Bias:** Eigene Risiken werden unterschätzt und Kontrollmöglichkeiten überbewertet.
- **Sicherheitseffekt:** Menschen neigen dazu, zahlenmäßig benannte geringere Wahrscheinlichkeiten in irrationaler Weise einzuschätzen und sie systematisch zu vernachlässigen. Dies ist relevant für die Darstellung der Wahrscheinlichkeit unerwünschter Gefahren und Nebenfolgen bei der Aufklärung von Risiken.
- **Ambiguitätsaversion:** Menschen sind dann besonders risikoavers, wenn ihnen Wahrscheinlichkeiten nicht genau benannt werden.

⁵ Zu Problemen der transparenten Kommunikation medizinischer Risiken in Bezug auf Mammographie-Screenings und der Frage, wie diese Schwierigkeiten überwunden werden können, vgl. Breitsameter (2010, S. 349–352).

Um diese Effekte zu verhindern oder wenigstens zu mildern, können Regeln geschaffen werden, die den Ärzten empfehlen, ihre Aufklärung durch die Wahl der Worte und die Art der Darstellung, beispielsweise was die Reihenfolge oder Betonung von Informationen betrifft, so zu gestalten, dass die Patienten in ihrer Entscheidung im oben beschriebenen Sinn beeinflusst werden, ohne dass dabei in ihre Entscheidung eingegriffen wird. Dies könnte z. B. durch eine gesteuerte, nach Bedarf betonte oder abgeschwächte Darstellung von Eingriffsrisiken erfolgen. Es ist sicher eine unzulässige Form des Paternalismus, den Patienten in der Art aufzuklären, dass er die für ihn sicherste Maßnahme wählt oder in einen vom Arzt als „notwendig“ betrachteten Eingriff einwilligt. Allerdings darf auch die Verarbeitung von Informationen und Daten nicht überschätzt werden, weil oft viel eher aus Bauchentscheidungen heraus der richtige Weg gefunden wird (vgl. Berg und Gigerenzer 2007, S. 337–359, 340). Außerdem bedeutet die Tatsache, dass eine Patientenentscheidung kontextabhängig ist, nicht, dass sie nicht mit den Wertvorstellungen des Patienten übereinstimmen kann.

2. Die zweite Form kann als Irrtum *prudentieller* Art bezeichnet werden: Hier stehen nicht die Mittel in Bezug auf bestimmte Ziele zur Disposition, sondern eben diese Ziele im Hinblick auf andere – entweder gleichzeitig oder in der Zukunft bzw. sogar in der Vergangenheit – erstrebte Ziele. Fehler können immer dann entstehen, wenn Ziele gewählt werden, die mit der Realisierung anderer erstrebter Ziele nicht vereinbar sind, entweder, weil entscheidungsrelevante Ziele nicht in den Blick kommen oder nicht richtig aufeinander bezogen werden. So könnten zum Beispiel weit in der Zukunft liegende Risiken unter- oder in naher Zukunft zu erwartende Beeinträchtigungen überschätzt werden (vgl. Brock und Wartmann 1990, S. 1595–1599). Hier ist in der Tat zu fragen, ob eine entsprechende Aufklärung als Einflussnahme oder als (zu rechtfertigender) Eingriff zu werten ist. Entscheidend ist hier, ob die vom Arzt vorgenommene Aufklärung sich nur auf Ziele bezieht, die Mittel für andere, weiterreichende Ziele sind, oder ob der Arzt auf die Wahl der Ziele selbst Einfluss nimmt. Dahinter verbirgt sich folgendes Problem: Kann eine Person, die nicht eindeutig definierte, (auf gleichzeitig erstrebte Ziele bezogen) inkonsistente bzw. (auf in der Vergangenheit oder in der Zukunft liegende Ziele bezogen) inkohärente Ziele verfolgt, als rational bezeichnet werden? Ansätze der Theorie über „bounded rationality“ besagen, dass auch bei unklaren, inkonsistenten und inkohärenten Zielvorstellungen von Rationalität gesprochen werden kann. Dieser Begriff von Rationalität wird nicht als defizitär gegenüber einem Begriff vollständiger Rationalität verstanden, sondern als Rationalität eigener Art (vgl. Joost 2009, S. 126–162, 149).

Um unterscheiden zu können, ob Unklarheiten in der Definition der erstrebten Ziele bzw. Inkonsistenzen und Inkohärenzen als beschränkt rational oder als defizitär rational zu betrachten sind, sollte der Arzt, wenn Wünsche aktual geäußert werden, über die fragliche Sachlage informieren und damit die Basis für eine mögliche Revision der augenblicklichen Zielvorstellungen legen. Der Arzt sollte also den Patienten auf die (in seinen Augen) bestehenden Defizite hinweisen, allerdings nur in Form einer hypothetischen Empfehlung, das heißt

bezogen auf die Wertvorstellungen des Patienten. Um Autonomiedefizite dieser Art zu beseitigen, ist daher die Etablierung von Beratungsverfahren zu erwägen⁶.

3. Eine dritte Form könnte als *werthafter* Irrtum bezeichnet werden: Hier würde unterstellt werden, dass sich eine Person in der Wahl ihrer Ziele irrt, selbst wenn diese sich mit anderen – gleichzeitig oder in der Zukunft bzw. auch in der Vergangenheit – erstrebten Zielen vereinbaren lassen. Unklar ist hier, warum bei einer urteilsfähigen Person von einem Irrtum gesprochen werden sollte. Stattdessen spricht viel dafür, dass es sich, wenn die Ziele einer Person mit den Zielen des Arztes nicht übereinstimmen und weder ein instrumenteller noch ein prudentieller Irrtum vorliegen, um einen ungerechtfertigten Eingriff dann handelt, wenn nicht nach den (aktual geäußerten oder in einer Verfügung dokumentierten) Zielen des Patienten, sondern nach den Zielen des Arztes verfahren wird bzw. wenn der Arzt versuchen würde, die Urteilsfähigkeit eines Patienten in einer Weise zu manipulieren, die von diesem, wenn er sich dessen bewusst wäre, nicht akzeptiert werden würde⁷. Die dritte Form muss sich deshalb mit dem Hinweis auseinandersetzen, dass die Autonomie der betreffenden Person missachtet wird, wenngleich auch mit dem Ziel, einen (vermeintlichen) Schaden von ihr abzuwenden.

Gerechtfertigt ist, so könnte man zusammenfassen, ein Eingriff in eine Maßnahme oder deren Unterlassung dann, wenn sich eine Person durch deren nicht gewusste bzw. nicht beabsichtigte Folgen selbst schädigt. Dies gilt auch, wenn ein bewusstes Entscheiden oder Handeln nicht vorliegt, wir also nur von einem Verhalten sprechen. Für diese Fälle kann plausibel gemacht werden, dass man die Ursache dieses Verhaltens oder dieser Entscheidung bzw. Handlung nicht als zur betreffenden Person gehörig betrachten sollte. Vielmehr sollten die verursachenden mentalen Faktoren als externe Faktoren angesehen werden. Dies gilt bei psychischen Störungen ebenso wie für falsche Überzeugungen bezüglich des Zusammenhangs von Ursachen und Folgen (vgl. Beauchamp 1977, S. 62–80, 75). Ereignisse, die unter diese Beschreibung fallen, können wie Naturereignisse behandelt und mit dem „Harm-to-Others-Principle“ erfasst werden (so als müsse man einen Menschen vor den schädlichen Auswirkungen eines Naturereignisses schützen). Sie stellen deshalb keinen Fall paternalistischen Handelns dar (vgl. Quante 2002, S. 313). Nicht eigens betont zu werden braucht, dass es häufig kontinuierliche Übergänge zwischen einem paternalistischen Eingriff und einer nicht-paternalistischen Einflussnahme gibt. Damit können wir folgendes Zwischenergebnis formulieren:

⁶ Vgl. Camerer et al. (2003, S. 1211–1254, 1218): „In such errors – apparent violations of rationality – that can justify the need for paternalistic policies to help people make better decisions and come closer to behaving in their own best interest.“

⁷ Insofern kann ein Idealbild menschlicher Rationalität nicht unmittelbar verpflichten, vgl. dazu O’Neill (1984, S. 173–178, 176).

- Eingriffe in voll bewusste bzw. beabsichtigte Handlungen sind aus ethischer Sicht nicht gerechtfertigt. Weil diese Fälle unstrittig sind, können sie in der Paternalismus-Diskussion vernachlässigt werden.
- Eingriffe in nicht bewusste bzw. beabsichtigte Handlungen sind aus ethischer Sicht gerechtfertigt, werden aber nicht unter der Kategorie „Paternalismus“, sondern unter der Kategorie „Harm-to-Others“ behandelt.
- Eingriffe in vermindert bewusste bzw. beabsichtigte Handlungen sind aus ethischer Sicht rechtfertigungsbedürftig.

Die in der Literatur übliche Unterscheidung zwischen „hartem“ und „weichem Paternalismus“ wird deshalb aufgegeben, weil Fälle von hartem Paternalismus ethisch unstrittig sind, Fälle von weichem Paternalismus aber unterteilt werden können in „nicht bewusste bzw. beabsichtigte“ und „vermindert bewusste bzw. beabsichtigte“ Handlungen. Die erste Teilkategorie wird dem „Harm-to-Others“-Prinzip zugewiesen und ebenfalls als ethisch unstrittig behandelt. Damit wird die Frage, ob ein paternalistischer Eingriff in eine vermindert kompetente Handlung gerechtfertigt werden kann, in den Mittelpunkt der Diskussion geschoben. Allein diese Fälle sind ethisch rechtfertigungsbedürftig. Der Vorteil gegenüber der Kennzeichnung „weich paternalistisch“ und damit „ethisch unbestritten gerechtfertigt“ besteht darin, dass einer Handlung zunächst einmal Autonomie (und sei es nur in minimaler Form) unterstellt wird. Jede Einschränkung der Fähigkeit, autonom zu entscheiden, muss deshalb eigens ausgewiesen und jeder Eingriff eigens begründet werden.

4.3 Beabsichtigte bzw. gewusste Folgen

Wir sahen, dass Autonomie und Fürsorge in Konflikt geraten können, nämlich dann, wenn der Arzt eine Maßnahme für geboten hält, die der Patient ablehnt. In vielen Fällen gilt es allerdings, den Patienten auf der Grundlage ärztlicher Fürsorge überhaupt in den Stand zu versetzen, eine autonome Entscheidung treffen zu können und ihn in dieser Hinsicht zu einem wohlinformierten Urteil zu verhelfen. Ist dies sichergestellt, erhebt sich allerdings noch die Frage, ob wir es mit dem authentischen Urteil eines Patienten zu tun haben oder nicht.

Als authentisch soll im Folgenden ein Urteil angesehen werden, das als wohlüberlegt (und nicht nur als wohlinformiert) bezeichnet werden kann. Greifen wir zunächst die von Harry Frankfurt und Gerald Dworkin entwickelte Unterscheidung von Volitionen erster und zweiter Ordnung auf (vgl. Frankfurt 1971; Dworkin 1993, 210 ff.). Als *Volitionen erster Ordnung* werden unreflektierte Wünsche bezeichnet. *Volitionen zweiter Ordnung* hingegen sind Wünsche, zu denen sich ein Akteur wertend verhält, indem er sich mit ihnen identifiziert oder nicht identifiziert, oder anders gesagt: die er als zu sich selbst und seinen Wertvorstellungen gehörig oder eben nicht gehörig empfindet. Eine Person, die sich wertend zu sich selbst verhält, entwickelt Volitionen zweiter Ordnung. Indem sich also ein Akteur

auf diese Weise zu seinen Wünschen verhält, entwickelt er ein evaluatives Selbstverhältnis zu sich selbst. Wünsche erster Stufe können als mit den Wertvorstellungen einer Person mehr oder weniger übereinstimmend angesehen werden. Quelle dieser Einschätzung ist natürlich primär die betreffende Person selbst, erst sekundär kann diese Person dann auch auf die Frage hin beobachtet werden, ob ein aktual geäußertes oder durch eine Verfügung belegter Wunsch ihrer Persönlichkeit mehr oder weniger entspricht.

Problematisch an der Verknüpfung des Autonomiebegriffs mit einer Theorie der hierarchischen Motivation ist sowohl ihr deskriptiver als auch ihr präskriptiver Charakter. Wie soll beschrieben werden können, wann ein Wunsch erster oder zweiter Ordnung vorliegt? Ein Problem besteht ja darin, dass erst dann, wenn eine Entscheidung ihrem Inhalt nach bereits feststeht, überprüft werden kann, ob eine authentische Äußerung der betreffenden Person vorliegt oder nicht, während die bereits erwähnten Bedingungen für autonomes Entscheiden, nämlich die Fähigkeit, Sachverhalte zu verstehen und zu beurteilen, schon vor einer solchen Entscheidung überprüft werden können. Ein Modell, das nur authentische Entscheidungen als autonom qualifiziert, könnte dazu führen, dass Entscheidungen, die für den Arzt ungewöhnlich erscheinen, von vorneherein als nicht authentisch zurückgewiesen und gewöhnlich erscheinende Entscheidungen als authentisch implementiert werden (vgl. Schöne-Seifert 1996, S. 552–648, 570).

Und was soll in präskriptiver Hinsicht aus einer solchen Beschreibung folgen? Sind unreflektierte Wünsche weniger rational als reflektierte? Es könnte ja gefordert werden, dass Entscheidungen nur nach ausführlicher kritischer Reflexion befolgt, also nur authentische, das heißt wohlüberlegte Wünsche implementiert werden. Was soll dann mit spontanen Wünschen geschehen? Sollen diese durch die Entscheidung des Arztes überstimmt werden? Und ist ein Patient nicht überfordert, wenn von ihm abverlangt wird, sich jederzeit kritisch zu allen seinen Wünschen zu verhalten? Außerdem können auch Wünsche zweiter Ordnung in Konflikt miteinander geraten, und es wäre wiederum eine Überforderung, zu verlangen, dass eine Person alle Wünsche zweiter Ordnung in eine konsistente und kohärente Ordnung zu bringen hat. Zudem finden sich bei jedem Menschen sowohl reflexive wie nicht-reflexive Formen, sich mit den eigenen Wünschen zu identifizieren (vgl. Taylor 1991). Daher stellt sich die Frage, warum nicht-reflexive Formen, die sich in der Lebensführung einer Person ausdrücken können, nicht etwas über das Selbstverständnis eines Menschen aussagen sollen. Schließlich können Wünsche zweiter Ordnung unreflektiert sein, wenn sie beispielsweise durch subtile Manipulation erzeugt wurden. Dieser Mangel kann auch durch das Einführen einer dritten Ebene nicht geheilt werden, weil so ein Regress droht. Um diesem Regress zu entgehen, führt Frankfurt den Begriff des „wholehearted commitment“ ein. Allerdings ist das Merkmal einer charakterlichen Verfestigung im Fall der Manipulation nicht relevant. Denn solange einer Person nicht bewusst ist, dass sie in ihrem Urteil beeinflusst ist, wird sie auch nicht den Wunsch entwickeln, etwas an ihrer Lage zu ändern.

Sinn macht die Unterstellung eines reflektierten Wunsches nur, wenn man die genannten Einwände zum Anlass nimmt, um das Konzept der hierarchischen Motivation zu modifizieren, und zwar indem nicht die aktuelle Identifikation

einer Person mit ihren Wünschen, sondern die allgemeine Fähigkeit, eine evaluative Einstellung einzunehmen, zu fordern ist. Solange keine Irritationen dahingehend auftreten, was das Erfordernis der Konsistenz bzw. Kohärenz anbelangt, kann man von einer autonomen Person sprechen, wenn dieser gleichzeitig unterstellt wird, dass sie sich, sollte ein Konflikt auftreten, in ein kritisches Verhältnis eben dazu setzen kann⁸. Sinn macht das Modell der hierarchischen Motivation auch, wenn es in die Empfehlung mündet, Rahmenbedingungen etwa durch ärztliche Aufklärung so zu gestalten, dass eine wohlüberlegte Entscheidung ermöglicht wird. Das könnte beispielsweise bedeuten, dass ein Arzt, der den Eindruck gewinnt, der Wunsch eines Patienten sei nicht authentisch, zu einer kritischen Reflexion der infrage stehenden Entscheidung einlädt, die anschließend – egal, ob der Patient dieser Einladung folgt oder nicht bzw. seine Entscheidung revidiert oder auf ihr beharrt – durch den Arzt umgesetzt wird. Auch auf diese Weise kann das Argument entkräftet werden, beim Modell der hierarchischen Motivation handle es sich um eine Überforderung der Akteure, deren Zeit, Informationen und Kapazitäten für Reflexionsprozesse ja immer endlich seien.

Hier ist auch der Ort, um über Strategien zu sprechen, Autonomie in die Zukunft hinein zu verlängern, also für Situationen vorzusorgen, in denen die Fähigkeit, selbstbestimmt zu entscheiden und zu handeln, verloren gegangen ist – vorübergehend oder irreversibel. Vor allem *Patientenverfügungen* ermöglichen es einer Person, steuernd auf Situationen einzuwirken, in denen sie zur Ausübung ihrer Autonomie nicht mehr in der Lage ist. Gleichzeitig wird dadurch derjenige Personenkreis entlastet, der in die medizinische Entscheidungslage eingebunden ist. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass auch eine Verfügung, die die Wünsche einer Person detailliert wiedergibt, durch die an der Ausführung des Patientenwillens Beteiligten (Angehörige, Ärzte oder Gerichte) interpretiert werden muss. Dies ist vor allem aus zweierlei Gründen erforderlich: Zum einen können Menschen ihre Wertvorstellungen im Lauf der Zeit ändern, sodass grundsätzlich zu fragen ist, ob die damals getroffene Entscheidung auch Ausdruck des gegenwärtigen Willens ist. Zum anderen kann die in einer Patientenverfügung vorgenommene detaillierte Schilderung des medizinisch Erwünschten nie alle Eventualitäten einfangen, sodass auch hier die Frage nach der Verbindlichkeit einer solchen Entscheidung zu stellen ist.

Auch wenn die Patientenverfügung in der gegenwärtigen medizinethischen Debatte einen hohen Stellenwert einnimmt, stellt sie doch nicht das einzige Instrument dar, um zukünftige Entscheidungssituationen kontrollieren zu können. Eine Person kann Entscheidungen für einzelne Handlungen oder Entscheidungen bezüglich bestimmter Lebensbereiche auch an andere Personen delegieren (vgl. den Überblick von Krones und Richter 2006, S. 94–116, 107–109). Die Bestimmung eines *Stellvertreterentscheiders* mag in einem entsprechenden sozialen Umfeld sogar die geeignetere Wahl sein, und zwar entweder als Alternative oder als Ergänzung zur Patientenverfügung. Im letzteren Fall hat die Stellvertre-

⁸ Vgl. Christman 1991, S. 1–24. Zur Diskussion des alternativen Konzepts der Handlungsautonomie nach Faden und Beauchamp (1986, S. 264); vgl. Quante (2002, S. 197ff.).

terentscheidung den Sinn, die Bestimmungen der Verfügung situationsgerecht zu präzisieren, sie darf aber die Grundausrichtung einer solchen Verfügung nicht missachten. Die Interpretationsbedürftigkeit einer Verfügung weist zwar auf Probleme bei der Umsetzung des Patientenwillens hin, diese stellen aber die ethische Legitimität einer Verfügung nicht grundsätzlich infrage, auch wenn sie dazu angetan sein mögen, ihre Verbindlichkeit juristisch zu graduieren, um, etwa bei Alzheimer- und anderen Demenzerkrankungen, Raum für Abwägungsentscheidungen zu schaffen (vgl. Quante 2002, S. 284). Insofern wird in der Form der „delegated autonomy“ (Agich 1993, S. 45) das Moment der Selbstbestimmung aufgrund einer solchen „second-order choice“ (VanDeVeer 1986, S. 205) gewahrt. Das Wissen um diese Probleme kann freilich als Anlass dafür genommen werden, die eigenen Wünsche möglichst detailliert zu beschreiben und am besten auch zu dokumentieren. Ist dies erfolgt, gibt es gute Gründe dafür, die in der Vergangenheit niedergelegten „critical interests“ eines Patienten auch gegen die in der Gegenwart beobachtbaren „experiential interests“ zu implementieren. Bei einer Stellvertreterentscheidung müssten für den gegenteiligen Fall überzeugende Hinweise dafür geliefert werden, dass eine entsprechende medizinische Entscheidung dem Willen des Patienten entspricht.

Viel spricht deshalb dafür, dass wir Personen, die normal sozialisiert wurden, zunächst einmal die Fähigkeit unterstellen, selbstbestimmt zu entscheiden und zu handeln, also nicht vom Ideal vollständiger Rationalität ausgehen, das vorsieht, dass sich eine Person jederzeit kritisch zu all ihren Wünschen verhält. Das schließt nicht aus, dass wir das Urteil in der Frage, ob eine Person autonom entscheiden bzw. handeln kann oder nicht, an Fähigkeiten binden, und das Vorhandensein dieser Fähigkeiten anhand empirisch darstellbarer Kriterien überprüfen. Klar ist aber, dass sich der Begriff der Autonomie darin nicht erschöpft. Würden wir den Begriff der Autonomie eng an das Vorliegen bestimmter Fähigkeiten binden, hätte das zur Folge, dass alle Personen, die über diese Fähigkeiten nicht verfügen, als nicht autonom angesehen werden würden. Das kann sinnvoll sein, setzt aber die Zustimmung derer voraus, die sich dieser Regel unterwerfen. Der Begriff der Autonomie sollte deshalb jeder Person die Möglichkeit einräumen, an der Definition entsprechender Kriterien mitzuwirken und eine solche Einschränkung als Akt der Selbstbindung zu betrachten. Die Prozesse, innerhalb derer wir uns in unserer Gesellschaft gegenseitig als autonome Wesen anerkennen (oder – weniger im Regel- als vielmehr im Ausnahmefall – nicht anerkennen), müssen daher jederzeit kritisierbar sein. So wie die Unterscheidung von Volitionen erster und zweiter Ordnung für ein „internes“ Konzept von Autonomie sinnvoll ist, ist die Unterscheidung von Regeln, denen wir folgen, und Regeln, zu denen wir uns kritisch verhalten (und die konsequenterweise die Manipulation einer Person ausschließen), für ein „externes“ Konzept von Autonomie angemessen.

4.4 Autonomiekonzepte

Aus *ethischer* Sicht erscheint mir nach dem bisher Gesagten ein Schwellen-Konzept von Autonomie geeignet. Wird eine bestimmte Schwelle überschritten, wird eine Person als autonom angesehen, das heißt, ihre Entscheidungen bzw. Handlungen werden als rational beurteilt, selbst wenn sie in den Augen anderer irrational zu sein scheinen⁹. Wird die Schwelle hingegen unterschritten, ist ein Eingriff in die Entscheidungen der betreffenden Person legitim. Der Vorteil dieses Schwellenkonzepts besteht darin, dass dem Menschen grundsätzlich Autonomie unterstellt und die Rationalität seiner Entscheidungen und Handlungen, sofern sie nur ihn selbst betreffen, weitgehend respektiert wird. Der Nachteil besteht darin, dass die Willkürlichkeit der Schwellensetzung besonders deutlich hervortritt. Werden nämlich die Anforderungen zu tief angesetzt, ist zu befürchten, dass dadurch Entscheidungen entstehen, bei denen fraglich ist, ob sie wirklich autonom getroffen wurden. Werden die Anforderungen hingegen zu hoch angesetzt, entsteht die Gefahr, dass Entscheidungen getroffen werden, bei denen fraglich ist, ob sie wirklich nicht-autonom zustande kamen. Dieser Nachteil kann durch die Definition von Autonomiegraden in *rechtlicher* Hinsicht bearbeitet werden, eine Bestimmung, die notorisch umstritten bleiben muss (ein solches Konzept verfolgen Faden und Beauchamp 1986, S. 235 ff.). Ein gradueller Begriff von Autonomie hat den Vorteil, dass die Eingriffstiefe in die Entscheidungen einer Person feiner reguliert werden kann. Dem steht aber der Nachteil gegenüber, dass im Grunde die Rationalität jeder Entscheidung angezweifelt werden kann, womit Eingriffe in viel größerer Breite legitimiert werden können. Im ersten Fall wird also der Raum für paternalistische Maßnahmen bei gleicher Eingriffstiefe eng gehalten, im zweiten Fall ist dieser Raum bei gestufter Eingriffstiefe weit gezogen.

Sinnvoll ist deshalb eine Mischform dergestalt, dass unterhalb einer bestimmten Schwelle zusätzlich Grade dessen, was wir als vernünftig und in diesem Sinne als frei ansehen, eingeführt werden. Ist ein solches Graduierungskonzept innerhalb des Rechtsdiskurses etabliert, können dort, wo die Autonomie einer Entscheidung erfahrungsgemäß infrage steht, Abstufungen festgelegt werden. Eine solche Strategie der Abstufung kann mit einer „sliding-scale strategy“ (vgl. Buchanan und Brock 1989, S. 51–70) verknüpft werden, nach der desto strengere Kriterien anzulegen sind, je gravierender eine Maßnahme für das Wohl eines Patienten auszufallen droht. Die Frage, ob sich Personen einem Kompetenztest unterziehen müssen und was aus der Tatsache, dass eine Person sich einem solchen Test verweigert, folgen soll, kann ebenfalls nur innerhalb eines Rechtsdiskurses beantwortet werden. Aus ethischer Sicht ist zu fragen, auf welche Begründung sich eine solche Norm stützen könnte. Jedenfalls müsste die Entscheidung für eine solche Rechtsnorm, einen Test der Entscheidungskompetenz eines Patienten auch gegen seinen Willen durchzuführen, ethischer Natur sein, das heißt, sich

⁹ Vgl. Feinberg (1989, S. 104): „In some contexts we may even want to permit choices that are quite substantially less than ‚fully voluntary‘ to qualify as ‚voluntary enough‘“.

auf die autonome Entscheidung des Betroffenen stützen können. Wenn es aktual aber nicht möglich ist, sich für oder gegen eine entsprechende Maßnahme auszusprechen, müsste es sich um eine Entscheidung für eine entsprechende Regel handeln. Wer diese Regel nicht akzeptiert, muss dann auch die Möglichkeit haben zu bestimmen, nicht Opfer eines Eingriffs zu werden, wenn er sich dazu nicht äußern kann.

Wird einerseits Krankheit als Anlass für die Möglichkeit einer umfassenden Aufklärung angeführt, so wird andererseits auch argumentiert, dass gerade eine umfassende Aufklärung den Prozess der Heilung behindern könnte (vgl. dazu Kuttig 1993, S. 268–283). Für den Arzt entsteht so das Problem, ob er den Patienten aufklären soll, um dadurch die Basis für eine autonome Entscheidung zu schaffen, oder ob er damit gerade die Fähigkeit des Patienten zu einer autonomen Entscheidung untergräbt. Die Frage ist allerdings, wie man wissen kann, ob eine Information für den Patienten so belastend ist, dass der Prozess der Heilung genau dadurch beeinträchtigt wird. Zweifelhaft ist jedenfalls, ob die Vorspiegelung einer gemessen an den Tatsachen günstigeren Prognose wirklich eine Beruhigung nach sich zieht (vgl. Bok 1978, S. 232 ff.). Auch das Verschweigen einer relevanten Information kann belastend sein, vor allem dann, wenn der Patient seinen wahren Zustand ahnt und das Ausbleiben entsprechender Informationen als beunruhigend erfährt. Auf jeden Fall müsste das Zurückhalten von Informationen durch eine Vereinbarung, die im Gespräch zwischen Arzt und Patient getroffen wurde, legitimiert sein. Es wird zwar die Meinung vertreten, der Behandelnde müsse abwägen, welche Strategie voraussichtlich größere Schäden verursache. Eine solche Abwägung ist für den Arzt jedoch nahezu unmöglich, da es sich hierbei nicht um eine klinische Beurteilung handelt, sondern um die Frage, welchen Wert die Information für einen konkreten Patienten hat, das heißt in welcher Weise sich eine Diagnose oder Therapie (oder ihre Unterlassung) auf sein zukünftiges Leben auswirkt. Das Argument, der Arzt, der für das Urteil, Informationen zurückzuhalten, nicht kompetent sei, sei auch nicht kompetent für das Urteil, rückhaltlos aufzuklären, erscheint dabei nicht plausibel. Ein Urteil über Vor- und Nachteile der Aufklärung kann nur auf dem Hintergrund der individuellen Wertvorstellungen des Patienten gefällt werden. Das bedeutet, dass allein der Patient das Urteil fällen kann, auf Informationen ganz zu verzichten oder nur bestimmte Informationen zur Kenntnis zu nehmen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich empfiehlt, mit einem Autonomiekonzept zu arbeiten, das zwar Graduierungen zulässt, aber auch minimal-autonome Willensäußerungen in die Bestimmung des für einen Patienten Zuträglichen einbezieht. Der Begriff der Autonomie fungiert in einem zweifachen Sinn als Norm: Einmal gebietet er dem Arzt, Entscheidung und Handlung eines Patienten zu respektieren. Gilt der Patient im oben dargestellten Sinn nicht als kompetent und deshalb nicht als autonom, hat der Arzt dieses Defizit zu beheben, jedenfalls soweit das möglich ist. Zum anderen stellt der Begriff der Autonomie auch für den Patienten eine Norm dar: Er soll möglichst dem Ideal des vernünftig überlegenden Patienten entsprechen, was Anforderungen an seine Bereitschaft stellt, die für eine rationale Wahl notwendigen Informationen aufzunehmen. Neben dem präskriptiven birgt der Begriff der Autonomie zudem einen deskrip-

tiven Sinn: Es sind empirisch überprüfbare Kriterien dafür zu entwickeln, wann der Patient als autonom anzusehen ist und wann nicht.

4.5 Strategien der Rechtfertigung paternalistischen Handelns

Wir haben bisher diskutiert, *ob* und *wann* ein paternalistischer Eingriff in die (minimal) kompetente Entscheidung und Handlung einer Person gerechtfertigt ist. Diese ethische Fragestellung ist metaethisch fortzuführen mit der Frage, *warum* ein solcher Eingriff gerechtfertigt sein kann. Ein in der Literatur häufig diskutiertes Modell der Rechtfertigung paternalistischen Handelns verfährt *konsequentialistisch*, indem es darauf verweist, dass der Eingriff in die kompetente Entscheidung oder Handlung auf das Wohl des Patienten abzielt (vgl. kritisch dazu VanDeVeer 1986, S. 95 ff.). Ein zweites Modell verfolgt eine *zustimmungsbasierte* Rechtfertigungsstrategie (vgl. Beauchamp 1978, S. 1194–1201, 1196). Zwischen beiden Modellen muss kein Gegensatz bestehen, im Gegenteil: Eine konsequentialistisch verfahrenende Strategie steht ersichtlich in der Gefahr, die Autonomie des Patienten zu missachten, wenn in der Bestimmung dessen, was einem Patienten zuträglich ist, die „critical interests“ zugunsten der „experiential interests“ vernachlässigt werden. Eine auf Zustimmung gründende Strategie hingegen steht vor der gegenteiligen Schwierigkeit. Zwar müssen auch die „critical interests“ eines Patienten in eine von außen vorgenommene Bewertung des medizinisch Gebotenen einfließen, es wäre aber nicht in jedem Fall ausreichend, nur die reflektierten und nicht auch die spontanen Wünsche einer Person zum Maßstab einer medizinischen Handlung zu machen. Vieles spricht deshalb dafür, beide Strategien miteinander zu verbinden.

Verschaffen wir uns einen Überblick über verschiedene, von John Kleinig diskutierte Modelle der Zustimmung (vgl. Kleinig 1983, S. 55 ff.). Ein erstes Modell, das so genannte *real-will-Argument*, besagt, dass aktual geäußerte Wünsche einer Person nicht Ausdruck ihres authentischen Willens sind. Erkennbar wird damit vorausgesetzt, dass – in der Tradition Kants gesprochen – ein empirisches von einem transzendentalen Ich unterschieden werden kann. Wer so argumentiert, muss aber zeigen, mit welchen evaluativen Mitteln wir Aufschluss über die eigentliche, von der Kundgabe aktueller Wünsche zu unterscheidende Persönlichkeit gewinnen können. Hier scheint es im Kontext einer „erweiterten Autonomie“ (Begriff der „extended autonomy“ bei Post 1995, S. 307–321) beispielsweise sinnvoll zu fragen, ob die aktual geäußerten Wünsche mit der Lebensgeschichte einer Person übereinstimmen oder nicht. Sollte eine erkennbare Divergenz zwischen biografischer Identität und aktueller Willensäußerung auftreten, stellt sich allerdings das Problem, welcher Form des Ausdrucks einer Persönlichkeit mehr Gewicht beizumessen ist. Das Argument der *hypothetischen Zustimmung* hat mit einem ähnlichen Problem zu kämpfen, da hier die betreffende Person mit ihren

aktualen Wünschen ebenfalls in den Hintergrund zu treten droht. Wenn beispielsweise über die Konsistenz der Wertvorstellungen einer Person geurteilt wird, wird ein ideales Konzept menschlicher Rationalität vertreten und damit aus dem Auge verloren, was Menschen unter realen Bedingungen leisten können.

Wenden wir uns deshalb zwei weiteren von Kleinig diskutierten Modellen zu, dem der antizipierten und dem der nachfolgenden Zustimmung. Ihnen gemeinsam ist der Vorteil, dass sie die Möglichkeit der empirischen Überprüfung vorsehen bzw. dass der paternalistisch Handelnde sich dem Risiko einer Falsifizierung aussetzt. Das erste Modell setzt voraus, dass die Persönlichkeit des Patienten zum Zeitpunkt des Eingriffs und zum Zeitpunkt der Zustimmung die gleiche geblieben ist, während das zweite Modell zur Rechtfertigung paternalistischer Eingriffe bei Persönlichkeitsveränderungen geeignet erscheint (vgl. Quante 2002, S. 328).

4.6 Shared decision-making

Um ärztliche Aufklärung zu gewährleisten, sind Informationen nötig. Diese Informationen beziehen sich auf die Wahrscheinlichkeit, mit der Folgen und Nebenfolgen einer Handlung (bzw. Unterlassung) sowie der denkbaren Handlungsalternativen eintreten werden. Der Patient hat dann angesichts dieser Informationen auf der Basis seiner persönlichen Wertvorstellungen eine Entscheidung zu fällen. Insofern ergibt sich *prima facie* eine einfache Arbeitsteilung zwischen dem Arzt, der Fakten, und dem Patienten, der Wertvorstellungen in den Entscheidungsprozess einbringt. Allerdings sind hier zwei Einschränkungen wichtig: (1) Natürlich wäre es eine Überforderung, wenn der Arzt seinen Patienten mit allen Informationen versorgen würde, die möglicherweise *relevant* sind. Er muss deshalb die *signifikanten* Informationen auswählen (vgl. Brock 1993, S. 48 f., 55). Zwar findet dabei eine Bewertung von Informationen statt, was aber dadurch relativiert werden kann, dass der Patient auch Fakten erfragt, die ihm über die vom Arzt gewählten Informationen hinaus von Bedeutung erscheinen. (2) Grundsätzlich ist es nicht Aufgabe des Arztes, die als signifikant erkannten Informationen zu bewerten. Dies kann nur durch denjenigen geschehen, dem die medizinische Maßnahme gilt. So kann – wie bereits erwähnt – ein Patient der Ansicht sein, der potenzielle Nutzen einer Behandlung sei deren Nachteile wert, er kann aber auch die Nachteile für zu groß und den Nutzen für zu gering halten, sodass ihm der Aufwand ungerechtfertigt erscheint. Trotzdem kann ein Arzt die in seinen Augen beste Alternative auch empfehlen. Eine Empfehlung muss aber vor dem Hintergrund aller als für die Entscheidung signifikant erkannter Informationen erfolgen und als solche dem Patienten gegenüber eigens kenntlich gemacht werden, und sie kann nur ausgesprochen werden, wenn der Arzt um die Wertvorstellungen des Patienten weiß. Dies ist deshalb zu beachten, weil beispielsweise eine Studie zeigte, dass die meisten Frauen, die vor der Entscheidung standen, an einem Mammographie-Screening teilzunehmen oder nicht, der Empfehlung ihres Arztes

folgten. Empfohl der Arzt die Teilnahme, folgten 90 % der Frauen diesem Rat, empfahl er sie nicht, nahmen nur 10 % daran teil (vgl. Metsch et al. 1998, S. 229–236).

Theoretisch ergibt sich also eine strenge Aufgabenteilung: Der Arzt liefert Fakten, der Patient Werte. In der Praxis durchdringen sich diese Kompetenzen: Der Arzt wählt die signifikanten Informationen und empfiehlt – in Kenntnis der Wertvorstellungen des Patienten – die seiner Expertise nach beste Alternative, während der Patient vor dem Hintergrund seiner persönlichen Präferenzen auf die Wahl der als signifikant empfundenen Informationen einwirken und gegebenenfalls das Spektrum der als problematisch erachteten Risiken erweitern kann (vgl. Brock 1993, S. 69). Das Modell des „shared decision-making“ vermag diesen komplexen Sachverhalt besonders gut zu erfassen (vgl. Charles et al. 1997, S. 681–692; vgl. ebenfalls Elwyn et al. 2000, S. 892–899; Emanuel und Emanuel 1992, S. 2221–2224). Hier wird berücksichtigt, dass die Abschätzung und Bewertung von Risiken einen Prozess darstellt, in dem sich die Kompetenz des Arztes, Fakten zu liefern, und die Kompetenz des Patienten, diese Informationen zu bewerten, zunehmend durchdringen, bis – im Idealfall – über die Entscheidung Konsens erzielt wird (vgl. Stacey et al. 2009, S. 29–35, 29f.). In diesem Kommunikationsprozess sind Arzt und Patient sowohl „Sender“ als auch „Empfänger“ von Informationen: Der Arzt sendet an den Patienten Informationen zur Risikoabschätzung, der Patient an den Arzt Informationen zur Risikobewertung. Zudem werden sowohl Arzt als auch Patient von dritter Seite (zum Beispiel durch wissenschaftliche Fachliteratur und durch Broschüren von Gesundheitsorganisationen) informiert. Daraus ergibt sich ein komplexer Vorgang der Kommunikation von Risiken. Das Modell des „shared decision-making“ geht allerdings immer von voll einwilligungsfähigen Patienten aus und eignet sich nicht für nicht oder nur eingeschränkt einwilligungsfähige Patienten (einen Überblick – gerade auch über alternative Entscheidungsmodelle – geben Krones und Richter 2008, S. 818–826; Scheibler und Pfaff 2003, S. 11–22, 17f.). Unverkennbar basiert das Verhältnis zwischen Arzt und Patient auf *Vertrauen* (vgl. Caplan 1992, S. 279). Die transparente Vermittlung signifikanter Informationen, die die Kommunikation von Risiken einschließt, ist ein wichtiger Bestandteil ärztlicher Aufklärung (vgl. Edwards und Elwyn 2000, S. 428–434). Darüber hinaus bedarf es eines kontinuierlichen Dialogs, durch den medizinische Fakten in die Wertvorstellungen des Patienten integriert werden. Sobald die Ärzte dazu bereit sind, Information und Verantwortlichkeit zu teilen, und sobald die Patienten bereit sind, Chancen wie Risiken medizinischer Maßnahmen gleichermaßen in den Blick zu nehmen, werden Patienten mehr über die Behandlungsmöglichkeiten und Ärzte mehr über die Wertvorstellungen der Patienten erfahren.

Jedenfalls wäre es konzeptionell falsch, die Unterscheidung zwischen Rationalität und Irrationalität mit der Unterscheidung zwischen Autonomie und Fürsorge gleich zu setzen (vgl. Spitz 1996, S. 233–248, 241). Zum einen sind nämlich Fälle denkbar, in denen eine medizinische Entscheidung in den Augen eines Arztes (oder auch in den Augen eines „durchschnittlichen Patienten“) irrational erscheint, die wir aber, sofern der betreffende Patient aufgeklärt wurde, als autonom zu respektieren haben. Zum anderen ist der Bedarf an fürsorgender Auf-

klärung kein Ausdruck von Irrationalität, wobei freilich auch eine Person, die ein Recht auf Nichtwissen in Anspruch nimmt, als vernünftig anzusehen ist (vgl. O'Neill 1984, S. 173–178, 173f.).

Literatur

- Agich GJ (1993): *Autonomy and long term-care*. Oxford: University Press.
- Beauchamp TL (1977): Paternalism and biobehavioral control. *The Monist* 60: 62–80.
- Beauchamp TL (1978): Paternalism. In: Reich WT (Hrsg.): *Encyclopedia of bioethics* Vol. 4. New York: Macmillan. S. 1194–1201.
- Berg N, Gigerenzer G (2007): Psychology implies paternalism? Bounded rationality may reduce the rationale to regulate risk-taking. *Social Choice and Welfare* 28: 337–359.
- Bok S (1978): *Lying: Moral Choice in Public and Private Life*. New York: Random House.
- Breitsameter C (2010): Medical decision making and communication of risks – an ethical perspective. *Journal of Medical Ethics* 36: 349–352.
- Brock DW, Wartmann SA (1990): When competent patients make irrational choices. *New England Journal of Medicine* 322: 1595–1599.
- Brock DW (1993): *Life and Death*. Cambridge: University Press.
- Buchanan A, Brock D (1989): *Deciding for Others*. Cambridge: University Press.
- Camerer C, Issacharoff S, Loewenstein G, O'Donoghue T, Rabin M (2003): Regulation for Conservatives: Behavioral Economics and the Case for “Asymmetric Paternalism”. *University of Pennsylvania Law Review* 151: 101–144.
- Caplan AL (1992): *If I were a rich man could I buy a pancreas?* Indiana: University Press.
- Charles C, Gafni A, Whelan T (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 44: 681–692.
- Christman J (1991): Autonomy and personal history. *Canadian Journal of Philosophy* 21: 1–24.
- Dworkin G (1971): Paternalism. In: Wasserstrom R (Hrsg.): *Morality and the Law*. Belmont: Wadsworth. S. 107–136.
- Dworkin G (1972): Paternalism. *The Monist* 56: 64–84.
- Dworkin G (1993): *Life's dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*. London: Vintage.
- Edwards A, Elwyn G (2000): How should „effectiveness“ of risk communication to aid patients' decisions be judged? A review of the literature. *Medical Decision Making* 19: 428–434.
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R (2000): Shared decision-making and the concept of equipoise: Defining the ‚competences‘ of involving patients in health care choices. *British Journal of General Practice* 50: 892–899.
- Emanuel E, Emanuel L (1992): Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 267: 2221–2224.
- Faden RR, Beauchamp TL (1986): *A history and theory of informed consent*. Oxford: University Press.
- Federman G, Goyal S, Kamina A, Peduzzi P, Concato J (1999): Informed consent for PSA screening: Does it happen? *Effective Clinical Practice* 2: 152–157.

- Feinberg J (1973): *Social Philosophy. Foundations of Philosophy Series*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Feinberg J (1986): *Harm to Self*, Oxford: Oxford University Press.
- Frankfurt HG (1971): *Freiheit und Selbstbestimmung*. Berlin: Akademie Verlag.
- Joost N (2009): Begrenzte Rationalität und ärztliche Aufklärungspflichten. Soll das Recht dem Risiko defizitärer Patientenentscheidungen entgegenwirken? In: Fateh-Moghadam B et al. (Hrsg.): *Grenzen des Paternalismus*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 126–162.
- Kahneman D, Tversky A (2008): *Rational Choice and the Framing of Decisions*. In: Kahneman D, Tversky A (Hrsg.): *Choices, Values, and Frames*. 4. Aufl. Cambridge: University Press. S. 209–223.
- Katz J (2007) *The Silent World of Doctor and Patient*. Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press.
- Kleinig J (1983): *Paternalism*. Towata: Rowman and Allenheld.
- Krones T, Richter G (2006): Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 94–116.
- Kuttig L (1993): Autonomie zwischen ethischem Anspruch und medizinischer Wirklichkeit. Paternalismus im Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Eckensberger LH, Gähde U (Hrsg.): *Ethische Norm und empirische Hypothese*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 268–283.
- Metsch LR, McCoy CB, McCoy HV, Pereya M, Trapido E, Miles C (1998): The role of the physician as an information source on mammography. *Cancer Practice* 6: 229–236.
- Moumjid N, Gafni A, Bremond A, Carrere M-O (2007): Shared decision making in the medical encounter: Are we all talking about the same thing? *Medical Decision Making* 27: 539–546.
- O'Neill O (1984): Paternalism and partial autonomy. *Journal of Medical Ethics* 10: 173–178.
- Post SP (1995): Alzheimer disease and the „Then“ Self. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 5: 307–321.
- Quante M (2002): Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Scheibler F, Pfaff H (2003): Shared decision-making. Ein neues Konzept der Professionellen-Patienten-Interaktion. In: Dies. (Hrsg.): *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim, München: Juventa. S. 11–22.
- Schöne-Seifert B (1996): Medizinethik. In: Nida-Rümelin J (Hrsg.): *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch*. Stuttgart: Kröner. S. 552–648.
- Spitz D (1996): Collaboration between psychiatrist and patient: how avoidable is paternalism? *Jahrbuch für Recht und Ethik* 4: 233–248.
- Stacey D, Légaré F, Kryworuchko J (2009): Evidence-based health care decision-making: Roles for health professionals. In: Elwyn G, Edwards A (Hrsg.): *Shared decision-making in health care. Achieving evidence based patient choice*. 2. Aufl. Oxford: University Press. S. 29–35.
- Taylor C (1991): *The ethics of authenticity*. Harvard: University Press.
- VanDeVeer D (1986): *Paternalistic Intervention*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.